

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (B.A.)

Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie durch Pflegekräfte

Welche Folgen hat Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch die Pflegekraft für die Pflege und den Patienten/die Patientin?

Welche Maßnahmen gibt es, um den möglichen Folgen der Stigmatisierung vorzubeugen?

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 29. Mai 2015

Vorgelegt von: Julia Geduhn



Betreuende Prüfende: Frau Prof. Petra Weber
Prodekanin, Professorin für Pflegewissenschaft
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Zweite Prüfende: Frau Walburga Feldhaus
Lehrerin
Albertinen-Schule Hamburg

Danksagung

Ich möchte mich bei Frau Prof. Weber und Frau Feldhaus für die Erst- und Zweitprüfung meiner Bachelor-Arbeit sowie die Betreuung und Unterstützung während der Bearbeitungszeit bedanken.

„Es ist leichter ein Atom zu zertrümmern, als Vorurteile abzubauen.“

(Albert Einstein 1879-1955)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.2 Fragestellung.....	2
1.3 Zielsetzung.....	3
1.4 Aufbau der Arbeit	3
1.5 Methodik.....	4
2. Stigmatisierung.....	6
3. Schizophrenie	8
3.1 Epidemiologie, Ursachen, Behandlung	8
3.2 Definition	9
3.3 Symptome	9
4. Schizophrenie und Stigma: Die Gründe	11
5. Schizophrenie und Stigma: Die Folgen	15
5.1 Pflege	15
5.2 Patient/Patientin	17
6. Erarbeitung von Maßnahmen zur Reduzierung der Folgen von Stigmatisierung	19
6.1 Pflege	20
6.2 Patient/Patientin	23
7. Diskussion	25
7.1 Ergebnisse.....	25
7.4 Limitationen der Bachelor-Arbeit.....	31
8. Resümee	33
9. Literaturverzeichnis.....	36
10. Anhang	A1
11. Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WPA	World Psychiatric Association (Welt-Psychiatrie-Vereinigung)
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10-German Modification (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme-10-deutsche Version)

1. Einleitung

„Bei psychotischen Patienten hilft nichts.“ „Der ist einfach nur schwierig.“ „Wenn er nicht will, dann eben nicht.“ Im Laufe meiner Ausbildung habe ich auf verschiedenen inneren und chirurgischen Stationen Praxiseinsätze absolviert und häufig Aussprüche wie diese gehört. Ich bemerkte, dass Pflegekräfte immer dann hilflos wirkten, wenn Patienten mit psychiatrischen Diagnosen auf die Stationen kamen. Ein Erlebnis auf einer kardiologischen Abteilung in einem Krankenhaus blieb mir dabei in Erinnerung und gab den Anstoß für meine Thesis. Ein Patient, circa 60 Jahre alt, wurde zur Behandlung seiner Herzerkrankung auf die Station aufgenommen. Er wurde in einem Mehrbettzimmer mit drei weiteren Patienten untergebracht. Der Patient wurde bereits in der Übergabe als auffällig, merkwürdig und zurückgezogen angegeben. Er würde sich nicht waschen, keine frische Kleidung tragen und generell nicht kooperieren. Außerdem leide er an Schizophrenie, die sich in seinem auffälligen Verhalten bemerkbar mache. Ich konnte beobachten, dass der Patient manchmal über den Stationsflur wanderte. Die meiste Zeit schien er jedoch ohne Anteilnahme in seinem Bett zu liegen. Als ich ihn eines Tages ansprach, war ich überrascht, dass er einen, aus meiner Sicht, amüsanten, trockenen Humor und einen Hamburger „Schnack“ hatte. Einmal machte er mir gegenüber die Äußerung, dass er das Krankenhaus schrecklich finden würde. An die folgende Situation sollte ich mich noch lange danach erinnern: Eine der Pflegekräfte, die ihn schon seit der Aufnahme auf der Station kannte, wollte mit mir in sein Zimmer gehen, um ihn *endlich* zur Körperpflege zu überreden. Sie sagte mir, dass man mit ihm jetzt etwas energischer sein müsse, da sonst nichts geschehe. Und so wie es momentan sei, ginge es nicht mehr weiter, weil er ihr zu unhygienisch erschien. Wir gingen in das Zimmer. Die Pflegekraft sagte ihm, dass er jetzt ins Badezimmer müsse, um sich zu pflegen. Der Patient war überrascht und lehnte die Aufforderung der Pflegekraft ab. Er gab wiederholt an, dass er jetzt nicht ins Bad wolle. Die Pflegekraft ließ nicht von dem Patienten ab und holte frische Kleidung aus dem Schrank, um sie zu ihm ins Bett zu legen. Der Ton der Pflegekraft wurde energischer. Ich konnte beobachten wie der Patient immer unruhiger wurde und unter Druck geriet. Er lachte, drehte sich im Bett zur Seite und schien nicht zu wissen, was eigentlich los war. Zudem waren die drei Zimmernachbarn neugierig und sahen dem Schauspiel zu. Mehrmals sagte der betroffene Patient zu ihr „Lass gut sein!“ bis die Pflegekraft schließlich mit den Worten „Dann eben nicht.“ von ihm abließ. Pflegekraft und Patient wirkten auf mich

erschöpft und hilflos. Vor der Tür sagte mir die Pflegekraft noch, dass sie seine Reaktion schon erwartet hätte. Er sei ein schwieriger Patient. Aus meiner Sicht war die Situation für beide Seiten mehr als unbefriedigend. Die Pflegekraft war mit Vorurteilen in das Zimmer gegangen und für mich schien es, dass sie sich damit selbst im Weg stand. Sie hatte keine Chance, an den Patienten heranzukommen. Der Patient sah sich überrumpelt und blockte ab. Aus seiner Sicht musste die Pflegekraft auf ihn sehr unsympathisch gewirkt haben und mehr so, als würde sie gegen ihn arbeiten. Für mich war die Situation ebenso schwer zu ertragen. Ich konnte weder dem Patienten helfen, noch die Pflegekraft unterstützen. Ich war überrascht über die Tatsache, dass die Pflegekräfte im Umgang mit Patienten/Patientinnen mit diesem oder ähnlichen Krankheitsbildern nicht ausreichend geschult zu sein schienen und sich auch nach dieser Situation keiner der Pflegekräfte mit der Thematik befasste. Sei es ein kurzer Blick in ein Fachbuch oder ein professioneller Austausch unter Kollegen, was die Erkrankung ausmacht und wie der Patient diese erlebt. Auch Tage nach diesem Erlebnis stellten sich mir viele Fragen, weil der Ausgang dieser Situation und der Umgang mit diesem Patienten für mich unverständlich erschienen. Es kam während weiterer Praxiseinsätze immer wieder zu ähnlichen Situationen, auch mit Patienten/Patientinnen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Auf Nachfrage bei den jeweiligen Pflegekräften erhielt ich häufig Antworten wie: „Psychiatrische Patienten seien immer schwierig und zeitaufwändig“ oder „Es gibt keine Methoden, für einen richtigen Umgang“. Aus der oben geschilderten Situation, der daraus resultierenden Unsicherheit und dem Gedanken, dass die pflegerische Arbeit durch einen bewussten Umgang mit Vorurteilen und Stigmatisierung erleichtert werden könnte, entwickelte sich mein Interesse für diese Thematik in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie.

1.2 Fragestellung

Aus der Problembeschreibung heraus ergeben sich viele verschiedene Fragen. Für mich jedoch sind zwei Fragen vordergründig und sollen in dieser Arbeit aufgeklärt werden: Welche Folgen hat Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch die Pflegekraft¹ für die Pflege und den Patienten/die Patientin? Welche Maßnahmen gibt es, um den möglichen Folgen der Stigmatisierung vorzubeugen?

¹ Der Begriff Pflegekraft wird im Folgenden für examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Altenpfleger/Altenpflegerinnen, Auszubildende/dual Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehelfer/Pflegehelferinnen verwendet.

1.3 Zielsetzung

Das erste Ziel dieser Arbeit ist es zu verdeutlichen, wie unreflektiertes pflegerisches Handeln, welches sich in diesem Fall durch die Stigmatisierung einer bestimmten Patientengruppe äußert, die pflegerische Arbeit behindern und -im schlimmsten Falle- sogar verhindern kann. Aus der Literaturrecherche heraus sollen die Folgen der Stigmatisierung und Maßnahmen gegen die Stigmatisierung aufgezeigt werden, um den Auswirkungen von Stigmatisierung entgegenzutreten und das Leben für Patient/Patientin sowie Pflegekraft zu erleichtern. Die Arbeit wird dabei auf den geschilderten Fall in der Einleitung Bezug nehmen, um die Bedeutung der Erkenntnisse aus den Studien und der Literatur in einen praktischen Zusammenhang zu stellen.

Das zweite Ziel dieser Arbeit ist es, den Leser/die Leserin für das Krankheitsbild der Schizophrenie durch das Darlegen der Symptome sowie für Stigmatisierung in ihren Ursachen und Folgen zu sensibilisieren, um einen reflektierten Umgang mit den eigenen Vorurteilen zu erzeugen beziehungsweise einen Anstoß zum Nachdenken über eigene Gefühle und Vorurteile zu geben.

1.4 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird das methodische Vorgehen beleuchtet (Unterkapitel 1.5). Es folgt eine allgemeine Definition des Begriffes „Stigmatisierung“, um einen ersten Einblick in das Thema „Stigma“ zu bekommen (Kapitel 2). Darauf folgt eine Beschreibung des Krankheitsbildes der Schizophrenie (Kapitel 3). Nach dieser Darstellung der Schizophrenie wird herausgearbeitet, aus welchen Gründen die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte erfolgt (Kapitel 4). Das Kapitel 5 beinhaltet die Darstellung der Folgen der Stigmatisierung durch die Pflegekraft auf die pflegerische Versorgung sowie den Patienten/die Patientin. Abschließend werden mögliche Maßnahmen aufgezeigt, die den Folgen der Stigmatisierung entgegenzutreten (Kapitel 6). Zum Ende der Thesis folgen eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflege und die Diskussion der Arbeitsweise in dieser Bachelor-Arbeit (Kapitel 7), das Resümee (Kapitel 8), das Literaturverzeichnis (Punkt 9), der Anhang (Punkt 10) und die eidesstattliche Erklärung (Punkt 11).

Der Aufbau der Kapitel soll möglichst einheitlich gestaltet sein. Das bedeutet, es wird zunächst der Stand des Wissens aus aktuellen Studien aufgezeigt. Darauf folgt ein

Abgleich mit dem Wissen aus Fachbüchern und Empfehlungen sowie einer Übertragung des Wissens auf die geschilderte Situation aus der Einleitung.

1.5 Methodik

Die Basis für diese Bachelor-Arbeit stellt eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und The Cochrane Library dar. Tabelle 1 zeigt die für die Literatursuche verwendeten Begriffe auf Deutsch und in Englisch. Die englischsprachigen Begriffe wurden in unterschiedlichen Kombinationen, in Einzahl und Mehrzahl mit Hilfe von Trunkierungen, anhand der Bol'schen Operatoren OR und AND verknüpft (Behrens, Langer 2010, S. 145-146). Die ausführliche Suchstrategie befindet sich in tabellarischer Form im Anhang dieser Arbeit (Anhang 1). Um einen Überblick über die Thematik zu gewinnen sollte das Setting nicht eingeschränkt werden. So wurden auch Studien berücksichtigt, die sich mit Gesundheits- und Krankenpflegern/Gesundheits- und Krankenpflegerinnen befassen, die aus dem psychiatrischen, inneren oder chirurgischen Krankenhausbereich kommen. Dieses Vorgehen ermöglicht es, einen ersten generellen Einblick in die Gründe für die Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie und deren Folgen zu erhalten.

Tabelle 1: Suchbegriffe in den Sprachen Deutsch und Englisch

<i>Deutschsprachige Suchbegriffe</i>	<i>Englischsprachige Suchbegriffe</i>
Folge, Auswirkung, Konsequenz, Problem	impact, influence, implication, effect, consequence, problem
Stigmatisierung, Stigma	stigmatization, stigmatisation, stigma, discrimination
Schizophrenie	schizophrenia
Patient	patient, invalid
Pflegekraft	nurse, carer, caregiver, nursing staff
Pflege, pflegerische Versorgung	care, nursing care, nursing, care process, nursing process
Prävention, Vorbeugung, Intervention	prevention, prevent, intervention

Begleitend zu der systematischen Datenbankrecherche wurde eine freie Suche in dem Bibliothekskatalog der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, dem Campus-Katalog der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg sowie der Bibliothek des Ärztlichen Vereins durchgeführt. Die Suche in den Bibliothekskatalogen erfolgte anhand der in Tabelle 1 genannten deutschsprachigen Begriffe, welche auch hier in verschiedener Weise kombiniert wurden. Da es sich hierbei um eine unsystematische Suchstrategie

handelt, wird diese nicht, wie die systematische Recherche, in einer Tabelle dargestellt. Es fand eine weitere freie Suche in den Datenbanken www.google.de, www.scholar.google.de statt, um einen groben thematischen Überblick zu erhalten. Dabei wurden ebenfalls die englischen sowie deutschsprachigen Begriffe aus Tabelle 1 in verschiedenen Konstellationen verwendet. Im Anhang (Anhang 1) erfolgt die Darstellung der verwendeten Suchbegriffe und der relevanten Literatur.

Im Anschluss an die Literaturrecherche wurde die gefundene Literatur gesichtet. Bei der systematischen *Datenbankrecherche in PubMed, CINAHL und The Cochrane Library* konnten sehr viele Studien gefunden werden. Um die Vielzahl der Ergebnisse einzugrenzen und die Aktualität der Studien und damit den Stand des Forschungswissens zu wahren, wurden nur *Studien als relevant eingestuft*, die frei zugänglich, nicht älter als fünf Jahre, das Thema Stigmatisierung, Schizophrenie und Pflege sowie Folgen der Stigmatisierung und Maßnahmen oder Vorgehensweisen gegen Stigmatisierung von schizophrenen Patienten/Patientinnen beinhalten. Dem ursprünglichen Ziel, nur Studien nach diesen Kriterien einzuschließen, wurde eine Ausnahme, durch die Erwähnung einer nicht frei zugänglichen Studie², hinzugefügt. Der Grund liegt darin, dass die Erkenntnisse aus diesem Abstract einen direkten Bezug zu einer der möglichen Maßnahmen gegen Stigmatisierung beinhalten (Kapitel 6.1, S. 22-23). Insgesamt wurden aus den Datenbanken eine deskriptive Studie, vier Querschnittsstudien, zwei Reviews, ein Protokoll zu einem Cochrane-Review sowie ein wissenschaftlicher Artikel als relevant für diese Bachelor-Arbeit erachtet. Die Beurteilungen der Studien und Reviews auf ihre Qualität und Aussagekraft befinden sich im Anhang (Anhang 2) dieser Arbeit. In den *Bibliothekskatalogen* konnten allgemeine Lehrbücher zum Thema psychiatrische Pflege, Stigmatisierung, Schizophrenie und auch Stigmatisierung von schizophren Erkrankten gefunden werden, welche in die Thesis mit einfließen. Diese Punkte gelten gleichzeitig als Einschlusskriterien für die Literatur aus den Bibliothekskatalogen. Zum Zeitraum der Veröffentlichung wurde hier kein Limit gesetzt. Durch die Recherche in den *Datenbanken www.google.de und www.scholar.google.de* wurden drei Studien (Minas et al. 2011, über die Referenzliste einer nicht relevanten Studie aus der Datenbank PubMed) sowie eine Empfehlung gefunden, die als relevant erachtet werden. Für die Studien gelten die gleichen Einschlusskriterien wie für die Datenbankrecherche in PubMed, CINAHL und The

² Es handelt sich um die Studie von Zäske et al. aus dem Jahr 2014.

Cochrane Library. Die Empfehlung der WHO und WPA ist älter als fünf Jahre, wird jedoch in ihren Einschlusskriterien nicht den Studien, sondern der allgemeinen Literatur zugeordnet.

2. Stigmatisierung

Für einen Einstieg in die Thematik Stigma ist es zunächst von Bedeutung, die Begriffe Vorurteil und Diskriminierung in Kürze zu klären. „Ohne Vorurteile, Diskriminierung und Schuldzuweisungen gibt es keine Stigmatisierung“ (Finzen 2013, S. 26). Nach Aussage von Finzen sind drei Arten von Vorurteilen zu unterscheiden. Zum einen positive sowie wertneutrale Vorurteile, welche beispielsweise durch Werbung suggeriert werden oder dazu dienen, ein unbeschwertes Leben zu führen (ebd., S. 27-28). Die dritte Art sind die **negativen Vorurteile**. Die Ausprägungen sind manigfaltig und reichen von der einfachen Ablehnung (zum Beispiel von einem Nahrungsmittel) bis zur Verbreitung von Hass (ebd., S. 28-29). Zum Problem werden die negativen Vorurteile, die eine Person herabwürdigen und Hass verbreiten. Dazu gehören auch Stereotype, die von Generation zu Generation weitergegeben werden und in ihren Grundzügen durch und durch negativ sind. Es ist häufig das Fremde, das den unwissenden Menschen Angst macht und zu negativen Vorurteilen führt (ebd.). Dabei spielt laut Finzen die Sprache eine tragende Rolle für das Zustandekommen *und* die Verbreitung von negativen Vorurteilen. Als Beispiel gibt er die Verwendung des Wortes „schizophren“ an. Der Begriff der Schizophrenie ist meist mit negativen Gedanken belegt. Das Wort steht für Schrecken, etwas Absonderliches oder Gespaltenes (ebd., S. 30). Es finden sich je nach Art des Vorurteiles (beispielsweise rassistische Vorurteile) weitere Worte, welche negativ belegt sind und ihre jeweilige Art von Ablehnung und Abwertung transportieren sollen (ebd., S. 28-29). Haben sich die negativen Vorurteile in einer Gesellschaft verankert, so führt dieses zur **Diskriminierung** (ebd., S. 30). Finzen beschreibt die Diskriminierung als einen negativen Prozess, durch welchen der diskriminierte Mensch öffentlich oder privat abgewertet und daraufhin unwürdig behandelt wird. Als Beispiel gibt er an, dass dieser Person Menschenrechte aberkannt, sie isoliert oder sozial beziehungsweise beruflich gemieden wird (ebd.).

