

Bachelorarbeit

Nicht schon wieder so ein „Alki“!

**Empfehlungen für Interventionen zur Reduktion der Stigmata
seitens des Pflegefachpersonals**

Menard Tamara S11488368

von Arx Gabriela S11488236

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Departement: | Gesundheit |
| Institut: | Institut für Pflege |
| Studienjahr: | PF11a |
| Eingereicht am: | 02. Mai 2014 |
| Betreuende Lehrperson: | Ruhmann Doris |

Abstract

Darstellung des Themas: Das Pflegefachpersonal zeigt sich häufig unwillig und unfähig, alkoholabhängigen Patienten¹ Empathie entgegenzubringen. Deshalb erfahren alkoholabhängige Patienten während ihrer Hospitalisierung vom Pflegefachpersonal oft ungenügend Unterstützung und sind stigmatisierenden Verhaltensweisen ausgesetzt. Dies beeinträchtigt die Pflegequalität und führt zu geringeren Therapieerfolgen. Zudem wird das Selbstwertgefühl der Betroffenen gemindert.

Ziel: Um die Betreuung von alkoholabhängigen Patienten im Akutspital zu optimieren, sollen Empfehlungen für geeignete Interventionen zur Stigmareduktion bei Pflegefachpersonen abgegeben werden.

Methode: Durch die systematisierte Recherche in den pflegerelevanten Datenbanken wurden drei Reviews und fünf quantitative Studien ausgewählt und in die Ergebnisse integriert. Die einbezogene Literatur wurde kritisch beurteilt und das Evidenzlevel der Studien bestimmt.

Relevante Ergebnisse: Es wurden zwei effiziente Interventionen zur Stigmareduktion gefunden. Edukationsprogramme unterschiedlichen Inhalts und Kontaktinterventionen bewirken eine signifikante Verminderung der Stigmata. Diese Interventionen sind am effektivsten, wenn der Inhalt auf eine spezifische Zielgruppe abgestimmt wird.

Schlussfolgerung: Aus den Ergebnissen liess sich eine Implikation für die Pflegepraxis ableiten. Um weitere evidenzbasierte Empfehlungen abgeben zu können, benötigt es weiterführende Forschung im Bereich der Stigmareduktion bei Pflegefachpersonen gegenüber alkoholabhängigen Patienten.

Keywords: Stigma / attitude(s), stigma, discrimination, stereotypes, Alkoholabhängigkeit / alcohol dependence, alcoholism, alcoholics, Antistigma / anti-stigma, Pflegefachpersonen / nurse, Akutspital / acute care, hospital.