Die nächste Stufe dieses negativen Prozesses ist das **Stigma**. Der Duden definiert das Stigma in verschiedener Weise, jedoch immer mit einem gemeinsamen Nenner: Das „Brandmal“ beziehungsweise die „Kennzeichnung“ (Duden Online 2013). Laut Duden

handelt es sich um „[...] etwas, wodurch [...] jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Art und Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderem unterscheidet“ (ebd.). Bei der Literaturrecherche wurde eine große Anzahl von Quellen gefunden, welche sich mit dem Thema „Stigmatisierung“ auseinandersetzen. Jedoch wird vor allem bei der klassischen Definition des Begriffes „Stigma“ Erving Goffman und sein Werk aus dem Jahre 1975 „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ zitiert. Goffman definiert Stigma als einen Begriff, der gebraucht wird, um Eigenschaften einer Person darzustellen, welche von anderen Personen abweichen (Goffman 1975, S. 11). Er unterscheidet drei Arten der Stigmatisierung: „Abscheulichkeiten des Körpers - die verschiedenen physischen Deformationen“, „[...] individuelle Charakterfehler [...] zum Beispiel [...] Geistesverwirrungen [...]“ sowie „[...] die [...] Stigmata von Rasse, Nation und Religion“ (ebd., S. 13). Auch wenn die Begriffe aus dem Jahre 1975 stammen, so sind sie dennoch auf die heutige Zeit übertragbar. Stigma bedeutet in der Definition nach Goffman, dass jemand „[...] in unerwünschter Weise anders [...]“ (ebd.) ist, als es von den Menschen erwartet wird (ebd.). Laut Goffman wird hierdurch ein Unterschied deutlich gemacht, der die stigmatisierte Person als minderwertig und mangelhaft bloßstellt (ebd., S. 11). Die WHO in Zusammenarbeit mit der WPA definiert Stigma als „[...] das Ergebnis eines Prozesses, durch den bestimmte[n] Menschen oder Gruppen ungerechtfertigt Schande vorgeworfen wird und durch den sie ausgeschlossen bzw. diskriminiert werden“ (WHO, WPA 2002, S.7).

Goffman beschreibt, dass es den Menschen durch das Stigma möglich ist, jemanden abzustrafen, der anders ist als sie selbst. Die Andersartigkeit wird von ihnen in einigen Fällen als eine Strafe für etwas, dass der/die Betroffene der Vergangenheit falsch gemacht hat, betrachtet. Durch die Stigmatisierung wird es ihnen möglich „[...] Vergeltung für etwas [auszuüben] [...]“ (Goffman 1975, S. 15), dass die stigmatisierte Person in ihren Augen verbrochen hat (ebd.). Paradoxer Weise wird die Andersartigkeit zusätzlich auch als etwas Übernatürliches hervorgehoben, was den Menschen in erster Linie Angst macht und eine Art Legitimation für das Ausgrenzen der Person darstellt (ebd., S, 14). Die Widersprüchlichkeit zwischen Minderwertigkeit, das Hervorheben einer übernatürlichen Fähigkeit und die Angst beschreibt Goffman wie folgt: „Wir tendieren dazu, eine lange Kette von Unvollkommenheit auf der Basis der ursprünglichen einen zu unterstellen und zur gleichen Zeit einige wünschenswerte aber unerwünschte Eigenschaften anzudichten,

oft von übernatürlicher Färbung, wie zum Beispiel >>sechster Sinn<< oder >>Intuition<< [...]“ (ebd., S. 14). Dieses paradoxe Phänomen wird auch in der aktuellen Literatur aufgegriffen. So bezeichnet Finzen dieses Verhalten als ein Dilemma zwischen „Vorurteile[n], Diskriminierung und Stigmatisierung [...]“ (Finzen 2013, S. 11). Dabei nimmt er besonders psychische Erkrankungen, wie die Schizophrenie, in den Fokus (ebd.).

Kurz gesagt ist die Stigmatisierung das Kennzeichnen oder „Brandmarken“ einer Person, wodurch aufgrund von beispielsweise Hautfarbe, Religion, Behinderungen oder Erkrankungen der Umgang mit dieser stigmatisierten Person grundlegend negative Züge trägt und das Augenmerk der anderen auf seinem „Brandmal“ liegt (Duden Online 2013; Goffman 1975, S. 11; WHO, WPA 2002, S. 7).

3. Schizophrenie

3.1 Epidemiologie, Ursachen, Behandlung

Das Robert Koch Institut (RKI) führt auf, dass circa ein Prozent der Weltbevölkerung zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr die Diagnose Schizophrenie erhält (Gaebel, Wölwer 2012, S. 7). Für Deutschland beläuft sich die Zahl der neu diagnostizierten Patienten nach Aussage des RKI auf circa 15.600 Menschen pro Jahr (ebd.). Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen (Hautzinger, Thies 2009, S. 53). Die *Ursachen* der Schizophrenie werden heute als multifaktoriell angesehen, das heißt, sie kann durch mehrere Ursachen ausgelöst werden. Hautzinger und Thies geben genetische, biochemische hirnrnorganische sowie Geburtskomplikationen oder psychosoziale Stressoren als mögliche Faktoren an (ebd., S. 54). Die Therapie der Schizophrenie setzt sich aus einer Mischung aus medikamentöser *Behandlung* (Antipsychotika wie beispielsweise Risperidon) (ebd., S. 58-59) sowie psychologischen Therapien („Familieninterventionen“ und „kognitiv-verhaltensorientierte individuelle Therapien“) zusammen (ebd., S. 61). Dabei ist es wichtig, dass die Patienten/Patientinnen erlernen ihren Alltag oder den Kontakt mit Menschen wieder selbstständig zu meistern, zum Beispiel durch „[...] Modelllernen, Rollenspiele und Verstärkung“ (ebd., S. 59).

3.2 Definition

Finzen beschreibt das Krankheitsbild der Schizophrenie als „[...] die schillerndste aller psychischen Störungen“ (Finzen 2004, S. 20), die in ihren Erscheinungsformen stark variiert (ebd.). Hautzinger und Thies definieren die Schizophrenie als „[...] eine der schwerwiegendsten psychischen Störungen“ (Hautzinger, Thies 2009, S. 51). Im ICD-10-GM wird die Schizophrenie unter dem Begriff der schizophrenen Störungen zusammengefasst. Darunter fallen laut ICD-10-GM *schwerwiegende Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie unangemessene oder kaum vorhandene Gefühlsregungen* (ICD-10-GM 2015). Hierbei ist zu beachten, dass nach ICD-10-GM für gewöhnlich der Intellekt oder auch das Bewusstsein der betroffenen Person nicht eingeschränkt sind. Allerdings kann es im Laufe der Jahre zu kognitiven Einschränkungen kommen (ebd.). „[...] Das Gesunde [bleibt] dem Schizophrenen erhalten [...]. Es wird nicht aufgelöst, sondern versteckt“ (Bleuler 1969, S. 369). Bleuler, der den Begriff 1911 einführte, begreift das Wort Schizophrenie als die „[...] Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und [einer Störung] des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit [...]“ (ebd.).

3.3 Symptome

Nach Hautzinger und Thies gibt es kein Symptom, das alleine für eine Schizophrenie steht. Die Erkrankung kann sich in ganz unterschiedlicher Art und Weise ausdrücken (Hautzinger, Thies 2009, S. 51). Dabei werden positive und negative Symptome unterschieden. Positive Symptome sprechen in der Regel gut auf medikamentöse Therapien an, während die negativen Symptome im Gegensatz dazu tendenziell schwer behandelbar sind (ebd., S. 52). Es folgt in Tabelle 2 die Darstellung der Symptome und ihren Definitionen, welche wörtlich von Hautzinger und Thies übernommen sind. Diese Auflistung der Symptome dient dem Zugang zum Verständnis der Schizophrenie und verdeutlicht, welche beträchtliche Beeinflussung seines/ihres Lebens der Patient/die Patientin durch seine/ihre Symptome erfahren kann. Zudem soll die Schizophrenie als Erkrankung durch das Aufzeigen der Symptome greifbarer gemacht werden.

Tabelle 2: Positive und negative Symptomatik der Schizophrenie

Daten für positive und negative Symptome **wörtlich** entnommen aus:
Hautzinger, Thies 2009, S. 52.

<i>Positive Symptome</i>	<i>Definition</i>
Wahnideen	„Objektiv falsche Überzeugungen der Betroffenen und Verkennung der Realität. Häufige Wahnphänomene sind, von einer Macht verfolgt oder einer bestimmten Person geliebt zu werden oder dass die eigenen Handlungen oder Impulse von einer äußeren Kraft gesteuert werden.“
Halluzinationen	„Subjektiv erlebte Wahrnehmungen ohne objektiv vorliegende Umweltreize. Am häufigsten sind Halluzinationen akustischer Natur. Für Schizophrene besonders typische Beispiele des Stimmenhörens sind das Gedankenlautwerden, d.h., die Betroffenen hören eine Stimme, die ihre Gedanken wiederholt, kommentierende Stimmen, die ihr Verhalten beschreiben oder bewerten, und dialogisierende Stimmen, die sich über sie unterhalten oder streiten.“
Formale Denkstörungen	„Lockerung der gedanklichen Assoziationen, Gedankenabreißen, Neologismen (Erfinden neuer Begriffe und Worte).“
Ich-Erlebnisstörung	„Gedankeneingebung, d.h. die Überzeugung, dass Gedanken von außen eingegeben werden; Gedankenentzug, d.h. die Überzeugung, dass Gedanken von außen gestohlen werden; Gedankenausbreitung, d.h. die Überzeugung, dass Gedanken übertragen werden, so dass andere sie kennen.“
Desorganisierte Sprache	„Denken und infolgedessen die Sprache sind unzusammenhängend, so dass Zuhörer nicht folgen können.“
<i>Negative Symptome</i>	<i>Definition</i>
Apathie	„Fehlen von Antrieb und Energie und mangelndes Interesse für Alltagsaktivitäten, in der Folge dann verlangsamte Reaktionszeiten.“
Alogie	„inhaltliche und/oder mengenmäßige Verarmung der Sprache sowie verzögertes Antwortverhalten“
Affektverflachung	„Fehlender Ausdruck von Emotionen“
Anhedonie	„mangelnde Fähigkeit, Freude zu empfinden. Zeigt sich auch am Fehlen enger Beziehungen.“
Aufmerksamkeitsprobleme	„Konzentrationsmängel, in der Folge eingeschränkte Merkfähigkeit (Erinnerungslücken) und erhöhte Fehlerrate bei Reaktionsaufgaben.“

Die Schizophrenie wird nach dem ICD-10-GM in verschiedene Subtypen unterteilt, denen dann einzelne Symptome im Besonderen zugeteilt werden. Davison, Neale und Hautzinger unterscheiden drei relevante Subtypen (Davison et al. 2007, S. 378): Dazu zählen die

paranoide (Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen), *hebephrene* (Affekt verändert, desorganisierte Sprache und Verhalten) und die *katatone* (Zwangshaltungen, Motorik ist verändert, Erregung und Stupor, Stummheit) Schizophrenie³ (ICD-10-GM 2015; Hautzinger, Thies 2009, S. 52).

4. Schizophrenie und Stigma: Die Gründe

Anmerkung

Die nachfolgenden Ergebnisse sind auf Basis der gefundenen Studien und Literatur entstanden. Die Hinweise zu Hintergründen, Folgen und Maßnahmen, die sich aus den Studien durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen ergeben, sind mit Vorsicht zu betrachten. Dieses ergibt sich aus der Beurteilung der Studien (siehe Anhang 2). Demnach sind die Ergebnisse der Studien von geringer Aussagekraft in Bezug auf mögliche Effekte, die sich durch eine Stigmatisierung ergeben. Laut Behrens und Langer sind Deskriptive- und Querschnittstudien geeignet, um eine erste Übersicht über ein Thema zu erhalten und darauf aufbauend weitere Studien durchzuführen (Behrens, Langer 2010, S. 245). Die Beurteilung der Studien stellt heraus, dass alle Studien durch methodische Unklarheiten und eine teilweise nicht transparente Vorgehensweise von geringer Qualität und die Aussagekraft der Ergebnisse stark begrenzt sind. Es handelt sich lediglich um ***Hinweise*** über Ursachen und Folgen der Stigmatisierung, welche unbedingt unter Berücksichtigung ihrer methodischen Schwächen betrachtet werden müssen. Das gleiche gilt für die zwei Reviews in dieser Arbeit. Die Beurteilung der Reviews stellt heraus, dass diese gravierende methodische Mängel aufweisen. Es ist nicht transparent beschrieben, wonach die Autoren/Autorinnen die Studien in diesen Reviews auswählten oder ob diese für das Review auf ihre Qualität geprüft wurden. Auch hier liefern die Reviews nur Hinweise, die unter Vorbehalt der methodischen Schwächen, betrachtet werden müssen.

Es folgt die Darstellung der Gründe für die Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte.

³ Im weiteren Verlauf dieser Arbeit soll die Schizophrenie im Allgemeinen, und nicht speziell einer ihrer Subtypen, betrachtet werden. Dies geschieht, um einen Überblick über die Thematik zu gewinnen.

Die Gründe

Hintergründe und Folgen der Stigmatisierung schizophrener Patienten/Patientinnen sind laut Shrivastava et al. schwer voneinander zu trennen, da diese dicht beieinander liegen (Shrivastava et al. 2012, S. 2). In diesem Kapitel sollen daher, der Vollständigkeit halber und durch ihren engen Zusammenhang, die Gründe für die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte aufgezeigt werden. Dieses dient dem Zwecke einer Differenzierung der Begriffe *Grund* und *Folge*, um im späteren Verlauf dieser Arbeit darlegen zu können, wo präventive Maßnahmen zur Reduzierung der Auswirkungen ansetzen sollten.

In den vorhergehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, dass Stigmatisierung als das „Brandmarken“ von Personen, die anders sind (Duden Online 2013) und Schizophrenie als eine Erkrankung, die „[...] Denken und Wahrnehmung [...]“ (ICD-10-GM 2015) sowie das Verhalten eines Menschen grundlegend beeinflusst, definiert werden. So verwundert es wenig, wenn die Schizophrenie von Hautzinger und Thies als eine der am meisten mit Vorurteilen behafteten Störungen bezeichnet wird (Hautzinger, Thies 2009, S. 51). „Sie ist ein Leiden, das Angst macht“ (Finzen 2013, S. 20). Es gibt verschiedene Studien, die sich mit der Thematik Schizophrenie und Stigma befassen. Diese handeln hauptsächlich davon aus welchen Gründen im Bereich der professionellen Pflege Menschen mit Schizophrenie vorverurteilt oder stigmatisiert werden.

Peitl et al. zeigen in ihrer Studie auf, dass es ein Irrglaube sei anzunehmen, dass lediglich die allgemeine Bevölkerung Vorurteile gegenüber schizophren erkrankten Menschen hätte. Dieses betrifft genauso die professionell Pflegenden (Peitl et al. 2011, S. 141). Ihre Studie bezieht sich auf die allgemeine Bevölkerung, Medizin- und Psychologie-Studenten, Pflegenden in der Psychiatrie sowie auf chirurgischen Stationen und bedient sich in ihrer Methodik eines Fragebogens, welcher anonym von insgesamt 151 Teilnehmern aus den beschriebenen Bereichen ausgefüllt wurde (ebd., S. 142). Sie zeigen auf, dass in beiden Professionen (Pflegende in der Psychiatrie und Pflegende auf allgemeinen Stationen) Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie ebenso eine Rolle spielt wie in der breiten Öffentlichkeit (ebd.). Die durchgeführte Befragung ergab, dass alle Teilnehmer/Teilnehmerinnen generell auch positive Einstellungen gegenüber Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie haben (ebd., S. 143). Jedoch wiegen die negativen Vorurteile schwer. So geben Pflegekräfte von chirurgischen Stationen an, dass

sie Angst vor Menschen mit Schizophrenie hätten. Sie glauben, dass schizophrene Patienten/Patientinnen bizarre sexuelle Vorlieben haben (ebd.). Die psychiatrisch Pflegenden werden in dieser Studie als vorsichtig beschrieben, was das Annehmen von Vorurteile angeht. Dennoch würden auch sie, wie alle anderen Befragten, einem schizophrenen Patienten/einer schizophrenen Patientin nicht ihr volles Vertrauen entgegenbringen. Als Beispiele werden in dieser Studie das Heiraten einer Person mit Schizophrenie oder das Aufpassen auf die eigenen Kinder durch einen an Schizophrenie erkrankten Menschen aufgeführt (ebd.). Die Befragten nehmen allesamt an, dass Menschen mit Schizophrenie nicht für Berufe geeignet sind in denen sie viel mit anderen Menschen zusammenarbeiten, Verantwortung für Menschen übernehmen müssten oder Arbeiten ausführen könnten, die ein gewisses Risiko mit sich bringen (ebd.). Serafini et al. legen in einer Studie aus dem Jahre 2011 dar, dass sich die Gründe für die Stigmatisierung danach richten, was die Krankenpfleger/Krankenpflegerinnen als Ursache für die Schizophrenie sehen. Im Rahmen ihrer Studie wurden schriftliche Befragungen von Medizin-Studenten/Medizin-Studentinnen, Ärzten/Ärztinnen, Patienten/Patientinnen der ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie Pflegekräfte aus der Psychiatrie durchgeführt, nachdem diese sich zwei Beschreibungen zu den Ursachen von Schizophrenie durchgelesen hatten. Die Befragungen ergaben, dass die Pflegekräfte, welche genetische Ursachen hinter der Schizophrenie vermuteten, eher geneigt waren sich sozial von den Patienten/Patientinnen zu distanzieren und sie als unberechenbar einzustufen. Im Gegensatz dazu neigten die Pfleger/Pflegerinnen, die Umweltfaktoren als Ursache sahen, weniger zu einer Distanzierung (Serafini et al. 2011, S. 580). Mittal et al. legen dar, dass vor allem negative Stereotype, die Krankenpfleger/Krankenpflegerinnen in sich tragen, beispielsweise Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie seien unsauber, gefährlich, unberechenbar etc., zu einer Stigmatisierung der Patienten/Patientinnen führen können (Mittal et al. 2014, S. 3, 5). In ihrer Studie wurden die Daten anhand von zwei Fallbeschreibungen, eine bezogen auf einen Patienten mit und die andere bezogen auf einen Patienten ohne Schizophrenie, sowie einer anonymen Befragung von Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen und psychiatrisch tätigen Pflegekräften generiert (ebd., S. 1). Minas et al. verwendeten 2011 eine ähnliche Methode und befragen Ärzte/Ärztinnen, Pflegekräfte und medizinische Assistenten/Assistentinnen, nachdem diese zwei Fälle über einen Patienten mit Diabetes und einen über einen Patienten mit einer psychischen Erkrankung gelesen hatten (Minas et al. 2011, S. 2). Sie

bestätigen in ihrer Studie ebenfalls, dass negative Einstellungen und Stereotype sowie der Glaube, dass psychisch erkrankte mehr pflegerischen Aufwandes bedürfen, zu einer Stigmatisierung des Patienten/der Patientin führen können (ebd., S. 8).

Die Aussagen aus den Studien decken sich mit denen in der Literatur. Finzen beschreibt zwar die Stigmatisierung nicht ausschließlich für Pflegekräfte, jedoch spiegeln seine Aussagen die Einstellungen aus den Studien wider. So sagt Finzen aus, dass Schizophrenie mit abstrusem Verhalten, Gewaltbereitschaft und dem Hang zum Unberechenbaren in Verbindung gebracht wird. Gleichzeitig umgibt die Erkrankung eine unheimliche Aura, die Furcht auslösend zu sein scheint (Finzen 2013, S. 24, 25). Dieses macht er daran fest, dass der Begriff Schizophrenie von der Bevölkerung gerne dann gebraucht wird, um etwas oder jemanden herabzuwürdigen oder Schrecken darstellen zu wollen (ebd.). Auch beschreibt Finzen, dass die Medien das Wort Schizophrenie tendenziell mit negativen Darstellungen brandmarken. Sei es zur Beschreibung eines abstrusen Geschehnisses, dem merkwürdigen Verhalten einer Person oder dem Darstellen eines schizophrenen Menschen als Verbrecher in einem Film (ebd., S. 22). Die WHO in Kooperation mit der WPA hat in einem Statement die Ursachen von Stigma aus einem Konzept für jüngere Personen auf ältere übertragen (WHO, WPA 2002, S. 8). Auch hier decken sich die Gründe für Stigmatisierung schizophrener Patienten mit denen aus den Studien. Die WHO und WPA nennen als Hauptursachen für Stigmatisierung durch Pflegekräfte „Ignoranz bzw. falsche Annahmen [...], Angst [...], Streben nach sozialer Konformität und Sicherheit und daraus resultier[end] zur Unterdrückung jeglicher Abweichung [sowie die] Internalisierung von stigmatisierenden Ideen („Selbst-Stigmatisierung“) durch Betroffene [...]“ (ebd.).

Die oben genannten Studien, die Literatur und die Empfehlungen der WHO und WPA zeigen, dass die Gründe für die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte vielschichtig sind. Es ist die Angst vor dem Unbekannten und bizarren Vorstellungen oder dem Glauben über die Ursache der Schizophrenie. Aber auch in der Darstellung der Erkrankung in den Medien können die Ursachen für eine Stigmatisierung liegen (Finzen 2013, S. 22, 24, 25; Mittal et al. 2014, S. 3, 5; Peitl et al. 2011, S. 141-143; Serafini et al. 2011, S. 580; WHO, WPA 2002, S. 8).

Das in Kapitel 1 beschriebene Geschehen zeigt, dass die Pflegekräfte wenig bis kein Wissen zu der psychischen Erkrankung des Patienten zu besitzen scheinen und bezeichnen

ihn aus diesem Grunde als „schwierigen“ Patienten, der von der Norm abweicht. Der Umgang mit dem Patienten wirkt unbeholfen. Vorurteile dem Patienten gegenüber werden im Team geduldet und von niemandem, einschließlich mir, durchbrochen. Die Gründe für seine Stigmatisierung scheinen demnach in der Unwissenheit über die Schizophrenie zu liegen und der darauf folgenden negativen Darstellung des Patienten in der Übergabe.

5. Schizophrenie und Stigma: Die Folgen

5.1 Pflege

Es scheint eine logische Schlussfolgerung, dass die oben genannten Gründe für eine Stigmatisierung Folgen für das Verhalten der Pflegekräfte in pflegerischen Situationen haben müssen. Auch gerade deshalb, weil Stigmatisierung, wie bereits beschrieben, das Bloßstellen einer Person als Minderwertig und Mangelhaft bedeutet (Goffman 1975, S. 11). Linden und Kavanagh vergleichen in ihrer Studie aus dem Jahre 2011 Aussagen von ausgebildeten Pflegekräften in der Psychiatrie mit denen von Pflegestudenten/Pflegestudentinnen (Linden, Kavanagh 2011, S. 1361). Sie geben an, dass besonders unerfahrene Pfleger/Pflegerinnen häufig den Wunsch nach Distanz zu schizophrenen Patienten verspüren. Dieses kann nach Linden und Kavanagh Einfluss auf die pflegerische Versorgung nehmen und zwar in der Form, dass Patienten/Patientinnen tendenziell gemieden werden, bei denen die Diagnose einer psychischen Erkrankung vorliegt (ebd., S. 1366). Die negative Haltung gegenüber dem an Schizophrenie erkrankten Menschen zeigt sich gemäß Linden und Kavanagh in einer Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Dieses sei vor allem bei unerfahrenen Pflegern/Pflegerinnen der Fall (ebd.). Peitl et al. treffen eine ähnliche Schlussfolgerung, indem sie aufführen, dass Stigmatisierung zu einer qualitativ schlechteren Pflege der Patienten/Patientinnen führt (Peitl et al. 2011, S. 141). Minas et al. berichten ebenso wie Peitl et al. in ihrer Studie, dass die negative Einstellung von Pflegekräften sich in ihrem Verhalten äußert und damit die täglichen pflegerischen Situationen beeinflussen kann (Minas et al. 2011, S. 1). Sie verglichen in ihrer Studie anhand von zwei fiktiven Fallgeschichten die Antworten von Pflegekräften. Ein Fall beschreibt einen Patienten mit Diabetes, der mit einem Druckgefühl in der Brust ins Krankenhaus eingeliefert wird. Der andere Fall bezieht sich auf einen Patienten mit einer nicht näher bezeichneten psychischen Erkrankung und ebenfalls Engegefühl in der Brust (ebd., S. 8-9). Die Pflegekräfte haben in dieser Studie

gegenüber beiden Patienten wenig Vertrauen. Jedoch weisen sie bei dem psychisch erkrankten Patienten ein scheinbar widersprüchliches Verhalten auf. Sie erwarten aufgrund ihrer negativen Stereotype, dass der psychisch erkrankte Patient mehr pflegerischer Unterstützung bedarf, als der Patient ohne psychische Störung. Generell sei die Einstellung gegenüber dem psychisch erkrankten Patienten negativer und damit auch das Verhalten gegenüber diesem Patienten negativ geprägt, obwohl sie ihm mehr Hilfe anbieten würden (ebd., S. 8). Mittal et al. geben an, dass sich ihre Forschungsergebnisse mit dem bisherigen Kenntnisstand der Wissenschaft decken. Sie bestätigen, dass Pflegekräfte, die kaum praktische Erfahrung mit schizophrenen Patienten/Patientinnen vorweisen können, tendenziell mehr negative Stereotype verinnerlicht haben. Diese können laut Mittal et al. zu Gefühlen wie Wut oder Mitleid führen, je nachdem welcher Grund hinter der Erkrankung vermutet wird, das heißt, ob der Patient/die Patientin selbst an der Erkrankung Schuld trägt oder es beispielsweise genetische Ursachen sind, welche die Schizophrenie ausgelöst haben (Mittal et al. 2014, S. 5; Weiner 1995, S. 129 ff.).

Finzen beschreibt ebenso, dass die Schizophrenie besonders für Menschen ohne Erfahrung mit dieser Erkrankung eine Herausforderung darstellt. Aufgrund der unterschiedlichen Wahrnehmungen zwischen einem gesunden und dem an Schizophrenie erkrankten Menschen kann sich das Verhalten des/der Gesunden ins Negative zu Missmut, Wut und Missverständnissen dem Erkrankten/der Erkrankten gegenüber wandeln. Dabei spielt häufig, wie auch in den Studien aufgeführt, Unwissenheit über die Erkrankung eine große Rolle, was nach Finzen zu Hilflosigkeit auf beiden Seiten führen kann (Finzen 2004, S. 27). Dem Erkrankten/der Erkrankten wird vorgeworfen, dass er/sie sich mit Absicht anders verhalte oder einfach nicht normal sein wolle und verstehen den Grund für den Rückzug des Patienten/der Patientin nicht (Finzen 2013, S. 21). Die WHO und WPA geben an, dass die negativen Haltungen dazu führen können, dass dem Patienten/der Patientin die Schuld an ihrer Erkrankung gegeben wird (WHO, WPA 2002, S. 9). Ebenso kann es laut WHO und WPA dazu kommen, dass die Pflegekräfte eine „[...] alarmierende[...] Einstellung [...] betreffend [der] Erfordernisse, Belastungen und Kosten der Versorgung“ (ebd.) entwickeln. Es kann zu gravierenden Folgen in der Behandlung kommen. Dieses äußert sich in der Kommunikation durch die Verwendung herabwürdigender Begriffe, in der direkten pflegerischen Versorgung durch „[...] Vernachlässigung [oder] Vermeidung“ (ebd., S. 10) und in dem Kontakt mit Angehörigen durch Anschuldigungen, dass sie

Schuld an der Krankheit ihres Angehörigen/ihrer Angehörigen sind (ebd.). Durch die Vernachlässigung des Patienten/der Patientin kann es „[...] zu [I]gnorieren oder [V]erharmlosen“ (ebd., S. 11) von Symptomen kommen, was für den Patienten/die Patientin schwere Folgen haben kann. Pflegekräfte könnten versuchen, den Patienten/die Patientin nicht im eigenen Bereich der Station betreuen zu müssen, das heißt ihn/sie an ihre Kollegen/Kolleginnen „abzuschieben“ (ebd.).

5.2 Patient/Patientin

Die Stigmatisierung durch die Pflegekraft nimmt in ihrem Verlauf eine folgenschwere Bedeutung für den Patienten/die Patientin ein. Durch die Stigmatisierung wird das Wesen des Patienten/der Patientin als leistungsschwach und unfähig bewertet (Peitl 2011, S. 144). Horsfall et al. fassen in ihrer Literaturübersicht verschiedene Studien auf und geben wieder, dass dem Patienten/der Patientin suggeriert wird, man wolle ihn/sie schnell abhandeln und sich nicht lange mit ihm/ihr aufhalten (Horsfall et al. 2010, S. 453). Verschieden Studien zeigen laut Horsfall et al., dass dieses negative Verhalten für den Patienten/die Patientin nicht ohne Folgen bleibt. Der Patient/die Patientin ist beschämt, fühlt sich hilflos. Es kann ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit entstehen (Horsfall et al. 2010, S. 453 aus Emrich et al. 2003). Shrivastava, Johnston und Bureau berichten in ihrem Review davon, welche Folgen die Stigmatisierung ganz konkret für den Patienten/die Patientin mit Schizophrenie haben kann. Sie sprechen auf der Grundlage von diversen Studien davon, dass Stigma sich derart negativ auf die Lebensqualität auswirken kann, dass die Patienten/Patientinnen sich gedemütigt, herabgewürdigt und in ihren Rechten und Bedürfnissen beraubt fühlen (Shrivastava et al. 2012, S. 4). Der Prozess beginnt mit der Zurückweisung durch Pflegekräfte oder Familienmitglieder, geht über zur Isolation des Patienten/der Patientin, verringert das Selbstwertgefühl und beeinträchtigt den Zugang zu medizinischer Behandlung, da der Patient/die Patientin diese aus Scham nicht in Anspruch nimmt (ebd.). Seinen Höhepunkt kann dieser Prozess im drastischsten Falle in der Verwahrlosung und Selbstaufgabe des/der schizophren Erkrankten finden. Das bedeutet, dass auch der Suizid des Patienten/der Patientin eine Folge der Stigmatisierung sein kann (ebd.). Shrivastava et al. fassen als die häufigsten Folgen von Stigmatisierung: „[...] low self-esteem and discrimination in family and work settings“ (ebd., S. 5) zusammen. „Stigmatization represents a chronic negative interaction with the environment [...]“ (ebd., S. 4).

Diese negative Interaktion kann sich laut Finzen bei dem Patienten/der Patientin verinnerlichen und zum Selbststigma führen. Finzen beschreibt den Patienten/die Patientin vor seiner/ihrer Diagnosestellung als ein Mitglied seiner sozialen Umwelt, welches auch die üblichen Stereotype und Vorurteile teilt. Kommt es zu einer Diagnosestellung muss sich der Erkrankte/die Erkrankte in der neuen Rolle zurechtfinden. Finzen schreibt: „Die Übereinstimmung der eigenen Vorurteile mit den fremden bringt den Erkrankten in ein Dilemma: Er ist in seiner Selbstwahrnehmung wirklich so, wie die anderen ihn sehen. Diese Erkenntnis wird zur schweren Belastung. Sie beschäftigt seine Identität. Sie wird zum Stigma“ (Finzen 2013, S. 68). Nach Finzen empfindet der Patient/die Patientin die Auswirkungen des Stigmas als richtig und gerechtfertigt. Finzen betont ausdrücklich, dass der Erkrankte/die Erkrankte *nicht* an der Stigmatisierung durch die anderen Menschen Schuld trägt. Das seine Selbststigmatisierung nicht mit der Stigmatisierung durch die Umwelt in Zusammenhang steht. Nach Finzen wird dieses nämlich nur zu gerne von der Gesellschaft behauptet und „[...] der Begriff bezogen auf schwer kranke Stigmatisierungsopfer schnell zum neuerlichen Mittel der Diskriminierung“ (ebd.). Auch die WHO und WPA zeigen in ihrem Statement auf, dass die Folgen der Stigmatisierung für den Patienten/die Patientin gravierend sind und von geringer Lebensqualität, über monetäre Einbußen durch Arbeitslosigkeit, der Beschädigung des Selbstwertgefühls bis hin zu Rückschritten in der Behandlung der psychischen Erkrankung reichen können (WHO, WPA 2002, S. 9, 10). „Von der Definition her glauben wir natürlich, daß [sic] eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist. Unter dieser Voraussetzung üben wir eine Vielzahl von Diskriminationen aus, durch die wir ihre Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren“ (Goffman 1975, S. 13-14).

In der Einleitung aus Kapitel 1 sind bereits Folgen durch die Stigmatisierung zu erkennen. Zunächst werden negative Vorurteile durch die Pflegekräfte in der Übergabe weitergegeben (Patient ist auffällig, merkwürdig, wäscht sich nicht, zurückgezogen. Die Schizophrenie unterscheidet ihn von „normalen“ Patienten/Patientinnen.) Die Pflegekräfte lassen den Patienten in seiner Zurückgezogenheit gewähren und ärgern sich über den „unsauberen“ Patienten. Die Pflegekraft fordert den Patienten zum Waschen auf. Sie nimmt an, dass er unfähig ist sich selbstständig zu pflegen. Sie geht davon aus, dass ihre Einstellung dem Patienten gegenüber sozial akzeptiert ist, da sie den Patienten vor Mitpatienten lautstark zum Waschen auffordert und nicht von ihrem Vorhaben abweicht.

Der Patient verweigert die Pflege. Er sieht sich unter Druck gesetzt und ist der Neugierde seiner Mitpatienten schutzlos ausgeliefert. Die Folgen sind eine demütigende Erfahrung für den Patienten und die scheinbare Bestätigung für die Pflegekraft, dass mit dem Patienten etwas nicht stimmt und er daher offiziell als schwierig eingestuft werden kann. Dem Patienten wird das Recht genommen, in einem geschützten Rahmen über die Gründe für seine Ablehnung der Körperpflege zu sprechen. Er steht schutzlos vor seinen Mitpatienten als schmutzig oder faul dar und dieses könnte Auswirkungen auf sein Selbstwertgefühl haben. Es scheint, dass diese Situation für den Patienten nicht die erste negative Erfahrung hinsichtlich seiner Erkrankung ist. Eventuell sind die körperliche Verwahrlosung und der Rückzug des Patienten schon Folgen aus zurückliegenden Stigma-Erfahrungen.

6. Erarbeitung von Maßnahmen zur Reduzierung der Folgen von Stigmatisierung

Die Auswirkungen von Stigmatisierung scheinen gravierend für die pflegerische Versorgung auf der einen und für den Patienten/die Patientin auf der anderen Seite zu sein. Daraufhin stellt sich die Frage, ob es überhaupt Maßnahmen geben kann, um den doch so weitreichenden Folgen der Stigmatisierung Einhalt zu gebieten? In einem Protokoll zu einem noch nicht fertiggestellten Cochrane-Review⁴ werden vier Maßnahmen dargestellt, die quasi das Grundgerüst der Präventionen von Folgen der Stigmatisierung bezüglich psychischen Erkrankungen generell darstellen (Büchter et al. 2013, S. 3). Diese sind grob verfasst wie in der Abbildung 1, einer von Büchter et al. erstellten Tabelle, zu erkennen ist.

Abbildung 1: Matrix of intervention types and examples (Büchter et al. 2013, S. 3)

Matrix of intervention types and examples*				
Level/Intervention	Education	Contact	Protest	Other
Individual level	Seminars to increase mental health literacy in pupils, students, police officers, journalists etc.	Inviting people with a history of mental illness to talk about their experiences to the public, students etc.	Making complaints about newspaper articles, TV shows etc. with negative portrayals of people with mental illnesses	Simulated hallucinations to increase empathy and understanding
Population level	Social media campaigns	Mass social contact interventions (Evans-Lacko 2012)	Marches, boycotts	-
Structural level	Integrating mental health education into curricula	Integrational schools	Civil rights laws (e.g. right to demonstrations and protests)	Anti-discrimination laws

* This review focuses on interventions in blue cells

⁴ Es handelt sich hierbei um ein Protokoll zu einem Cochrane-Review. Das bedeutet, es werden hier nur Hinweise zu der Arbeitsweise in dem zukünftigen Review geliefert und mit welchen Inhalten sich dort befasst werden soll. Daher wird keine Bewertung des Protokolls in dieser Arbeit erfolgen. Die Tabelle liefert jedoch eine gute Übersicht zu den Präventionsmaßnahmen und wurde aus diesem Grund in die Thesis eingefügt.

Die vorhandenen Möglichkeiten beziehen sich laut Büchter et al. im Allgemeinen auf Bildung, Kontakt zu psychisch Erkrankten, dem „Aufstehen“ gegen Stigmatisierung oder auch Selbsterfahrungen mit Halluzinationen, wie in der Tabelle beispielsweise genannt (ebd.). Möglichkeiten, gegen die Auswirkungen von Stigmatisierung im Allgemeinen vorzugehen, beziehungsweise Maßnahmen, die Stigma generell reduzieren sollen, sind demnach vorhanden. Uneinigkeit besteht in der aktuellen Studienlage lediglich in der jeweiligen Wirkungsweise beziehungsweise in den Effekten der Maßnahmen. Im Folgenden werden nun Maßnahmen aufgezeigt besser gesagt anhand von Studien oder Literatur erarbeitet, die speziell für den Bereich der pflegerischen Versorgung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie von Bedeutung sind.