¹Die geschlechtsspezifischen Formulierungen in dieser Arbeit gelten jeweils sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| 1. „Hey, habt ihr den Alki?“ | 1 |
| 1.1 Einführung in die Thematik | 1 |
| 1.2 Relevanz für die Pflege | 2 |
| 1.3 Problemstellung | 3 |
| 1.4 Zielsetzung | 4 |
| 1.5 Fragestellung | 5 |
| 1.6 Abgrenzungen | 5 |
| 1.6.1 Abgrenzungen bezüglich der Population | 5 |
| 1.6.2 Abgrenzungen bezüglich des Settings | 5 |
| 2. Methode | 6 |
| 2.1 Vorgehen bei der Literaturrecherche | 6 |
| 2.2 Ein- und Ausschlusskriterien | 7 |
| 2.3 Beurteilung der integrierten Studien | 7 |
| 3. Alkoholabhängigkeit | 8 |
| 3.1 Definition der Alkoholabhängigkeit | 8 |
| 3.1.1 Toleranzentwicklung | 8 |
| 3.1.2 Entzugserscheinungen | 9 |
| 3.1.3 Psychische Abhängigkeit | 9 |
| 3.2 Suchtverhalten | 10 |
| 3.2.1 Heimlicher Drogenkonsum und Manipulation | 10 |
| 3.2.2 Rationalisierung und Leugnen | 10 |
| 3.2.3 Grenzenloses Verhalten | 10 |
| 3.2.4 Negatives Selbstbild | 10 |
| 3.2.5 Drop-out | 11 |
| 3.2.6 Rückfälle | 11 |
| 3.3 Behandlung der Alkoholabhängigkeit | 11 |
| 4. Stigma | 12 |
| 4.1 Definition | 12 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.2 | Entstehung und Funktionen von Stigmata | 13 |
| 4.3 | Formen von Stigmata | 14 |
| 4.4 | Folgen stigmatisierender Verhaltensweisen | 17 |
| 4.5 | Stigmata in der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten | 18 |
| 4.6 | Folgen der Stigmata bezüglich Alkoholabhängigkeit | 19 |
| 4.7 | Strategien alkoholabhängiger Personen im Umgang mit Stigmata | 20 |
| 5. | Ergebnisse der integrierten Studien..... | 21 |
| 5.1 | Edukationsprogramme | 21 |
| 5.1.1 | <i>Reduktion der Stigmata durch Edukationsprogramme</i> | <i>22</i> |
| 5.1.2 | <i>Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz.....</i> | <i>24</i> |
| 5.2 | Kontaktintervention | 25 |
| 5.2.1 | <i>Reduktion von Stigmata durch Kontaktinterventionen.....</i> | <i>25</i> |
| 5.2.2 | <i>Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz.....</i> | <i>25</i> |
| 5.2.3 | <i>Einflussfaktoren auf die Effektivität einer Kontaktintervention</i> | <i>27</i> |
| 5.3 | Kritische Würdigung der Studien..... | 32 |
| 5.3.1 | <i>Stichprobe</i> | <i>32</i> |
| 5.3.2 | <i>Methode</i> | <i>33</i> |
| 5.3.3 | <i>Datenanalyse</i> | <i>34</i> |
| 6. | Diskussion | 34 |
| 6.1 | Edukationsprogramme zur Stigmareduktion | 34 |
| 6.2 | Kontaktinterventionen zur Stigmareduktion..... | 38 |
| 6.3 | Übertragung der Ergebnisse auf die Stigmatisierungsebenen | 40 |
| 7. | Theorie-Praxis-Transfer | 41 |
| 7.1 | Empfehlung für die Praxis | 41 |
| 8. | Schlussfolgerungen..... | 44 |
| 8.1 | Bezug zur Fragestellung | 45 |
| 8.2 | Weiteres Forschungsinteresse und offene Fragen..... | 46 |
| 9. | Verzeichnisse | 47 |
| 9.1 | Literaturverzeichnis | 47 |
| 9.2 | Abbildungsverzeichnis | 53 |
| 9.3 | Tabellenverzeichnis | 53 |

| | |
|--|-----------|
| Danksagung | 54 |
| Eigenständigkeitserklärung | 55 |
| Anhang | 56 |
| Anhang A: Glossar | 57 |
| Anhang B: Detaillierter Suchverlauf der Literaturrecherche | 59 |
| Anhang C: Beurteilung der Literatur..... | 60 |
| Anhang D: Evidenzlevel | 91 |
| Wortzahlen..... | 92 |

1. „Hey, habt ihr den Alki?“

Die Sanitäter liefern einen alkoholabhängigen Mann mittleren Alters in die Notfallaufnahme ein. Der Patient wird in eine Koje gebracht und die Trennvorhänge werden gezogen. Der zuständige Sanitäter ruft die Pflegefachperson zu sich, um den Rapport zu übergeben. Entgegen der Richtlinie, dass der Rapport im Beisein des Patienten abgegeben werden muss, zieht der Sanitäter die Pflegefachperson zur Seite und rapportiert ihr im Flüsterton die Geschehnisse. Die relevanten Informationen werden durch beiläufige, zynische Kommentare ergänzt: „Dieser Typ trinkt ja auch jeden Tag einen Liter Wodka.“ Der Patient ruft: „Ich kann jedes Wort hören, ausserdem trinke ich nur sieben Deziliter am Tag.“ Der Sanitäter lässt sich von der Äusserung des Patienten nicht beeindrucken. Er kontert: „Auf diese drei Deziliter weniger kommt es wohl kaum noch an!“ Der Pflegefachperson zugewandt fügt er hinzu: „Du hättest die Wohnung sehen müssen, total messy*²!“ Inzwischen kommt die Ärztin dazu und flüstert: „Habt ihr den Alki?“

1.1 Einführung in die Thematik

Die oben beschriebene Situation zeigt eine von vielen Situationen im Spitalalltag, die durch die Einstellung oder Haltung des Gesundheitspersonals einer Person oder einem Phänomen gegenüber beeinflusst werden. Diese Einstellungen oder Haltungen beruhen häufig auf Vorurteilen. Vorurteile sind Annahmen über Eigenschaften einer bestimmten Gruppe, die mit negativen Emotionen verbunden sind. Diese negativen Emotionen führen häufig zu einem diskriminierenden Verhalten, wie den zynischen Bemerkungen, im oben aufgeführten Fallbeispiel. Die Vorurteile und das diskriminierende Verhalten werden in der Literatur unter dem Begriff Stigma zusammengefasst (Corrigan, 2000, zit. nach Rüscher, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Vadlamudi, Adams, Hogan, Wu und Wahid (2008) bestätigen in ihrer Studie, dass Stigmata seitens des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten der häufigste Grund dafür sind, dass Pflegefachpersonen nicht mit diesen Patienten arbeiten möchten. Von 171 an der Studie von de Vargas und Labate (2005) teilnehmenden Pflegefachpersonen gaben 80 % an, nicht mit alkoholabhängigen Patienten arbeiten zu wollen. Zusätzlich bekundeten 70 % der Teilnehmenden Mühe im Um-