6.1 Pflege

Das Erkennen von eigenen Vorurteilen ist wichtig. Denn wenn Pflegekräfte über die Folgen von Stigmatisierung wissen; wenn sie sich der Konsequenzen bewusst sind, was ihre Einstellung, ihr Denken für Auswirkungen auf ihr Handeln und damit auf den Patienten/die Patientin hat; wenn sie wissen, dass Vorurteile der Ausgangspunkt für alles das sind; nur dann kann sich etwas verändern (Horsfall et al. 2010, S. 454). Serafini et al. sowie Horsfall et al. beschreiben, dass der erste Schritt zur Reduzierung von Stigma das Erkennen der eigenen Vorurteile ist. Die negative Einstellung muss erkannt und sich bewusst gemacht werden, um eine Veränderung herbeizuführen. Es sei wichtig sich den Folgen der eigenen Handlungen bewusst zu sein (Horsfall et al. 2010, S. 454; Serafini et al. 2011, S. 583). Nach Linden und Kavanagh sollte Pflegekräfte unbedingt auf den Ablauf von Stigmatisierung hingewiesen werden, um die Wichtigkeit der Reflexion eigener Gefühle zu verstehen. Pflegekräfte müssen informiert werden, dass die ablehnende Haltung gegenüber einem Patienten/einer Patientin mit Schizophrenie einen destruktiven Einfluss auf die pflegerische Beziehung nehmen kann. Es kann allein durch die negative Einstellung dem Patienten/der Patientin gegenüber zu einer Stigmatisierung und damit zu deren zerstörerischen Folgen kommen (Linden, Kavanagh 2011, S. 1359). Diese Erkenntnis sollte im besten Fall schon bei Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und Pflegestudenten/Pflegestudentinnen verankert werden, um den möglicherweise bereits vorhandenen negativen Haltungen keinen Platz zum Wachsen zu geben. Linden und Kavanagh beschreiben, dass hierzu die Reflexion und Diskussion von Gefühlen dieser Art in den Unterricht eingebracht werden sollten. Auf diese Weise können negative Gefühle

gegenüber dem Patienten/der Patientin mit Schizophrenie minimiert werden. Dabei sei es unabdingbar, dass auch die Lehrenden sich ihrer eigenen Vorurteile bewusst sind und diese nicht auf die Schüler/Schülerinnen und Studenten/Studentinnen zu übertragen (ebd., S. 1365-1366). Laut Linden und Kavanagh kann dieses Modell auch auf professionell Pflegende angewendet werden. Kliniken sollten allen ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen die Möglichkeit geben ihre eigenen Gefühle zu reflektieren. Dieses könnte beispielsweise in Supervisionen (Sauter 2011, S. 268-269) passieren, wie es in der Psychiatrie schon seit längerem der Fall ist. Ergänzend könnten psychiatrisch Pflegende ihr Wissen über bestimmte psychiatrische Erkrankungen und Stigma an andere Pflegekräfte weitergeben und ihnen als Ratgeber zur Seite stehen (ebd., S. 1366). Linden und Kavanagh weisen jedoch darauf hin, dass diese Interventionsprogramme konkret für die Stigmatisierung von Schizophrenie durch Pflegekräfte noch entwickelt werden müssen (ebd.). Mittal et al. zeigen in ihrer Studie auf, dass auch das Krankheitsbild der Schizophrenie ein Teil der Aufklärung von Pflegekräften sein sollte, da besonders Pflegekräfte, die wenig mit diesen Patienten/Patientinnen in Kontakt kommen, negative Stereotype verinnerlicht haben. Sie sind der Ansicht, dass es nur durch eine Kombination von Bildung und Kontakt zu Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie zu einem Abbau der Vorurteile kommen kann (Mittal et al. 2014, S. 4, 6). Nach Serafini et al. ist es wichtig darzulegen, wie vielseitig die Ursachen für eine Schizophrenie sein können und damit ein Verständnis für die Erkrankung zu schaffen (Serafini et al. 2010, S. 583). Im Einklang mit den Erkenntnissen von Linden und Kavanagh ist der Bedarf an der Entwicklung von Interventionsprogrammen zur Erkennung und Reflexion von Stigma und Vorurteilen in der Pflege laut Mittal et al. gegeben (Mittal et al. 2014, S. 5). Minas et al. widersprechen jedoch den oben genannten Aussagen, dass Bildung und Erfahrung mit schizophrenen Patienten/Patientinnen generell Stigma reduzieren würde. Es müssten nach ihren Aussagen weitere Forschungen betrieben werden, welche Maßnahmen im Einzelnen zu einer Minimierung von Stigmatisierung führen, um konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzustellen (Minas et al. 2011, S. 8). Zusammenfassend bedeutet dieses, dass spezielle Maßnahmen gegen die Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte noch entwickelt und evaluiert werden müssen.

Die WHO und WPA sprechen Empfehlungen aus, wie sich Pflegekräfte verhalten können, um Stigma zu reduzieren und für den Patienten/die Patientin zu arbeiten, anstatt gegen

diesen/diese. Zunächst sei es dabei eine wichtige Stufe zu erkennen, dass der eigene professionelle Umgang mit Patienten/Patientinnen „[...] frei von Stigma und Diskriminierung ist [...]“ (WHO, WPA 2002, S. 16). Zudem sollten Programme der Weiterbildung allgemeine Informationen zu dem Thema Stigma enthalten, um ein „[...] Bewusstsein für Stigma und Diskriminierung zu entwickeln [...]“ (ebd.). Ergänzend sei die regelmäßige Teilnahme der Pflegekräfte an Supervisionen wichtig. Weiter beschreiben WHO und WPA, dass die Pflegekräfte dafür sorgen müssen, dass das Thema Stigma von psychischen Erkrankungen in den Berufsverbänden und der Forschung Einzug hält. Auch an ihrem eigenen Arbeitsplatz müssten Pflegekräfte dafür sorgen, dass die Thematik aufgegriffen und bearbeitet wird. Pflegekräfte sind nach WHO und WPA dafür verantwortlich, dass in ihrem Tätigkeitsfeld das Thema Stigma nicht „unter den Tisch gekehrt“, sondern in die Öffentlichkeit gebracht und an Strategien zur Reduzierung von Stigma gearbeitet wird (ebd.).

Finzen beschreibt, gegensätzlich zu den Erkenntnissen aus den Studien, dass es ein spezielles Konzept für die Gestaltung von Schulungen gibt, welches sich an Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in der Psychiatrie oder psychotherapeutischer beziehungsweise psychosozialer Einrichtungen richtet (Finzen 2013, S. 151-152; Freimüller, Wölwer 2012). Dieses kann als ein Leitfaden für diejenigen betrachtet werden, die eine Schulung zur Vermittlung von Wissen über die Vermeidung von Stigma aufstellen möchten. Grundlage ist hier die Wissensvermittlung durch zwei Personen. Eine Person mit Erfahrung aus dem beruflichen Alltag und einer Person, die Erfahrungen mit der Erkrankung hat (ebd.). Laut Finzen stellt dieses eine konkrete Handlungsmöglichkeit gegen Stigma für die Praxis dar. Zudem seien die Zielgruppen nicht strikt vorgegeben, so dass die Schulungen sich auch an Pflegende im allgemeinen Krankenhaus richten könnten (Finzen 2013, S. 152). Zäske et al. haben dieses spezielle Weiterbildungsprogramm in einer „Kontrollgruppen-Pilotstudie“ aus dem Jahre 2014 auf seine Wirksamkeit bezüglich der sozialen Distanz zwischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen und Patienten/Patientinnen sowie dem Bemerkten von Stigmatisierung überprüft. Sie fanden heraus, dass es nach der Weiterbildung zu einer Verringerung der Distanz zwischen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Patienten/Patientinnen sowie einer besseren Wahrnehmung von Stigmatisierung gekommen ist. Jedoch geben sie an, dass es weiterer Forschung bedarf, um herauszufinden

welchen Effekt das Programm tatsächlich auf die Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen hat (Zäske et al. 2014)⁵.

6.2 Patient/Patientin

Auf Basis der Kenntnis eigener Vorurteile kann das pflegerische Handeln weiterentwickelt werden. Horsfall et al. zeigen in ihrem Review auf, dass der Mensch im Mittelpunkt stehen sollte. Das bedeutet laut Horsfall et al. konkret, dass die Pflegekraft sich unabhängig von der psychischen Erkrankung Zeit für ihren Patienten/ihre Patientin nehmen muss. Dabei geht es um scheinbar einfache Dinge wie Zuhören und den Patienten/die Patientin ernst nehmen. Doch genau dieser sogenannte „personenzentrierte Ansatz“ kann auf lange Sicht die Entstehung von Stigma, Selbststigmatisierung und weiterer Folgen hemmen (Horsfall et al. 2010, S. 454). Das Einbeziehen des Patienten/der Patientin in pflegerische Entscheidungen oder Vorgehensweisen kann dazu beitragen, dass das Selbstwertgefühl des Patienten/der Patientin nicht leidet, sondern er/sie sich als Mensch akzeptiert, respektiert und integriert fühlt (ebd.). Nach Shrivastava et al. ist die Integration und Teilhabe schizophrener Patienten/Patientinnen ein wesentlicher Bestandteil, um Stigma und die Selbststigmatisierung zu reduzieren (Shrivastava et al. 2012, S. 1). Der Pflegekraft kommt dabei eine wichtige Aufgabe zu. Ihr obliegt es nämlich sich an dem Prozess der Reduzierung des Stigmas von Schizophrenen Patienten/Patientinnen zu beteiligen. Horsfall et al. und Shrivastava et al. beschreiben, dass die Pflegekraft Stigmatisierungsprozesse, ebenso wie Selbststigmatisierung, erkennen und durch Handlung durchbrechen muss (Horsfall et al. 2010, S. 454; Shrivastava et al. 2012, S. 7). Jedoch fehlen hier wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu Assessmentinstrumenten, die es möglich machen würden solche Prozesse wertfrei durch die Pflegekraft aufzudecken (Mittal et al. 2014, S. 5). Shrivastava et al. fordern in einem Artikel aus dem Jahr 2013 die Entwicklung eines Assessmentinstruments für die Pflege anhand dessen Stigmatisierung aufgezeigt werden kann. Sie deuten an, dass die Ursachen und Folgen der Stigmatisierung in kleinere Bestandteile oder Faktoren zerlegt werden könnten, anhand derer dann das Vorliegen von Stigmatisierung, das Ausmaß oder die Beeinträchtigung des Patienten/der Patientin gemessen werden könnte. Dieses formulieren die Autoren/Autorinnen jedoch sehr vage. Sie fordern ein standardisiertes Assessmentinstrument und dessen Validierung in weiteren

⁵ Die Studie ist nicht frei zugänglich und daher eigentlich nach den Einschlusskriterien für diese Bachelor-Arbeit ausgeschlossen worden. Jedoch sind die Erkenntnisse des Abstracts erwähnenswert und wurden nach reichlicher Überlegung trotzdem in dieser Arbeit aufgeführt. Eine Beurteilung der Studie findet nicht statt.

Studien (Shrivastava et al. 2013, S. 183). Shrivastava et al. sind der Meinung, dass es für die Pflege Standards im Umgang mit Stigmatisierung geben sollte. Sie betonen, dass der Umgang mit Stigmatisierung immer individuell erfolgen und in den täglichen Arbeitsalltag Einzug finden sollte, um die Lebensqualität der Patienten/Patientinnen sowie die Qualität der Pflege zu verbessern (ebd., S. 184). „We believe stigma is a clinical risk and barrier to outcome and therefore the response to stigma, needs to be individually tailored for clinical practices. A successful program needs to demonstrate change in a patient’s life. Quantification of stigma on clinical parameters is needed for routine practice“ (ebd.).

Auch Finzen beschreibt, dass „[d]as Bild der gesunden anderen vom schizophrenen Leid zu verändern und der Wirklichkeit anzunähern, [...] eine vordringliche Aufgabe [bleibt]“ (Finzen 2004, S. 162). Dazu kann laut Finzen unter anderem beitragen, dass die Angehörigen schizophrener Patienten/Patientinnen als Experten betrachtet werden, da sie einen besonderen Kontakt zu ihrem/ihrer Lieben haben. Pflegekräfte können viele nützliche Informationen über den Umgang mit dem Patienten/der Patientin von den Angehörigen bekommen und diese in die tägliche Arbeit mit einbeziehen (Finzen 2013, S. 137-138). Dazu ermahnt Finzen die Psychiatrie, mehr Optimismus bei der Behandlung beziehungsweise Therapie von Schizophrenie an den Tag zu legen. Nach Finzen kommt es häufig dazu, dass einem Patienten/einer Patientin suggeriert wird, dass die Erkrankung sowieso schwer zu behandeln sei und ihm/ihr aufgrund dessen der Zugang zu bestimmten Therapien verwehrt wird (ebd., S. 144). Finzen betont, dass Optimismus in der Behandlung und im Umgang mit schizophrenen Patienten/Patientinnen einen großen Einfluss auf den Erfolg der Therapie und die Persönlichkeit des Patienten/der Patientin hat. Die soziale Distanz muss laut Finzen verringert werden (ebd., S. 145-146). Needham betont, dass Vertrauen eine wichtige Grundlage in der Beziehung zu Patienten/Patientinnen ist und sich auch auf den Erfolg der Behandlung auswirkt (Needham 2011, S. 1046). Laut Needham fällt es besonders Menschen mit Schizophrenie schwer anderen/fremden Personen zu vertrauen (ebd., S. 1055). Es ist daher wichtig, dem Patienten/der Patientin zu vermitteln, dass die Pflegekräfte nicht gegen ihn/sie, sondern mit ihm/ihr arbeiten möchten, jedoch müssen beide Seiten, Patient/Patientin und Pflege, Interesse an der Gestaltung ihrer Beziehung zueinander haben (ebd., S. 1056). Es gibt verschiedene Konzepte zur Vertrauensbildung, die in dieser Arbeit jedoch nicht alle aufgeführt werden oder ausführlich besprochen werden können, da dieses den Rahmen der Ausarbeitung

überschreiten würde. Es sei jedoch angemerkt, dass zu den Maßnahmen zur Bildung von Vertrauen Geduld, Empathie, das Ausräumen von Unklarheiten, Verlässlichkeit oder auch Verbindlichkeit zählen (ebd., S. 1056-1059).

Die Bedeutung dieser Erkenntnisse lassen sich anhand des in der Einleitung (Kapitel 1) beschriebenen Falles verdeutlichen. Die Pflegekräfte hätten durch eine Schulung in Bezug auf das Thema Stigmatisierung im Allgemeinen gewusst, dass es durch ihre negativen Gefühle zu einem Verhalten kommen kann, dass ebenso negativ in seinen Auswirkungen ist (Linden, Kavanagh 2011, S. 1359). Exemplarisch gesprochen bedeutet dieses für die Pflegekraft, die den Patienten zum Waschen überreden möchte, dass sie ihre Gefühle in Bezug auf den Patienten ernst genommen und ihre Vorurteile reflektiert hätte. Das heißt, die Pflegekraft (oder auch ich) hätte auf der Station um beispielsweise die Thematisierung dieses Falles in einer „Kollegialen Beratung“ (Tietze 2012) oder Supervision (Sauter 2011, S. 268-269) bitten können, da der Ton und die Bezeichnung des Patienten als „schwierig“ in der Übergabe aufgefallen wären. Es wäre zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik innerhalb des Pflegeteams gekommen. Anschließend hätte das Team die Möglichkeit gehabt, sich auf diesen Patienten einzurichten und zu versuchen, die Pflege mit ihm zu planen oder auch eine Bezugspflegekraft für ihn bereitzustellen, um Vertrauen aufzubauen. Hierdurch hätte eine Eskalation, wie in der Einleitung geschildert, umgangen werden können.

7. Diskussion

7.1 Ergebnisse

Die in diese Arbeit eingeflossenen Studien und Reviews zeigen eine Übereinstimmung in ihren Ergebnissen mit der Literatur aus Fachbüchern und Empfehlungen der WHO und WPA. Die wichtigsten, deckungsgleichen Aussagen bezüglich der Gründe für eine Stigmatisierung sind, dass auch professionell Pflegende der Psychiatrie sowie von Stationen im Krankenhaus nicht frei von negativen Vorurteilen und Stigmatisierung gegenüber ihren Patienten/Patientinnen sind und sie in ihren Aussagen über Schizophrenie teilweise denen der breiten Öffentlichkeit ähneln. Besonders unerfahrene Pflegekräfte liefen schneller Gefahr, Patienten/Patientinnen mit einer Schizophrenie zu stigmatisieren (Linden, Kavanagh 2011, S. 1366; Peitl et al. 2011, S. 141; WHO, WPA 2002, S. 8-11). Es sind vor allem Angst vor der Erkrankung Schizophrenie, Unwissenheit oder bizarre

Vorstellungen über Menschen mit Schizophrenie, wie beispielsweise, dass diese Personen gewaltbereit oder unsauber, sexuell absonderliche Vorlieben hätten oder generell gefährlich seien, die dazu führen, dass Pflegekräfte den Wunsch nach sozialer Distanz verspüren. Auch die Ursache der Schizophrenie stellt für einige Pflegekräfte die Begründung in ihrem Verhalten gegenüber dem an Schizophrenie Erkrankten dar (Finzen 2013, S. 24,25; Mittal et al. 2014, S. 3, 5; Peitl et al. 2011, S. 143; Serafini et al. 2011, S. 580).

Die Folgen für die pflegerische Versorgung sind ebenso gravierend wie die Folgen für den Patienten/die Patientin. Es kann zu einer Vermeidung des Patienten/der Patientin durch die Pflegekraft auf der einen Seite und auf der anderen Seite zu der Annahme kommen, dass der Patient/die Patientin vermehrt Pflege bedarf, weil der Pfleger/die Pflegerin ihm/ihr Schwäche oder Unwillen unterstellt. Die Beziehung zwischen Patient/Patientin und Pflegekraft kann derart gestört werden, dass das Vertrauen des Patienten/der Patientin gegenüber der Pflegekraft schwindet. Weitere Folgen können eine Störung der Kommunikation, Wut, Mitleid, Schuldzuweisungen oder das Ignorieren beziehungsweise nicht ernst nehmen von Symptomen, aber auch Hilflosigkeit von Seiten der Pflegekraft sein (Finzen 2004, S. 21, 27; Linden, Kavanagh 2011, S. 1366; Mittal et al. 2014, S. 5; Needham 2011, S. 1055; WHO, WPA 2002; S. 9-11). Die Folgen für den Patienten/die Patientin können heftige Auswirkungen auf seine Lebensqualität nehmen und von Isolation, Verwahrlosung, Verringerung des Selbstwertgefühls, dem Verzicht auf Therapien oder ärztlichen Untersuchungen bis hin zur Selbststigmatisierung und im schlimmsten Falle bis zum Suizid führen (Finzen 2013, S. 68; Shrivastava et al. 2012, S. 4-5; WHO, WPA 2002, S. 9, 10).

Die Maßnahmen gegen Stigmatisierung durch Pflegekräfte von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie sind bisweilen kaum erforscht, entwickelt oder evaluiert. So gibt es nach Aussage der Studien und des Artikels von Shrivastava et al. bisher kein Assessmentinstrument, um gegen eine Stigmatisierung, die von Pflegekräften ausgeht und an Schizophrenie erkrankte Menschen gerichtet ist, anzugehen. Hier liege jedoch ein dringender Bedarf in der Entwicklung von Interventionen speziell für diesen Bereich der Pflege (Linden, Kavanagh 2011, S. 1366; Mittal et al. 2014, S. 5; Shrivastava et al. 2012, S. 5; Shrivastava et al. 2013, S. 184). Nach Zäske et al. können Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Psychiatrie und psychosozialer Einrichtungen einen

Effekt auf das Verhalten und Wahrnehmen von Stigmatisierung gegenüber Patienten/Patientinnen haben. Sie geben jedoch an, dass weitere Forschung notwendig ist, um den generellen Effekt für den stigmatisierten Patienten/die stigmatisierte Patientin herauszufinden (Zäske et al. 2014).

Die Maßnahmen gegen die Stigmatisierung sollten generell den „Kontakt“, „Bildung“ sowie „Protest“ (Büchter et al. 2013, S. 3) beinhalten, um effektiv gegen eine Stigmatisierung vorzugehen. Dabei ist die Reflexion der eigenen Gefühle, das Wissen um die Bedeutung und Folgen von Stigmatisierung sowie die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie oder die Teilnahme an Supervisionen für die Autoren/Autorinnen ein bedeutender Schritt zur Bekämpfung der Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie. Die Schulung von Pflegekräften scheint unumgänglich zu sein (Finzen 2013, S. 151-152; Horsfall et al. 2010, S. 454; Linden, Kavanagh 2011, S. 1359, 1365, 1366; Mittal et al. 2014, S. 4-6; Serafini et al. 2011, S. 583; WHO, WPA 2002, S. 16). Den Pflegekräften sollte vermittelt werden, dass ein „personenzentrierter Ansatz“ Mittel der Wahl ist, um den Patienten/die Patientin mit Schizophrenie zielgerichtet unterstützen zu können. Dazu gehört es auch die Angehörigen des Betroffenen/der Betroffenen mit in die Pflege einzubeziehen und diese als Experten/Expertinnen anzuerkennen. Die soziale Distanz sollte verringert und dem Patienten/der Patientin optimistischer begegnet werden (Finzen 2013, S. 137-138, 145-146; Horsfall et al. 2010, S. 454; Shrivastava et al. 2012, S. 7). Laut Minas et al. ist jedoch die Evaluierung dieser Maßnahmen noch dringend erforderlich (Minas et al. 2011, S. 8).

Kritisch ist hier anzumerken, dass die Studien oder Reviews tendenziell unpräzise Formulierungen bezüglich der Maßnahmenentwicklung und nächsten Schritte in der Forschung liefern (Anhang 2). Die teilweise nicht nachvollziehbar beschriebenen Methoden und Vorgehensweisen der Studien und Reviews sind zu hinterfragen und es ist meines Erachtens notwendig weitere Studien, nach Möglichkeit von höherwertiger Qualität und Aussagekraft vor allem mehr Transparenz, durchzuführen, um auf Grundlage glaubhafter und aussagekräftiger Ergebnisse Entscheidungen für Maßnahmen im Kampf gegen die Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie treffen zu können. Die Querschnittsstudien sind geeignet, um einen schnellen und kostengünstigen Einblick in eine bestimmte Thematik oder die Überprüfung einer Vermutung herzustellen (Behrens, Langer 2010, S. 245). Aus meiner Sicht sollten in Folge des ersten Einblickes, der in

Deutschland noch erforscht werden sollte, im nächsten Schritt Interviews mit Pflegenden chirurgischer, innerer und psychiatrischer Stationen geführt werden, um tiefer in die Erfahrungswelten dieser Berufsgruppen bezüglich der Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie einzutauchen und aus den Hinweisen, die sich aus den generierten Daten ergeben, weitere Schlüsse bezüglich der zukünftigen Etappen im forscherschen Sinne und der Interventionen ziehen zu können. Dabei scheint es mir sinnvoll, diese Interviews pro Station eines Krankenhauses durchzuführen, um zielgerichtet auf die Bedürfnisse der jeweiligen Stationen einzugehen. Ein, aus meiner Perspektive, erster, guter Schritt ist die Erarbeitung des Cochrane-Reviews „Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers“ (Büchter et al. 2013). Leider ist dieses bis zum heutigen Tage noch nicht fertiggestellt, so dass in dieser Bachelor-Arbeit lediglich mit dem Protokoll zu dem zukünftigen Cochrane-Review gearbeitet werden kann. Die Darstellungen dieses Protokolls können bis zum Erscheinungsdatum nur als Hinweise oder Anmerkungen verstanden werden und liefern keine wissenschaftlich belegten Aussagen. Die Autoren/Autorinnen der Studien vergleichen zwar allesamt ihre Erkenntnisse mit denen der Literatur, jedoch sind alle Schlussfolgerungen bezüglich der Interventionen und Auswirkungen der Stigmatisierung als Spekulationen oder Vermutungen zu betrachten. Minas et al. weisen als einzige darauf hin, dass es einer generellen Evaluation der Interventionen bedarf, um überhaupt Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit ziehen zu können (Minas et al. 2011, S. 8). Damit widersprechen sie der allgemeinen Aussage von Mittal et al. und Serafini et al. sowie Finzen, Freimüller, Wölwer, dass Bildung und Erfahrung wirksam gegen Stigmatisierung seien und es nur noch der Entwicklung geeigneter Methoden zur Reduzierung von Stigmatisierung bedarf (Mittal et al. 2014, S. 4,6; Serafini et al. 2010, S. 583; Finzen 2013, S. 151-152; Freimüller, Wölwer 2012; Zäske et al. 2014). Es ist, wie bereits oben genannt, mit Spannung das Cochrane-Review bezüglich dieser Thematik abzuwarten, um sichere Rückschlüsse auf Interventionen für die Praxis ziehen zu können. Die Erkenntnisse aus diesem machen es möglich, zielgerichtete und geprüfte Interventionen in die Praxis einzubringen und weiteren Handlungsbedarf in der Entwicklung von Maßnahmen zu erkennen. Jedoch konnte nicht festgestellt werden, wann dieses Review erscheinen wird. Daher werden im Folgenden eigene Überlegungen auf Basis der bisher erarbeiteten Ergebnisse bezüglich der Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis angestellt.

Bezüglich der Pflege von Menschen mit Schizophrenie, ob auf einer chirurgischen, inneren oder psychiatrischen Station eines Krankenhauses, hat sich aus der Bearbeitung der generierten Studien und Literatur ergeben, dass ein personenzentrierter Ansatz in der Pflege von Menschen das Fundament einer guten pflegerischen Betreuung sein sollte, wie es Horsfall et al. beschreiben (Horsfall et al. 2010, S. 454). Während der Bearbeitung des Themas kam mir immer wieder in den Sinn, dass es verschiedene Pflegemodelle und Theorien zu dem Umgang mit Patienten/Patientinnen und der Arbeit als Pflegekraft gibt. Diese wurden nicht im Ergebnisteil aufgeführt, da die Gedanken zu dieser Thematik oder dem Zusammenhang noch zu ungeordnet erschienen. Franck und Stary schreiben, dass im Schlussteil einer Arbeit die Möglichkeit besteht „[...] das Problem thesenartig in einen größeren Zusammenhang einzuordnen [...]“ (Franck, Stary 2013, S. 148). Aus diesem Grund wird diese Thematik der Pflegemodelle und –theorien erst im Diskussionsteil dieser Arbeit aufgegriffen. Es erscheint mir keinen Sinn zu machen ein Modell oder eine Theorie allein auf die Schizophrenie und die Bekämpfung ihres Stigmas zu beziehen. Vielmehr erscheint es mir sinnvoll, die Stigmatisierung als „zweite Erkrankung“ zu betrachten, so wie es Finzen beschreibt (Finzen 2013, S. 153) und gegen diese mit Unterstützung der Modelle und Theorien vorzugehen. In jedem Modell oder jeder Pflege-theorie sind Grundsätze zu finden, die den Umgang mit Patienten/Patientinnen erleichtern oder das eigene Denken verändern können. Je nach Krankenhaus und Station werden Modelle und Pflege-theorien bei der pflegerischen Arbeit berücksichtigt. Auszüge aus diesen Modellen und Theorien scheinen mir Hilfreich in der Bekämpfung von Stigmatisierung jeglicher Art (das heißt aufgrund von Hautfarbe, Behinderung, Religion, Erkrankung, etc.) und sollten die Grundlage der Arbeit gegen Stigmatisierung bilden. Ein Beispiel ist das „Pflegeentwicklungsmodell“ von Hildegard Peplau, welches in der Psychiatrie zur Anwendung kommt. Simpson beschreibt, dass es „[...] ein gefährliches Unterfangen [sei], fremde Menschen zu kategorisieren. Ein solches Verhalten (ver-)führt Pflegende dazu, auf bestimmte Art und Weise zu denken und zu fühlen und schließt letztendlich den erfolgreichen Aufbau interpersonaler Beziehungen aus. Das Peplausche Modell hält die Pflegenden dazu an, die Individualität des Patienten zu akzeptieren und darüber nachzudenken, wie er den einzelnen auf verständnisvolle Weise betreuen kann“ (Simpson 1997, S. 45). Jedoch ist laut Simpson dieses Modell nur mit einer Bezugspflegeperson sinnvoll. Ebenso erfordert es nach seiner Aussage eine sorgfältige sowie individuelle „[...] Planung und Dokumentation“ (ebd., S. 11). Daher ist die vollständige Übertragbarkeit

dieses Modelles auf beispielsweise eine Kurzliegerstationen zu hinterfragen. Jedoch meine ich, dass Grundsätze aus diesem Modell auf jede Station übertragen werden können. Eine Überprüfung von verschiedenen Modellen und Theorien auf die Eignung von Auszügen aus diesen auf verschiedene Stationen würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, könnte jedoch in einer zukünftigen Arbeit erfolgen.

Schwierig wird es nach meiner Ansicht, wenn ein Pflegekonzept den Abbau von Stigmatisierung nicht berücksichtigt. Das Konzept der „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (ABEDL) nach Monika Krohwinkel fokussiert den Hilfebedarf von Patienten/Patientinnen (Krohwinkel 2013). Dieses Konzept wird auf der in der Einleitung (Kapitel 1) skizzierten Station angewendet. Die Pflegekräfte haben den Patienten mit seiner kardiologischen Erkrankung im Blick und können von dort heraus seinen Hilfebedarf feststellen. Die psychischen Bedürfnisse sehen sie nicht, weil sie darauf nicht geschult sind. Mein Kritikpunkt an dieser Vorgehensweise ist, dass der Patient/die Patientin im Ablauf der routinierten und zügigen Arbeit der Pflegekräfte schnell anhand der ABEDL-Liste abgehakt wird, auch wenn dieses nicht Sinn und Zweck dieses Konzeptes sein soll. Dadurch gehen ernste psychische Einschränkungen des Patienten in der pflegerischen Versorgung unter und werden durch negative Kommentare und Randbemerkungen in der Übergabe stigmatisiert.

Eigenen Überlegungen zu Folge und in Anlehnung an die Empfehlungen der WHO und WPA aus dem Jahre 2002 kann es für die Reduzierung von Stigmatisierung sinnvoll sein, auf jeder Station im Krankenhaus eine Arbeitsgruppe zu etablieren, die nach dem jeweiligen Standard bezüglich pflegerischer Modelle oder Theorien ausgerichtet ist, aber auch in der Lage ist, von anderen Pflegemodellen und -theorien zu lernen und sich ausschließlich mit der Thematik der „Stigmatisierung“ befasst. Sie könnte eine Anlaufstelle für Fragen von Pflegekräften sein und ebenso die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, hier der Pflege, zu der Thematik „Stigmatisierung“ im Allgemeinen schulen. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, dass die Schulungen die in den Studien thematisierten Punkte beinhalten: Das Thema Stigmatisierung im Allgemeinen sollten erklärt werden, um dann auf die Bedeutung und die Folgen für die Pflege sowie den Patienten/die Patientin zu sprechen zu kommen (Linden, Kavanagh 2011, S. 1359). Exemplarisch können dazu verschiedene Erkrankungen (wie beispielsweise Demenz, Depressionen oder AIDS) aufgezeigt werden und eine direkte Konfrontation mit eigenen

Vorurteilen oder die Schilderung von Erfahrungsberichten erfolgen (Mittal et al. 2014, S. 4,6). Die Sensibilisierung der Pflegekräfte stellt sich in den Studien und der Literatur als ein zentraler Punkt dar (Linden, Kavanagh 2011, S. 1365-1366; Horsfall et al. 2010, S. 454; Serafini et al. 2011, S. 583; Mittal et al. 2014, S. 4,6). Dieses ist der erste Schritt, um das Thema auf den Stationen bekannt zu machen und sich als Pflegekraft mit den eigenen Gefühlen genau auseinanderzusetzen (ebd.). Zudem sind regelmäßige Supervisionen (Sauter 2011, S. 268-269) und auch die „Kollegiale Beratung“ (Tietze 2012) grundlegende Bestandteile einer professionellen pflegerischen Tätigkeit und dienen dem Austausch unter Kollegen/Kolleginnen. Es ist dafür jedoch notwendig, dass die Pflegekräfte der Stationen den Sinn und Zweck hinter diesen Maßnahmen verstehen und sich auf die Neuerungen einlassen können. Daher halte ich für den ersten Schritt Schulungen sinnvoll, um generell die Problematik der Stigmatisierung aufzugreifen. Zudem denke ich, dass auch der Austausch verschiedener Stationen untereinander erfolgen sollte, um Erfahrungen weiterzugeben. Das Fallbeispiel aus der Einleitung hätte durch Schulung der Pflegekräfte, dem Angebot von Supervisionen und „Kollegialer Beratung“ sowie einer Anlaufstelle in Form einer Arbeitsgruppe nicht in einer Eskalation enden müssen, wie bereits in dem Unterkapitel 6.2 von mir beschrieben wurde.

7.4 Limitationen der Bachelor-Arbeit

Die vorliegende Bachelor-Arbeit beinhaltet im Text durchgehend die männliche sowie weibliche Form. Aufgrund eines Versäumnisses ist dieses im ***Titel der Arbeit*** leider nicht zu finden. Eine Änderung des Titels hätte im Nachhinein einen zu hohen bürokratischen Aufwand bedeutet, so dass der Titel allein in der männlichen Form belassen wurde. Diese männliche Form soll aber natürlich auch die „Patientinnen“ mit einschließen. Die durchgeführte ***Literaturrecherche*** dieser Arbeit kann nicht als abschließend oder umfassend betrachtet werden. Die Suchbegriffe wurden von der Fragestellung und Thematik der Bachelor-Arbeit abgeleitet und es ist anzunehmen, dass bei der Verwendung weiterer Synonyme andere Trefferzahlen oder zusätzliche Ergebnisse zu erwarten wären. Die Verwendung der englischen Begriffe stellt eine Fehlerquelle dar, weil es bei erweiterten Sprachkenntnissen möglicherweise zu anderen Wortkonstellationen gekommen wäre. Durch die bewusst gesetzten Einschlusskriterien für Studien ist fraglich, ob eventuell Studien nicht beachtet wurden, die jedoch durchaus relevant für diese Arbeit hätten sein können. Ein wichtiger und großer Kritikpunkt meiner Arbeit ist, dass ein Abstract

herangezogen wurde, dessen Volltext nicht frei zugänglich ist (siehe Zäske et al.). Damit ist die Pilotstudie nicht beurteilt worden und es ist nicht klar, ob sie qualitative Mängel aufweist. weiteren Studien dieser Arbeit stammen aus verschiedenen Ländern. Es ist keine Studie aus Deutschland vorhanden. Möglicherweise sind die Ergebnisse der Studien aufgrund der jeweiligen Prägung der Menschen durch ihre dortige Kultur entstanden. Ich denke, dass die Ergebnisse trotzdem auf Deutschland übertragbar sind. Jedoch sollten auch in Deutschland Studien erfolgen, um herauszufinden, ob sich die Aussagen der Teilnehmer/Teilnehmerinnen ähnlich sind.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist, dass das **Setting** nicht eingeschränkt wurde. Für weitere Arbeiten ist es erforderlich das Setting einzugrenzen, um möglichst gezielte Interventionen zu entwickeln. Das gleiche gilt für die Darstellung der **Berufsgruppe** der Pflege. In zukünftigen Arbeiten sollten diese genauer beschrieben und eingegrenzt werden, um die jeweiligen Gründe, Folgen und Maßnahmen präzise festlegen zu können und die Ergebnisse untereinander vergleichbar zu machen oder Statistiken erstellen zu können.

Die einbezogenen **Studien und Reviews** sind ausschließlich in englischer Sprache verfasst. Sie wurden nach bestem Wissen und Gewissen für die Verarbeitung übersetzt. Jedoch können sich auch hier Fehler in der Übersetzung ergeben. Die Reviews und Studien sind in ihrer Qualität und Aussagekraft begrenzt. Sie liefern nur Einblicke in die Thematik. Die Reviews sind besonders kritisch zu hinterfragen, da sie keinerlei Angaben zu der Bewertung der in ihnen verwendeten Studien liefern. Trotz ihrer geringen Qualität und Aussagekraft wurden die Studien und Reviews bewusst in diese Arbeit einbezogen, um aus ihnen aktuelle Hinweise zu Gründen, Folgen und Maßnahmen herauszuziehen und aufzuzeigen, dass weiterer Forschungsbedarf besteht.

Die **eigenen Überlegungen** in der Entwicklung von Maßnahmen müssen auch als solche betrachtet werden. Sie liefern keine wissenschaftlich überprüften Hinweise, sondern stellen lediglich Spekulationen und „Wissen aus eigenen Erfahrungen“ (=„interne Evidenz“) (Behrens, Langer 2010, S. 32-33, 359) dar.

8. Resümee

Das erste Ziel dieser Bachelor-Arbeit war es zu verdeutlichen, wie unreflektiertes pflegerisches Handeln, welches sich in diesem Fall durch Stigmatisierung einer bestimmten Patientengruppe äußert, die pflegerische Arbeit behindern und -im schlimmsten Falle- sogar verhindern kann. Das zweite Ziel lag darin den Leser/die Leserin für das Krankheitsbild der Schizophrenie sowie für die Stigmatisierung zu sensibilisieren um einen reflektierten Umgang mit den eigenen Vorurteilen zu erzeugen beziehungsweise einen Anstoß zum Nachdenken über eigene Gefühle und Vorurteile zu geben.

Das erste Ziel konnte im Verlauf dieser Arbeit durch die Beantwortung der Forschungsfragen erreicht werden:

Die Folgen der Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch die Pflegekraft bedeuten für die pflegerische Versorgung, dass die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten/Patientin gestört werden kann. Die Qualität der Pflege kann darunter leiden. Beispielsweise kann es dazu kommen, dass die Pflegekraft den Patienten/die Patientin meidet oder seine/ihre geschilderten Symptome nicht ernst nimmt. Es kann passieren, dass die Pflegekraft dem Patienten/der Patientin die Schuld an seiner/ihrer Erkrankung, der Schizophrenie, gibt und beispielsweise mit Wut, Mitleid oder Hilflosigkeit auf den Patienten/die Patientin reagiert. Dieses ist besonders bei unerfahrenen Pflegekräften zu beobachten. Die Kommunikation kann gestört werden, indem verachtende Begriffe oder Bezeichnungen für den Patienten/die Patientin verwendet werden (Finzen 2004, S. 21, 27; Linden, Kavanagh 2011, S. 1366; Mittal et al. 2014, S. 5; Needham 2011, S. 1055; WHO, WPA 2002; S. 9-11).

Die Folgen der Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch die Pflegekraft bedeuten für den Patienten/die Patientin, dass das Selbstwertgefühl des Patienten/der Patientin beschädigt wird. Der Patient/die Patientin kann Emotionen wie Scham, Demütigung oder Hoffnungslosigkeit durchleben. Die Lebensqualität leidet. Der Patient/die Patientin erfährt eine Behandlung der schnellen Art und Weise durch die pflegende Person und kann bei dem Patienten/der Patienten auslösen, sich nicht gewollt und verstanden zu fühlen. Isolation, Verwahrlosung, kein Zugang zu medizinischer Behandlung und im schlimmsten Falle Suizid können Folgen der Stigmatisierung sein (Finzen 2013, S. 68; Shrivastava et al. 2012, S. 4-5; WHO, WPA 2002, S. 9, 10).

Die Maßnahmen, um den möglichen Folgen der Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte vorzubeugen, sind bisweilen lediglich als Ideen der Autoren der Studien, jedoch nicht als evaluierte konkrete Interventionen vorhanden. Hier sollten die Ergebnisse des Cochrane-Reviews „Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers“ (Büchter et al. 2013) abgewartet werden, um Maßnahmen in die Praxis zu übernehmen, die auf ihre Wirksamkeit und Aussagekraft sowie Qualität geprüft wurden. Eigenen Überlegungen zufolge kann es sinnvoll sein, pro Krankenhausstation eine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich mit dem Thema Stigmatisierung von Patienten/Patientinnen durch Pflegekräfte beschäftigt. Die Arbeitsgruppen könnten, gemäß der Literatur und den Studien, Schulungen für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen anbieten, die die in den Studien und Reviews genannten Punkte wie das Thema Stigmatisierung im Allgemeinen beinhalten und die auf die Bedeutung sowie Folgen für den Patienten/die Patientin und die pflegerische Versorgung eingehen. Die Sensibilisierung der Pflegekräfte scheint nach Durchsicht der Literatur der erste wichtige Schritt zu sein, um das eigene Verhalten zu reflektieren (Finzen 2013, S. 151-152; Horsfall et al. 2010, S. 454; Linden, Kavanagh 2011, S. 1359, 1365, 1366; Mittal et al. 2014, S. 4-6; Serafini et al. 2011, S. 583; WHO, WPA 2002, S. 16). Zusätzlich sollten Assessmentinstrumente entwickelt werden, die eigenes stigmatisierendes Verhalten der Pflegekräfte, aber auch Folgen der Stigmatisierung für den Patienten/die Patientin mit Schizophrenie aufzeigen, um dann dementsprechend reagieren zu können (Shrivastava et al. 2013, S. 183).

Ob das zweite Ziel durch diese Arbeit erreicht wurde, kann nur der Leser/die Leserin für sich selbst beantworten.

Mein Fazit dieser Arbeit ist, dass trotz der starken Limitationen und geringen Aussagekraft sowie Qualität der Studien und Reviews, hilfreiche Hinweise bezüglich der Folgen und Maßnahmen in meine Bachelor-Arbeit einfließen konnten. Ebenso die gefundenen Erkenntnisse aus den Fachbüchern, der Empfehlung der WHO und WPA sowie dem wissenschaftlichen Artikel konnten der Beantwortung der Forschungsfrage dienen und meiner Meinung nach verdeutlichen, dass die Thematik Stigmatisierung durch Pflegekräfte einen dringenden Handlungsbedarf aufweist, da es bisher kaum Maßnahmen gegen die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie durch Pflegekräfte oder Maßnahmen gegen die Stigmatisierung durch Pflegekräfte im Allgemeinen gibt.

Franck und Stary geben an, dass es dem Verfasser/der Verfasserin wissenschaftlicher Texte erlaubt ist im Schlussteil der Arbeit persönliche Schlussfolgerungen zu ziehen (Franck, Stary 2013, S. 148). Diesem möchte ich daher nun nachkommen. Das Vorgehen gegen Stigmatisierung jeglicher Art kann meines Erachtens als kompliziertes Unterfangen bezeichnet werden. Sowohl Vorurteile als auch diskriminierendes Verhalten haben sich, wie es auch Finzen beschreibt, in der Gesellschaft manifestiert und werden von Generation zu Generation weitergegeben (Finzen 2013, S.28-29). Teilweise habe ich das Gefühl, dass es gesellschaftlich anerkannter ist, diese Vorurteile und das diskriminierende Verhalten mitzutragen, als sich ihm entgegenzustellen. Aus meiner Sicht ist es daher ein mutiger und wichtiger Schritt nicht ausschließlich dem zu folgen, was die Masse vorgibt. Auch wenn das bedeutet, dass es zunächst wie ein verlorener Posten erscheint, sich für die Menschen einzusetzen, denen eine Lobby bisher zu fehlen scheint. Ich möchte diese Arbeit mit einem (von Unbekannt) ins Deutsche übersetzte Zitat von George Bernard Shaw schließen und hoffe, dass diese Arbeit einen kleinen Beitrag dazu leisten kann die eigenen Vorurteile zu überdenken und sich gegen die Stigmatisierung von Personen jeglicher Art einzusetzen. Sei es „nur“ durch den Verzicht auf die Verwendung herabwürdigender Worte in der Übergabe.

„Der einzige Mensch, der sich vernünftig benimmt, ist mein Schneider. Er nimmt jedes Mal neu Maß, wenn er mich trifft, während alle anderen immer die alten Maßstäbe anlegen in der Meinung, sie passten auch heute noch.“

(George Bernard Shaw 1856-1950)

9. Literaturverzeichnis

Behrens, Johann; Langer, Gero (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl. Bern: Huber Verlag.

Behrens, Johann; Langer, Gero (2010): Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit. URL: http://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/Institute/GesundheitsPfle gewissenschaften/Hallesche_B eitr%C3%A4ge_und_EBN/Metaanalyse.pdf [Stand: 27.5.2015].

Bleuler, Eugen; Bleuler, Manfred (1969): Lehrbuch der Psychiatrie. 11. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Büchter, Roland; Pieper, D.; Ueffing, Erin; Zschorlich, Beate (2013): Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010400/pdf> [Stand: 27.5.2015].

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2013): Cross-Sectional-Appraisal-Tool. URL: <https://reache.files.wordpress.com/2010/03/cross-sectional-appraisal-tool.pdf> [Stand: 27.5.2015].

Duden Online (2013): Stigma, das. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma> [Stand: 27.5.2015].

Finzen, Asmus (2004): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. 7. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Finzen, Asmus (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Franck, Norbert; Stary, Joachim (2013): Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 17. Aufl. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): Antistigma-Kompetenz. Das Trainingsmanual für Psychiatrie und psychosoziale Praxis. Hrsg.: Gaebel, Wolfgang;

Möller, Hans-Jürgen; Buchkremer, Gerhard; Häfner, Heinz; Klosterkötter, Joachim; Maier, Wolfgang. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Gaebel, Wolfgang; Wölwer, Wolfgang (2010): Schizophrenie. Hrsg.: Robert Koch Institut. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 50. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 27.5.2015].

Goffman, Erving (1975): Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hautzinger, Martin; Davison, Gerald C.; Neale, John M. (2007): Klinische Psychologie. 7. Aufl. Weinheim-Basel: Beltz Verlag.

Hautzinger, Martin; Thies, Elisabeth (2009): Klinische Psychologie: Psychische Störungen Kompakt. Basel: Beltz Verlag.

Horsfall, Jan; Cleary, Michelle; Hunt, Glenn (2010): Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. In: Issues in Mental Health Nursing 31. 450-455.

ICD-10-GM (2015): F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F20.-.html> [Stand: 27.5.2015].

Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Huber Verlag.

Linden, Mark; Kavanagh, Rory (2011): Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. In: Journal of Advanced Nursing 68 (6). 1359-1368.

Minas, Harry; Zamzam, Ruzanna; Midin, Marhani; Cohen, Alex (2011): Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. In: BMC Public Health 11 (317). 1-10.

Mittal, Dinesh; Corrigan, Patrick; Sherman, Michelle D.; Chekuri, Lakshminarayana; Han, Xiaotong; Reaves, Christina; Mukherjee, Snigdha; Morris, Scott; Sullivan, Greer (2014): Healthcare Providers` Attitudes Toward Persons With Schizophrenia. URL: <http://s-tov.org.il/wp-content/uploads/2014/11/Mittal-et-al-2014.pdf> [Stand: 27.5.2015].

Needham, Ian (2011): Vertrauen. Hrsg.: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; Needham, Ian; Stephan, Wolff. In: Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. Aufl. Bern: Huber Verlag.

Peitl, Marija Vucic; Peitl, Vjekoslav; Pavlovic, Eduard; Proloscic, Josko; Petric, Daniela (2011): Stigmatization of Patients Suffering from Schizophrenia. In: Collegium Antropologicum 35 (Suppl. 2). 141-145.

Sauter, Dorothea (2011): Teamarbeit. Hrsg.: Sauter, Dorothea; Abderhalden, Chris; Needham, Ian; Stephan, Wolff. In: Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. Aufl. Bern: Huber Verlag.

Serafini, G.; Pompili, M.; Haghigat, R.; Pucci, D.; Pastina, M.; Lester, D.; Angeletti, G.; Tatarelli, R.; Girardi, P. (2011): Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 18. 576-585.

Shrivastava, Amresh; Johnston, Megan; Bureau, Yves (2012): Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. In: Mens Sana Monographs 10 (1). 1-13.

Shrivastava, Amresh; Bureau, Yves; Rewari, Nitika; Johnston, Megan (2013): Clinical risk of stigma and discrimination of mental illnesses: Need for objective assessment and quantification. In: Indian Journal of Psychiatry 55 (2). 178-182.

Simpson, Howard (1997): Pflege nach Peplau. Band 3. Freiburg: Lambertus Verlag.

Tietze, Kim-Oliver (2012): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. 5. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Weiner, Bernard (1995): Judgments of responsibility. A foundation for a theory of social conduct. New York: The Guilford Press.

Weltgesundheitsorganisation; Welt-Psychiatrie-Vereinigung (2002): Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen – Ein Technical Consensus Statement. URL:

http://www.who.int/mental_health/media/en/790.pdf [Stand: 27.5.2015].

Zäske, Harald; Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang; Gaebel, Wolfgang (2014): Antistigma-Kompetenz in der psychiatrischen Versorgung: Ergebnisse der Pilotierung einer berufsgruppenübergreifenden Weiterbildung. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. 82 (10). 586-592.

10. Anhang⁶

Anhang 1:	Literaturrecherche.....	A2
	1. PubMed.....	A2
	2. CINAHL.....	A4
	3. The Cochrane Library.....	A6
	4. Unsystematische Literaturrecherche www.scholar.google.de.....	A8
	5. Unsystematische Literaturrecherche www.google.de.....	A8
Anhang 2:	Kritische Beurteilung von Studien und Reviews.....	A9
	1. Linden, Kavanagh (2011).....	A9
	2. Minas et al. (2011).....	A13
	3. Mittal et al. (2014).....	A17
	4. Peitl et al. (2011).....	A21
	5. Serafini et al. (2011).....	A25
	6. Horsfall et al. (2010).....	A30
	7. Shrivastava et al. (2012).....	A31




⁶ **Hinweis:** In der Beurteilung der Studien wird aufgrund des knappen Platzes in den Beurteilungsbögen auf die Schreibweise der weiblichen Form verzichtet. Es wird nur die männliche Form verwendet, die aber auch die weibliche Form meint.

Anhang 1: Literaturrecherche

1. PubMed (2.4.2015)

Nr.	#	Stichwort	Limits	Treffer
1	#1	impact*		637964
2	#2	influence*		1010526
3	#3	implication*		421805
4	#4	effect*		7240273
5	#5	consequence*		302137
6	#6	(impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*)		8430854
7	#7	stigma*		21991
8	#8	discrimination		110695
9	#9	(stigma* OR discrimination)		130778
10	#10	(*schizophrenia*)		114341
11	#11	patient		5176827
12	#12	invalid		4165
13	#13	(patient OR invalid)		5179812
14	#14	*nurse*		327446
15	#15	*care*		1972792
16	#16	(*nurse* OR *care*)		2142559
17	#17	*caring*		36254
18	#18	*nursing*		566849
19	#19	(*caring* OR *nursing*)		588292
20	#20	prevent*		1886977
21	#21	intervention		387696
22	#22	(prevent* OR intervention)		2175686
23	#6 AND #9	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination))		55787
24	#10 AND #13	((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))		56688
25	#23 AND #24	((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR		642

		consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid)))		
26	#25 AND #16	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))) AND (*nurse* OR *care*)))		138
27	#26	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))) AND (*nurse* OR *care*)))	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch, Deutsch • Nicht älter als fünf Jahre • Frei zugänglich 	55
28	#27 AND #22	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))) AND (*nurse* OR *care*)) AND (prevent* OR intervention))	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch, Deutsch • Nicht älter als fünf Jahre • Frei zugänglich 	14

<u>Legende:</u>		OR-Verknüpfungen
		Zu überprüfende Treffer
		Relevante Treffer

Auswertung der Treffer: PubMed (2.4.2015)

Anzahl Titel auf Relevanz prüfen:	55	14
Anzahl Treffer nicht relevant:	46	12
Anzahl Abstracts auf Relevanz prüfen:	9	2
Anzahl Treffer nicht relevant:	2	2 ⁷
Anzahl Artikel auf Relevanz prüfen:	7	0
Anzahl Treffer nicht relevant:	2 ⁸	0
Anzahl Artikel relevant:	5	0

⁷ Diese 2 Treffer sind unter den 6 Treffern der linken Spalte. Daher hier, um Doppelungen zu vermeiden: 0 relevante Treffer.

⁸ 1 Artikel ist nicht frei zugänglich, wird in der Thesis aber kurz erwähnt, da Erkenntnisse aus dem Abstract interessant sind. Hier wird dieser Treffer unter den nicht relevanten Artikeln geführt.

2 Studien:

- Serafini et al. (2011)
- Linden, Kavanagh (2011)

2 Review:

- Shrivastava et al. (2012)
- Horsfall et al. (2010)

1 wissenschaftlicher Artikel:

- Shrivastava et al. (2013)

2. CINAHL (2.4.2015)

Nr.	#	Stichwort	Limits	Treffer
1	#1	impact*		117527
2	#2	influence*		92318
3	#3	implication*		85036
4	#4	effect*		589310
5	#5	consequence*		30876
6	#6	(impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*)		775437
7	#7	stigma*		9910
8	#8	discrimination		14161
9	#9	(stigma* OR discrimination)		22908
10	#10	(*schizophrenia*)		12209
11	#11	patient		485698
12	#12	invalid		428
13	#13	(patient OR invalid)		486016
14	#14	*nurse*		452326
15	#15	*care*		1357644
16	#16	(*nurse* OR *care*)		1594178
17	#17	*caring*		34970
18	#18	*nursing*		1072026

19	#19	(*caring* OR *nursing*)		1078240
20	#20	prevent*		411033
21	#21	intervention		110868
22	#22	(prevent* OR intervention)		490159
23	#6 AND #9	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination))		8103
24	#10 AND #13	((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))		2499
25	#23 AND #24	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))))		60
26	#25 AND #16	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))) AND (*nurse* OR *care*))		36
27	#26 AND #22	(((((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))) AND (*nurse* OR *care*)) AND (prevent* OR intervention))		16

Auswertung der Treffer: CINAHL (2.4.2015)

Anzahl Titel auf Relevanz prüfen:	60	36	16
Anzahl Treffer nicht relevant:	60	35	16
Anzahl Abstracts auf Relevanz prüfen:	0	1	0
Anzahl Treffer nicht relevant:	0	0	0
Anzahl Artikel auf Relevanz prüfen:	0	0	0
Anzahl Treffer nicht relevant:	0	0	0
Anzahl Artikel relevant:	0	0	0 ⁹

⁹ Alle Treffer nicht relevant, weil kein Bezug zu der Thematik dieser Arbeit zu erkennen ist.

3. The Cochrane Library (3.4.2015)

Nr.	#	Stichwort	Limits	Treffer
1	•	impact*		55638
2	•	influence*		55450
3	•	implication*		39306
4	•	effect*		549397
5	•	consequence*		12215
6	•	(impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*)		586388
7	•	stigma*		925
8	•	discrimination		3184
9	•	(stigma* OR discrimination)		4035
10	•	(*schizophrenia*)		10433
11	•	patient		166774
12	•	invalid		406
13	•	(patient OR invalid)		166978
14	•	*nurse*		14505
15	•	*care*		145162
16	•	(*nurse* OR *care*)		149272
17	•	*caring*		1463
18	•	*nursing*		19382
19	•	(*caring* OR *nursing*)		20328
20	•	prevent*		141895
21	•	intervention		99677
22	•	(prevent* OR intervention)		207221
23	#6 AND #9	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination))		2711
24	#10 AND #13	((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))		2691

25	#23 AND #24	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid))		98
26	#25 AND #16	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid)) AND (*nurse* OR *care*)		72
27	#26 AND #22	((impact* OR influence* OR implication* OR effect* OR consequence*) AND (stigma* OR discrimination)) AND ((*schizophrenia*) AND (patient OR invalid)) AND (*nurse* OR *care*) AND (prevent* OR intervention)	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch, Deutsch • Nicht älter als fünf Jahre • Frei zugänglich 	70
28	#9 AND #22	((stigma* OR discrimination) AND (prevent* OR intervention))		1073

Auswertung der Treffer: Cochrane Library (3.4.2015)

Anzahl Titel auf Relevanz prüfen:	98	72	70	1073
Anzahl Treffer nicht relevant:	98	72	70	1072
Anzahl Abstracts auf Relevanz prüfen:	0	0	0	1
Anzahl Treffer nicht relevant:	0	0	0	0
Anzahl Artikel auf Relevanz prüfen:	0	0	0	1
Anzahl Treffer nicht relevant:	0	0	0	0
Anzahl Artikel relevant:	0	0	0 ¹⁰	1 ¹¹

1 Protokoll:

- Buechter et al. (2013)

¹⁰ Alle Treffer nicht relevant, weil kein Bezug zu der Thematik dieser Arbeit zu erkennen ist.

¹¹ Protokoll zu einem noch nicht vorhandenen Cochrane-Review.

4. Unsystematische Literaturrecherche www.scholar.google.de (4.4.15)

Verwendung folgender Suchbegriffe:

((nurse OR carer OR caregiver OR nursing staff) AND ((stigma OR stigmatization OR stigmatisation OR discrimination) AND ((schizophrenia* OR *schizophrenia* OR paranoid-schizophrenia) AND (patient OR invalid)))*

1 relevanter Treffer:

- Mittal et al. (2014)

1 relevanter Treffer gefunden in der Referenzliste einer nicht relevanten Studie, aufgerufen über www.scholar.google.de:

- Minas et al. (2011)

Verwendung folgender Suchbegriffe:

((stigma OR stigmatization OR stigmatisation OR discrimination) AND ((schizophrenia* OR *schizophrenia* OR paranoid-schizophrenia) AND (patient OR invalid))) AND ((consequence* OR effect* OR implication* OR impact* OR influence*) AND (nurse OR carer OR caregiver OR nursing staff) AND (nursing care OR care OR nursing OR care process OR nursing process))*

1 relevanter Treffer:

- Peitl et al. (2011)

5. Unsystematische Literaturrecherche www.google.de

Verwendung folgender Suchbegriffe:

Probleme Pflege durch Stigma

1 relevanter Treffer:

- Weltgesundheitsorganisation; Welt-Psychiatrie-Vereinigung (2002)

Anhang 2: Kritische Beurteilung von Studien und Reviews

1. Linden, Kavanagh (2011)

11 questions to help you make sense of descriptive/cross-sectional studies¹²

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a descriptive/ cross-sectional study (e.g., a study that collects data on individuals at one time point using a survey or review of medical charts):

- **Are the results of the study valid?**
- **What are the results?**
- **Will the results help locally?**

The 11 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. You are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions.

A number of italicized prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided. These questions are adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ, Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270 (21): 2598-2601 and *JAMA* 1994; 271(1): 59-63 © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Screening Questions

1. Did the study address a clearly focused issue? Yes Can't tell No

HINT: A question can be focused in terms of: Of:

- *the population(s) studied*
- *the health measure(s) studied (e.g., risk factor, preventive behavior, outcome)*

Keine konkrete Fragestellung im Text. Aber Angabe des Ziels der Studie: "The aim of the current research was to explore the attitudes held by qualified and student mental health nurses towards individuals with schizophrenia. Four hypotheses were proposed. First, that there would be a statistically significant difference in attitudes, and desire for social interaction, between student and qualified mental health nurses. Secondly, that there would be a statistically significant difference in attitudes, and desire for social interaction, between mental health nurses who worked in an inpatient setting and those who worked in the community. Thirdly, that there would be a statistically significant difference in attitudes, and desire for social interaction, based on years of experience. Finally, that there would be a statistically significant difference in attitudes, and desire for social interaction, between the college years of student mental health nurses." (Linden, Kavanagh 2011, S. 1361).

¹² Die Beurteilungsbögen wurden in Absprache mit der betreuenden Prüfenden im Original für diesen Anhang übernommen. Daher kann es zu Abweichungen von den Formatvorgaben für die Bachelor-Arbeit in Schriftart und Schriftgröße kommen.

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

Die Forscher bezeichnen ihr Studiendesign als "independent groups design" (ebd.). Nach Behrens und Langer kann die Studie den Querschnittsstudien zugeordnet werden (Behrens, Langer 2010, S. 191).

Detailed Questions

3. Were the subjects recruited in an acceptable way? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalizability of the findings:

- *Was the sample representative of a defined population?*
- *Was everybody included who should have been included?*

Es wurden 95 Pflegestudenten des Letterkenny Institute of Technology in Donegal, Irland eingeladen an der Befragung teilzunehmen. 66 Pflegestudenten meldeten sich zur Teilnahme (63%). 177 Pflegekräfte aus der psychiatrischen Pflege des Donegal mental health service wurden zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. 121 Pflegekräfte nahmen die Einladung an (68%). Alle Teilnehmer geben schriftlich ihre Einwilligung zur Teilnahme. Es wurden Flyer in den beiden Instituten verteilt, um die Studie bekannt zu machen. Einer der Autoren gab den Pflegekräften/-studenten, die an der Studie teilnehmen wollten, Informationsblätter. Eine Woche später wurden die Fragebögen verteilt. An dem Institute of Technology wurden diese durch die Tutoren verteilt. Ein Autor verteilt die Bögen an die Pflegekräfte. Alle Befragten durften jederzeit Fragen stellen; alle Fragebögen mussten an einem Tag ausgefüllt und wieder abgegeben werden (Linden, Kavanagh 2011, S. 1361). Eine randomisierte Zuteilung der Bögen ist nicht zu erkennen. Es kann nicht gesagt werden, inwieweit die Teilnehmer sich untereinander absprechen.

4. Were the measures accurately measured to reduce bias? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for measurement or classification bias:

- *Did they use subjective or objective measurements?*
- *Do the measures truly reflect what you want them to (have they been validated)?*

Genutzt werden die "Community Attitudes to Mental Illness Scale" (CAMI) und die "Social Interaction Scale" (SIS) (ebd., S. 1362).

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue? Yes Can't tell No

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)

Das Setting der Datenerhebung wird nicht begründet. Die Daten werden anhand von zwei Skalen, CAMI und SIS per Fragebogen erhoben. Der Grund für den Einsatz dieser Skalen wird nicht genannt. Es wird nicht begründet, warum die Daten auf diese Weise erhoben werden. Die Skalen werden aber erklärt. Die Erhebung der Daten wird nicht konkret beschrieben, nur dass die Teilnehmer jederzeit Fragen zum Bogen stellen durften und innerhalb von einem Tag die Fragebögen ausgefüllt und zurückgegeben werden mussten. Eine Woche vor der eigentlichen Datensammlung wurde der Fragebogen getestet. Dieses ist nicht weiter beschrieben (ebd., S. 1361-1362).

6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance? Yes Can't tell No

Consider:

- if the result is precise enough to make a decision
- if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.

Im Text wird kein Hinweis zu einer Power Calculation gegeben. Die Autoren kritisieren die Teilnehmerzahl nicht. Die Teilnehmerzahl wirkt im Vergleich zu Mittal et al. (2014) gering.

7. How are the results presented and what is the main result? Yes Can't tell No

Consider:

- if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the trial in one sentence

Die Ergebnisse werden im Text und tabellarisch dargestellt. Es werden Mittelwerte, Standardabweichungen sowie p-Werte und die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests angegeben (ebd., S. 1363-1365). Die Ergebnisse zeigen, dass der Arbeitsplatz die Haltung gegenüber Menschen mit Schizophrenie beeinflusst (ebd., S. 1364).

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process*
- if sufficient data are presented to support the findings*

Die Analyse der Daten wird beschrieben. Es wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Hilfe der Software SPSS Version 17.0 sowie der Chi-Quadrat-Test durchgeführt (ebd., S. 1363).

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

Consider:

- if the findings are explicit*
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments*
- if the researcher have discussed the credibility of their findings*
- if the findings are discussed in relation to the original research questions*

Hypothese 1 konnte nicht bestätigt werden. Hypothese 2 wurde bestätigt. Hypothese 3 wurde bestätigt. Hypothese 4 konnte nicht bestätigt werden. Die Forscher diskutieren, ob die Befragten sozial erwünscht geantwortet haben, da sie im Vorfeld über die Hintergründe der Studie informiert wurden und so bewusst positiv geantwortet haben könnten. Sie diskutieren, dass es weiterer Forschung bedarf, die jedoch eine Power Calculation verwenden sollten, um eine ausreichend große Zahl an Teilnehmern zu haben. Sie diskutieren ihre Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien (ebd., S. 1363-1364).

10. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

HINT: Consider whether

- The subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.*
- Your local setting is likely to differ much from that of the study*

Laut Aussage der Forscher müsste für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse eine weitere Studie in verschiedenen Institutionen mit einer größeren Zahl an Teilnehmern durchgeführt werden (ebd., S. 1364).

11. How valuable is the research?

write comments here

Consider:

– if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)

–if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse in Bezug auf andere Studien und Empfehlungen. Sie sagen aus, dass ihre Studie Hinweise liefern kann, für eine Übertragung oder Generalisierung jedoch mehr Daten von einer größeren Zahl von Teilnehmern hätten analysiert werden müssen (ebd., S. 1364-1366).

2. Minas et al. (2011)

11 questions to help you make sense of descriptive/cross-sectional studies

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a descriptive/ cross-sectional study (e.g., a study that collects data on individuals at one time point using a survey or review of medical charts):

- **Are the results of the study valid?**
- **What are the results?**
- **Will the results help locally?**

The 11 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions.

A number of italicized prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided. These questions are adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ, Users’ guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270 (21): 2598-2601 and *JAMA* 1994; 271(1): 59-63 © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Screening Questions

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes Can’t tell No

HINT: A question can be focused in terms of: of:

- the population(s) studied
- the health measure(s) studied (e.g., risk factor, preventive behavior, outcome)

Keine Frage angegeben, aber eine Zielformulierung: "The purpose of the study was to examine whether general attitudes of hospital staff towards persons with mental illness, and extent of mental health training

and clinical experience, are associated with different attitudes and behaviours towards a patient with mental illness than towards a patient with a general health problem-diabetes." (ebd., S. 2).

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question? Yes Can't tell No

- HINT: Consider*
- Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?
 - Did it address the study question?

Die Forscher bezeichnen ihr Studiendesign als "independent groups design" (ebd.). Nach Behrens und Langer kann die Studie den Querschnittsstudien zugeordnet werden (Behrens, Langer 2010, S. 191).

Detailed Questions

3. Were the subjects recruited in an acceptable way? Yes Can't tell No

- HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalizability of the findings:*
- Was the sample representative of a defined population?
 - Was everybody included who should have been included?

Die Autoren haben sich ein Krankenhaus ausgewählt, in dem dann alle medizinischen und pflegerischen Mitarbeiter Fragebögen erhielten. Insgesamt wurden 1200 Fragebögen durch die Leitungskräfte der einzelnen Stationen verteilt. Es ist jedoch fraglich, ob die Leitungskräfte die Bögen wirklich alle verteilt haben. Ebenso fraglich ist, an wen sie die Bögen verteilt haben und ob die Bögen zufällig oder gezielt an Personen verteilt wurden (ebd., S. 2).

4. Were the measures accurately measured to reduce bias? Yes Can't tell No

- HINT: We are looking for measurement or classification bias:*
- Did they use subjective or objective measurements?
 - Do the measures truly reflect what you want them to (have they been validated)?

Laut der Forscher wurden die Items in den Fragebögen aus verschiedenen Studien zusammengestellt. Es wurden Fragen zu demographischen Daten der Teilnehmer, Berufserfahrung im Allgemeinen sowie zum Umgang mit psychisch Erkrankten bezogen auf jeweils einen der zwei Fallbeschreibungen gestellt. Dazu wurden weitere allgemeine Fragen bezüglich der Thematik Stigma und psychisch erkrankte Menschen gestellt (ebd., S. 1, 3). Ob die Skalen validiert wurden, wird nicht genannt.

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue? Yes Can't tell No

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)

Das Setting wurde nicht begründet. Die Daten wurden anhand von Fragebögen und Fallbeschreibungen erhoben (ebd.). Sie haben sich für diese Art entschieden, um die Antworten der Teilnehmer am Ende vergleichen zu können (ebd., S. 2). Die Forscher beschreiben wie die Daten erhoben wurden bzw. wie die Fragebögen und die Fallbeschreibungen gestaltet waren (ebd., S. 3).

6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance? Yes Can't tell No

Consider:

- if the result is precise enough to make a decision
- if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.

Insgesamt wurden 1200 Fragebögen an die Leitungen der Stationen ausgegeben, damit diese sie verteilen. Davon wurden tatsächlich 814 Stück verteilt. Es sind 298 zum Fall des Patienten mit Diabetes und 356 zum Fall des Patienten mit einer psychischen Erkrankung beantwortet worden, also insgesamt 654 (ebd., S. 2). Dieses ergibt sich daraus, dass 6 Personen aus der Analyse herausgenommen wurden, da sie professionell psychiatrisch Tätige waren und es um die Haltung der allgemein im Krankenhaus Tätigen ging. Es wurden weitere 153 Antworten aus der Analyse genommen, da die demographischen und andere Datenangaben hier nicht vollständig waren. Insgesamt wurden 654 Antworten analysiert (ebd., S. 3). Allerdings zeigt die Durchführung eines Tests (t-test), dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vollständig und unvollständigen Bögen bezüglich der relevanten Ergebnisse gibt. Daher übernehmen die Forscher die Aussagen von 814 Teilnehmern (ebd., S. 6). Es gibt keine power calculation.

7. How are the results presented and what is the main result? Yes Can't tell No

Consider:

- if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the trial in one sentence

Die Ergebnisse werden in Text sowie Tabellen dargestellt und anhand ihrer p-Werte sowie Mittelwerte bewertet (ebd., S. 4-6). Es gibt zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezogen auf Alter, Berufserfahrung etc. (ebd., S. 4). In Tabelle 2 werden die Einstellungen generell zu Stigma dargestellt. Der Mittelwert liegt hier bei 51,1 % (Diese stimmen stigmatisierenden Aussagen zu.) (ebd., S. 5). Die Einstellungen gegenüber den zwei fiktiven Patienten unterscheiden sich signifikant in Bezug auf weniger Punkte in der Pflege und Versorgung sowie höhere Punktzahlen im Bereich der Vermeidung und negativen Einstellungen vor allem bei dem Patienten mit psychiatrischer Erkrankung (ebd., S. 6).

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings

Die Datenanalyse wird beschrieben. Insgesamt werden 814 Fragebögen in die Analyse einbezogen (ebd., S. 6). - Die Analyse erfolgt mittels multivariater Varianzanalyse (MANOVA) und einem "Follow-Up Univariate Test" sowie einer Regressionsanalyse und einem Chi-Quadrat-Test (ebd., S. 4).

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments
- if the researcher have discussed the credibility of their findings
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse und sind überzeugt, dass diese durch die hohe Teilnehmerzahl repräsentativ ist (ebd., S. 6). Sie geben an, dass ihre Studie Hinweise liefert, dass mehr Forschung benötigt wird, um Stigma und die Folgen zu reduzieren aber auch, um die jeweiligen Beweggründe für Vorurteile herauszufinden (ebd., S. 7-8)

10. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

HINT: Consider whether

- The subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.
- Your local setting is likely to differ much from that of the study

Laut den Autoren sind die Ergebnisse der Studie repräsentativ (ebd., S. 6). Sie kann vor allem durch die hohe Zahl der teilnehmenden Pflegekräfte in diesen Bereich als Hinweis übernommen werden.

11. How valuable is the research?

write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse mit denen aus der Literatur (ebd., S. 7-8). Nach den Forschern ist die Studie für ggf. alle Krankenhausbereiche repräsentativ (ebd., S. 6). Der Begriff "mental illness" wird nicht definiert! Es ist unklar, welche psychische Erkrankung gemeint ist!

3. Mittal et al. (2014)

11 questions to help you make sense of descriptive/cross-sectional studies

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a descriptive/ cross-sectional study (e.g., a study that collects data on individuals at one time point using a survey or review of medical charts):

- **Are the results of the study valid?**
- **What are the results?**
- **Will the results help locally?**

The 11 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions. You are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions.

A number of italicized prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided. These questions are adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ, Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270 (21): 2598-2601 and *JAMA* 1994; 271(1): 59-63 © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Screening Questions

1. Did the study address a clearly focused issue? Yes Can't tell No

HINT: A question can be focused in terms of: of:

- the population(s) studied
- the health measure(s) studied (e.g., risk factor, preventive behavior, outcome)

Im Text ist keine Frage angegeben. Jedoch werden Hypothesen aufgestellt. "We hypothesized that healthcare providers would have more negative attitudes toward patients with schizophrenia than towards patients without schizophrenia, and that the effect of patient diagnosis of schizophrenia on attitudes would be

moderated by the type of provider. Specifically, we hypothesized that primary care providers would have more negative attitudes toward patients with schizophrenia than toward patients without schizophrenia, but mental health providers' attitudes would not differ across the two patient types." (Mittal et al. 2014, S. 2)

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie (ebd., S. 1). Die Autoren untersuchen zu einem bestimmten Zeitpunkt zwei Gruppen ("primary care provider" und "mental health provider"), um ihre Merkmale ("negative attitudes" und "patient with/without schizophrenia") in Beziehung zu dem Erkenntnisinteresse Bestätigung, Korrektur der Hypothese) zu setzen (Behrens, Langer 2010, S. 196; Mittal et al. 2014, S. 2).

Detailed Questions

3. Were the subjects recruited in an acceptable way? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalizability of the findings:

- *Was the sample representative of a defined population?*
- *Was everybody included who should have been included?*

Teilnehmer wurden aus fünf Heimen für kriegsversehrte Veteranen rekrutiert. 67 psychiatrisch Pflegende, 62 Psychiater, 76 Psychologen, 91 Pflegende der allgemeinen medizinischen Versorgung, 55 Ärzte der allgemeinen medizinischen Versorgung. Randomisierte Verteilung der Umfragebögen durch Assistenten, eine Gruppe sendet Bögen an Einrichtung, die andere Gruppe der Assistenten verteilt die Bögen innerhalb der Einrichtung. Keine schriftliche Einverständniserklärung, um vollständige Anonymität der Personen zu gewährleisten. Nur Informationsblatt zur Studie wurde verteilt.

Es wurden Psychologen der Studie zu einem späteren Zeitpunkt hinzugefügt, um eine ungefähr gleichmäßige Verteilung der Fallskizzen zu erreichen (Mittal et al. 2014, S. 2).

4. Were the measures accurately measured to reduce bias? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for measurement or classification bias:

- *Did they use subjective or objective measurements?*
- *Do the measures truly reflect what you want them to (have they been validated)?*

Insgesamt wurden 710 Umfragebögen versandt. Davon wurden 358 Stück zurückgesandt (ohne Angabe von Personen) 351 wurden in die Auswertung einbezogen. Die Bögen wurden während Dienstbesprechungen verteilt. Ob die Teilnehmer sich untereinander austauschten ist nicht klar. Jeder Befragte erhält nur eine der zwei Fallskizzen. Die Teilnehmer erhalten dieselben Fragen und dieselben Fälle, nur einmal mit der Diagnose Schizophrenie und einmal ohne diese Diagnose (ebd.). Messinstrumente: "Characteristic Scale", "Attribution Questionnaire", "Social Distance Scale" und eine Kovarianzanalyse zur Erhöhung der Power der Studie (ebd.).

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue? Yes Can't tell No

Consider:

- if the setting for data collection was justified*
- if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review)*
- if the researcher has justified the methods chosen*
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)*

Die Autoren begründen nicht die Auswahl des Settings. Die Daten wurden in Form von zwei Fallskizzen sowie Umfragebögen erhoben und per Postweg an die Einrichtungen versandt. Die Forscher verwenden anonyme Fragebögen, um die Aussagen der Befragten nicht zu beeinflussen. Die Forscher beschreiben detailliert den Ablauf der Erhebung der Daten (ebd., S. 2-3).

6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance? Yes Can't tell No

Consider:

- if the result is precise enough to make a decision*
- if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.*

Ein Hinweis zu einer Power Calculation ist im Text nicht zu finden. Die Autoren geben an, dass sie mit der Rücklaufquote unzufrieden sind. Diese liegt bei 50 %. Die Autoren selbst geben an, dass eine Rücklaufquote von 50% für diese Art von Studien typisch ist (ebd., S. 6).

7. How are the results presented and what is the main result? Yes Can't tell No

Consider:

- if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards*
- how large this size of result is and how meaningful it is*

– how you would sum up the bottom-line result of the trial
in one sentence

Die Ergebnisse werden in Text und tabellarisch dargestellt. Es werden p-Werte, Mittelwerte sowie t-Werte angegeben. Das hauptsächliche Ergebnis der Studie ist, dass die anfänglich aufgestellte Hypothese durch die Analyse der Daten bestätigt wurde. Die Autoren berufen sich dabei hauptsächlich auf die p-Werte.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings

Die Analyse der Daten wird umfassend beschrieben. Die Autoren hätten sich mehr Daten zur Auswertung gewünscht (ebd., S. 3-4, 6).

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments
- if the researcher have discussed the credibility of their findings
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Die Ergebnisse werden im Text ausführlich dargestellt. Das Ergebnis ist, dass die anfänglich aufgestellte Hypothese bestätigt wurde, jedoch zeigte sich, dass auch psychiatrisch Tätige Vorurteile gegenüber Menschen mit Schizophrenie haben. Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse in Bezug zu anderen Studien. Die Glaubwürdigkeit wird nicht weiter diskutiert.

10. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

HINT: Consider whether

- The subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.
- Your local setting is likely to differ much from that of the stud

Die Forscher haben Bedenken, dass die Ergebnisse Allgemeingültig sind, da nur 50% der Umfragebögen zurückgesandt wurden (ebd., S. 6).

11. How valuable is the research?

write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse im Kontext mit weiteren Studien. Die Forscher geben an, dass ihre Studie Hinweise liefert, dass Dienstleister im allgemeinen medizinischen Sektor spezielle Interventionen benötigen, um einen Umgang mit Vorurteilen zu finden. Sie geben an, dass das Setting sehr speziell gewählt war, und dass der Umgang dort mit schizophrenen Patienten ggf. ein anderer ist, als in anderen Einrichtungen. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist daher für die Forscher nur unter Beachtung dieser Einschränkung gegeben. Hier wäre weitere Forschung notwendig.

4. Peitl et al. (2011)

11 questions to help you make sense of descriptive/cross-sectional studies

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a descriptive/ cross-sectional study (e.g., a study that collects data on individuals at one time point using a survey or review of medical charts):

- **Are the results of the study valid?**
- **What are the results?**
- **Will the results help locally?**

The 11 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions.

A number of italicized prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided. These questions are adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ, Users’ guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270 (21): 2598-2601 and *JAMA* 1994; 271(1): 59-63 © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Screening Questions

1. Did the study address a clearly focused issue? Yes Can’t tell No

HINT: A question can be focused in terms of: of:

- the population(s) studied
- the health measure(s) studied (e.g., risk factor, preventive behavior, outcome)

Es wird nur das Ziel der Studie beschrieben."The aim of this research was to establish the extent of stigmatization of mentally ill patients among the population of healthcare professionals and future healthcare professionals and if they differ from general population regarding the extent of reported stigmatization." (Peitl et al. 2011, S. 142)

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

Verwendung eines Fragebogens (30 Fragen, beantwortbar mit ja, nein und ich weiß es nicht) Befragung von 151 Personen (30 psychiatrische Pflegekräfte, 30 Pflegekräfte von chirurgischen Stationen, 30 Psychologie Studenten, 30 nicht pflegerisch tätige Personen, nicht näher erläutert, 31 zufällig ausgewählte Personen, auch hier keine weitere Erläuterung im Text) (ebd.). Die Autoren benennen ihr Studiendesign nicht. Nach Behrens und Langer handelt es sich um eine Querschnittsstudie (Behrens, Langer 2010, S. 191).

Detailed Questions

3. Were the subjects recruited in an acceptable way? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalizability of the findings:

- *Was the sample representative of a defined population?*
- *Was everybody included who should have been included?*

Die Stichprobe ist relativ klein, insgesamt 151 Befragte, davon in den einzelnen Berufsgruppen und der Bevölkerung ca. jeweils 30 Personen. Es ist fraglich, ob diese Anzahl an Personen ausreicht, um repräsentativ für die jeweilige Berufsgruppe oder allgemeine Bevölkerung zu sein. Es ist schwer zu sagen, ob jeder eingeschlossen wurde, der hätte eingeschlossen werden sollen. Hierzu sind keine Angaben im Text zu finden.

4. Were the measures accurately measured to reduce bias? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for measurement or classification bias:

- *Did they use subjective or objective measurements?*
- *Do the measures truly reflect what you want them to (have they been validated)?*

Es werden keine Aussagen dazu im Text gemacht.

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue? Yes Can't tell No

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)

Das Setting der Datenerhebung wurde nichtbegründet. Die Daten wurden per Fragebogen erhoben. Die Forscher begründen nicht warum sie Fragebögen verwenden. Die Fragebögen wurden nicht weiter erklärt.

6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance? Yes Can't tell No

Consider:

- if the result is precise enough to make a decision
- if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.

Hierzu kann keine Aussage gemacht werden, weil dieses nicht im Text erwähnt wird.

7. How are the results presented and what is the main result? Yes Can't tell No

Consider:

- if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the trial in one sentence

Die Hauptergebnisse sind in einer Tabelle dargestellt. Allerdings eher unverständlich, da eine konkrete Beschreibung der Ergebnisse fehlt. Wie Aussagekräftig die Resultate sind kann nicht gesagt werden. Es sind keine Mittelwerte oder p-Werte oder Konfidenzintervalle angegeben. Die Studie besagt in einem Satz, dass je vertrauter das Krankheitsbild, desto weniger negativ ist die Einstellung zu dieser. Zudem wird mehr Wissensvermittlung bezüglich der Erkrankung für die Öffentlichkeit und Pflegekräfte benötigt (Peitl et al. 2011, S. 145).

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings

Es gibt keine Beschreibung der Analyse.
Die Menge der Daten/Teilnehmer scheint etwas wenig.

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments
- if the researcher have discussed the credibility of their findings
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl empfinde ich die Aussagen als nicht aussagekräftig, aber als einen Hinweis für die Notwendigkeit weiterer Forschung. Die Forscher diskutieren weder die Glaubwürdigkeit noch die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Ergebnisse werden von den Forschern wenig diskutiert. Eher ist es die Bestätigung für die Forscher, dass Stigma ein Problem, auch für das Gesundheitswesen darstellt, welches weiterer Forschung bedarf. Es werden keine konkreten Interventionen oder zukünftige Forschungen diskutiert.

10. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

HINT: Consider whether

- The subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.
- Your local setting is likely to differ much from that of the stud

Die Ergebnisse können übertragen werden, da in der Bachelor-Arbeit ein allgemeiner Einblick gewonnen werden soll und es sich um Pflegekräfte allgemeiner und psychiatrischer Stationen handelt. Aber es bedarf weiterer Forschung, um die Übertragbarkeit der Studie wirklich zu bejahen.

11. How valuable is the research? write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse kurz mit denen aus einer anderen Studie aus dem Jahre 2005 und sehen sich in ihren Ergebnissen bestätigt. Generell war diese Studie hilfreich, um einen Einblick in die Gründe von Stigma und Denkweisen von Pflegekräften zu erhalten. Auch wenn hierbei hervorgehoben werden muss, dass die Ergebnisse der Studie wenig Aussagekräftig sind.

5. Serafini et al. (2011)

11 questions to help you make sense of descriptive/cross-sectional studies

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a descriptive/ cross-sectional study (e.g., a study that collects data on individuals at one time point using a survey or review of medical charts):

- **Are the results of the study valid?**
- **What are the results?**
- **Will the results help locally?**

The 11 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. You are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions.

A number of italicized prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided. These questions are adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ, Users’ guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. *JAMA* 1993; 270 (21): 2598-2601 and *JAMA* 1994; 271(1): 59-63 © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Screening Questions

1. Did the study address a clearly focused issue? Yes Can’t tell No

HINT: A question can be focused in terms of: of:

- *the population(s) studied*
- *the health measure(s) studied (e.g., risk factor, preventive behavior, outcome)*

Es ist keine Frage im Text angegeben ist. Aber die Autoren nennen das detailliert, formulierte Ziel der Studie (Serafini et al. 2011, S. 577).

2. Did the authors use an appropriate method to answer their question? Yes Can’t tell No

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

Deskriptives Studiendesign, um die Sichtweisen der Teilnehmer bezüglich der Stigmatisierung von schizophoren Menschen zu erfahren (ebd., S. 578).

Detailed Questions

3. Were the subjects recruited in an acceptable way? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for selection bias which might compromise the generalizability of the findings:

- Was the sample representative of a defined population?
- Was everybody included who should have been included?

Universitätskrankenhaus in Rom. Teilnehmer wurden randomisiert rekrutiert. Insgesamt konnten 202 Personen gewonnen werden: 50 Medizinstudenten, 50 Ärzte, 52 psychiatrische Patientender Tagesklinik/des ambulanten Dienstes, 50 Pflegekräfte (die Pflegekräfte wurden alle aus der psychiatrischen Station rekrutiert, während die Ärzte von verschiedenen Stationen kamen) (ebd., S. 577-578). Die Zustimmung zur Teilnahme musste schriftlich gegeben werden (ebd., S. 579). Unklares Selektions-Bias-Risiko, weil nicht klar ist, wie die Teilnehmer kontaktiert wurden.

4. Were the measures accurately measured to reduce bias? Yes Can't tell No

HINT: We are looking for measurement or classification bias:

- Did they use subjective or objective measurements?
- Do the measures truly reflect what you want them to (have they been validated)?

Randomisierte Zuordnung der Fallbeschreibungen. Fallbeschreibungen skizzieren Ursachen der Schizophrenie (auf der einen Seite genetische und auf der anderen Seite umweltbedingte Faktoren). Fallbeschreibungen wurden eingesetzt, um die Befragten möglichst neutral zum Thema zu informieren, das abstrakte Bild der Schizophrenie realistischer zu machen und sie zu motivieren der Studie teilzunehmen sowie möglichst realistische Reaktionen/Aussagen der Befragten zu erhalten (ebd., S. 578). Nach dem Lesen der Fallbeschreibungen: Beteiligte antworten schriftlich auf Fragen: "Part I of the Standardized Stigmatization Questionnaire (SSQ), Antworten bleiben anonym (ebd., S. 578-579).

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue? Yes Can't tell No

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g., interview, questionnaire, chart review)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted?)

Das Setting der Datenerhebung wurde nicht begründet. Die Datenerhebung erfolgt über SSQ Part I. Demographische Daten der Teilnehmer wurden aufgenommen und ausgewertet, es werden keine Namen genannt. Nach Lesen der Fallbeschreibung werden Teilnehmer zu ihren Annahmen über stigmatisierende

Einstellungen (z.B. schizophrene Menschen sind gefährlich etc.) befragt. Anschließend erfolgt die Befragung über die SSQ. Die Fragen des SSQ sind schriftlich dargelegt, um eine Beeinflussung durch die Stimme des Interviewers zu verhindern (ebd., S. 579). Um signifikante Unterschiede in den Antworten herauszufinden wurde der "Exakte Fischer Test" durchgeführt. Weitere Tests: t-test, ANOVA. Datenanalyse durch folgende Software: NANOSTAT 32

6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance? Yes Can't tell No

Consider:

- if the result is precise enough to make a decision
- if there is a power calculation. This will estimate how many subjects are needed to produce a reliable estimate of the measure(s) of interest.

Aus der Studie geht nicht hervor, ob eine Power Calculation durchgeführt wurde.

7. How are the results presented and what is the main result? Yes Can't tell No

Consider:

- if, for example, the results are presented as a proportion of people experiencing an outcome, such as risks, or as a measurement, such as mean or median differences, or as survival curves and hazards
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the trial in one sentence

Die Ergebnisse werden in Tabellen anhand von p-Werten und des Zweistichproben-t-Testes aufgezeigt. Die demographischen Daten der Teilnehmer wurden anhand des Mittelwertes (mean) und der Standardabweichung (SD) dargestellt. In den Ergebnissen werden Unterschiede in den Aussagen der Befragten dargestellt (mit Hilfe t-Wert, p-Wert) (ebd., S. 578, 580, 581). Genetische Ursachen wurden häufiger mit stigmatisierenden Einstellungen in Verbindung gebracht. Pflegekräfte zeigten weniger den Wunsch nach sozialer Distanz. Alle Befragten zeigten gegenüber schizophrenen Menschen negative Vorbehalte (ebd., S. 576, 581).

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings

Die Analyse der Daten wird umfassend beschrieben (ebd., S. 579). Die Daten liefern Hinweise, dass Stigmatisierung ein großes Problem für Menschen mit Schizophrenie ist; ebenso, dass Mitarbeiter sensibel mit eigenen Vorurteilen umgehen sollten (in Bezug auf den Glauben für die Ursache von Schizophrenie) (ebd., S.583).

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers' arguments
- if the researcher have discussed the credibility of their findings
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Die Ergebnisse können aufgrund der Teilnehmerzahl als Hinweise gewertet werden (Hinweise für Interventionen, weitere Forschung). Die Forscher diskutieren die Studie umfassend und zeigen deutliche Limitationen auch bezüglich der Aussagekraft auf. Limitationen laut Autoren: Teilnehmerzahl müsste größer sein, die Gruppe der teilnehmenden Patienten sollte in einer weiteren Studie zum besseren/erweiterten Vergleich vergrößert werden und beispielsweise auch Menschen mit Schizophrenieeinhalten, die Fallbeschreibungen beinhalteten nur Männer und keine Frauen, was nach Aussage der Autoren Einfluss auf die Aussagen nehmen könnte, es wurden nur das psychiatrische Feld betrachtet und allgemeine Stationen vernachlässigt (ebd., S. 582-583).

10. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

HINT: Consider whether

- The subjects covered in the study could be sufficiently different from your population to cause concern.
- Your local setting is likely to differ much from that of the study

Laut Autoren können die Ergebnisse nicht vollständig als Allgemeingültig betrachtet werden, da es hierzu einer größeren Teilnehmerzahl bedarf, um die Ergebnisse vollständig auf spezielle Berufsfelder übertragen zu können (ebd., S. 582).

11. How valuable is the research? write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations

Die Forscher diskutieren ihre Ergebnisse im Vergleich mit anderen Studien und Empfehlungen (ebd., S. 583). Laut Aussage der Forscher müssten weitere Felder, auch der Pflege, untersucht werden, um die Aussagekraft sowie die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse zu verbessern (ebd., S. 582-583). Die Studie liefert Hinweise dazu, dass Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie weit verbreitet ist und auch im Gesundheitswesen vorkommt. Um die Hinweise vertrauenswürdig und aussagekräftig zu machen ist weitere

Forschung notwendig. Daher ist die Aussagekraft der Studie zunächst als niedrig einzustufen. Jedoch liefern die Hinweise einen guten Einblick in den weiteren Forschungsbedarf.

6. Horsfall et al. (2010)

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle: Stigma in Mental Health: Clients and Professionals (Horsfall et al. 2010)

Forschungsfrage: Keine

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Keine Konkrete Forschungsfrage. Nur Hinweis, dass es eine Übersichtsarbeit über Stigma und der anschließenden Angabe von Vermeidungsstrategien gegen Stigma für Pflegekräfte der Psychiatrie ist (Horsfall et al. 2010, S. 450).
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesign?</i> Unklar. Es werden keine Kriterien für die Auswahl der Studien genannt.
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> Unklar. Keine Angabe darüber welche Datenbanken genutzt wurden sowie keine Aussage zu dem Zeitraum der Recherche.
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Unklar. Keine Angabe zu Kriterien.
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?</i> Unklar. Die Beurteilung der Studien oder dem Grund für die Verwendung in der Studien in der Übersichtsarbeit wird nicht genannt.
6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> Unklar. Keine Angaben dazu in der Übersichtsarbeit.
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenität?</i> Unklar. Die Übersichtsarbeit nimmt keine Bewertung der Studien vor. Sie zitiert lediglich Ergebnisse aus verschiedenen Studien und anderen Übersichtsarbeiten.

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?	<i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> Stigma ist für chronisch psychisch erkrankte Menschen ein vorherrschendes Problem. Bildung, Veränderung der persönlichen Haltung und von Vorurteilen sowie den Schwerpunkt auf Hoffnung und Wiedereingliederung zu legen sind wichtig. Ebenso wie das nicht akzeptieren von herabwürdigenden Bezeichnungen psychisch Erkrankter. Personen in öffentlichen Berufen sollten in Anti-Stigma-Kampagnen involviert sein. Personenzentrierte
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> Pflege und Wiedereingliederung bekämpfen die Selbststigmatisierung. Unklar. Keine Angabe von Konfidenzintervallen. Keine Gewichtung der Studien durch die Autoren der Übersichtsarbeit.

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja, die Ergebnisse können auf Patienten mit Schizophrenie übertragen werden, da es sich um Patienten mit einer chronischen psychischen Erkrankung handelt. Das Setting ist auch übertragbar: Krankenhaus oder Psychiatrie.
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja. Die Autoren gehen auf Ursachen und Folgen der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen ein und zeigen Interventionen auch speziell für die Pflege auf.
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Unklar. Es ist keine Kostenanalyse in der Übersichtsarbeit.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ✓ 6

Kritische Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit

Quelle: *Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections* (Shrivastava et al. 2012)

Forschungsfrage: "This review will discuss the causes and consequences of stigma related to mental illness." (ebd., S. 1) ...

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> Unklar/Teilweise. Es wird keine konkrete Frage gestellt. Allerdings geben die Autoren an, was sie in dem Review darstellen möchten (siehe oben).
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i> Unklar. Es werden keine Einschlusskriterien für die Studien genannt.
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> Unklar. Es werden keine Angaben durch die Autoren zu diesem Punkt im Review gemacht.
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> Unklar. Es gibt keine Angaben über die Kriterien, wodurch dieses nachvollzogen werden könnte.
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?</i> Unklar. Keine Angaben dazu im Text.
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> Unklar. Die Autoren geben nichts zu ihrem Vorgehen bzw. ihrer Methodik dahingehend an.
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest?</i> Unklar/Teilweise. Es scheint, als hätten die Autoren für ihre jeweiligen Themenbereiche Studien verwandt, die sich ähnlich in ihrer Methodik sind.

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse?	<i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> "1. Stigma is universal. 2. Stigma causes discrimination and isolates people. 3. Stigma is especially felt by those with mental illnesses. 4. Stigma is poorly understood and needs to be investigated further. 5. Stigma increases duration of untreated illness. 6. Stigma needs to be addresses to individual clients." (Shrivastava et al. 2012, S. 7)
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> Unklar. Es werden keine Gewichtungen der Studien vorgenommen. In der Übersichtsarbeit fehlt die genaue Bewertung der Studien, dadurch kann nicht genau gesagt werden wie präzise die Ergebnisse sind.

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ja. Die Autoren beziehen sich besonders auf Patienten mit Schizophrenie und behandeln zudem die Problematik dieser Patienten im Krankenhaus.
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Ja. Es wurde die Gefühlswelt des schizophrenen Menschen beleuchtet, in Bezug auf Stigma. Was dieses für den klinischen Alltag bedeutet und welche Interventionen notwendig wären.
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> Unklar. Es findet sich keine Analyse der Kosten im Text.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 ✓ 6

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 29. Mai 2015

Julia Geduhn