² Die mit einem * gekennzeichneten Fachausdrücke werden im Glossar erklärt.

gang mit dieser Patientengruppe. Die Studie von Crothers und Dorrian (2011) ergänzt, dass sich 12 % der Teilnehmenden sehr negativ über diese Patientengruppe äusserten.

1.2 Relevanz für die Pflege

Die nachfolgend aufgeführten epidemiologischen Daten zeigen deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit in der Schweiz eine schwerwiegende Problematik darstellt. Laut Kuendig (2010) sind in der Schweiz 250'000 - 300'000 Menschen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen oder pflegen ein risikoreiches Trinkverhalten. Für die Erkennung eines risikoreichen Trinkverhaltens sind gemäss der WHO (2014) folgende Faktoren ausschlaggebend: die Quantität des Alkoholkonsums, die Anzahl Anlässe, zu denen eine Person Alkohol trinkt, und wie oft dies zu einem Rauschzustand führt. Bei Männern wird ab dem Konsum von 60 g pro Tag von einem risikoreichen Trinkverhalten gesprochen. Dies entspricht eineinhalb Liter Bier pro Tag. Bei Frauen liegt der Grenzwert mit 40 g Alkohol pro Tag tiefer (Schwoon, 2005). Durch die hohe Anzahl alkoholabhängiger Individuen in der Gesellschaft kommt es zu einer Vielzahl von Hospitalisierungen aufgrund von Alkoholintoxikationen, Entzügen oder Komplikationen, die durch die Abhängigkeit entstanden sind.

Im Jahr 2010 wurden 19'007 Personen mit Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose in einem Akutspital behandelt. Unter Berücksichtigung der wiederholten Spitalaufenthalte entspricht dies 29'423 Hospitalisierungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von alkoholabhängigen Patienten im Spital, gemessen an einem Mittelwert der Jahre 2008-2010, betrug 39,5 Tage. Dieser Wert setzt sich aus allen einzelnen Hospitalisierungen eines alkoholabhängigen Patienten zusammen (Wicki, 2013). Durch diese Zahlen wird die hohe Präsenz dieses Krankheitsbildes im Akutbereich des Gesundheitswesens bestätigt. Das gesellschaftliche Bild der Alkoholabhängigkeit hat sich jedoch über die letzten 20 Jahre stark verändert. Früher galt die Alkoholabhängigkeit als Charakterfehler und Willensschwäche, heute wird sie als Krankheit definiert (Falk, 2001). Untersuchungen zeigen, dass das Pflegefachpersonal im Verlauf der letzten Jahre die Alkoholabhängigkeit vermehrt als Krankheitsbild anerkennt.

Dies hat zu einer Reduktion der bestehenden Stigmata seitens des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten geführt, da die Erkrankung nicht mehr als selbst verschuldet erachtet wird. Trotz dieser Ergebnisse heben Howard und

Chung (2000) hervor, dass ein Teil der Pflegefachpersonen weiterhin eine stark stigmatisierende Haltung vertritt. Entsprechend sieht dieser Teil des Pflegefachpersonals die Alkoholabhängigkeit weiterhin als Charakterschwäche und hat seine stigmatisierende Haltung alkoholabhängigen Patienten gegenüber nicht revidiert.

1.3 Problemstellung

Das Pflegefachpersonal hat während des Spitalaufenthaltes von alkoholabhängigen Patienten am meisten Kontakt zu diesen (Allen, 1993). Das Pflegefachpersonal nimmt sowohl in der Identifikation der Alkoholabhängigkeit als auch im Assessment der Trinkgewohnheiten und der Behandlung der Alkoholabhängigkeit eine zentrale Rolle ein und trägt daher massgeblich zum Therapieverlauf bei (Hyman 2004, zit. nach Chang & Yang, 2013). Eine gute Pflegequalität ist demnach zentral, um den Therapieverlauf positiv zu beeinflussen und eine erfolgreiche Behandlung zu ermöglichen. Der schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2007) definiert die Pflegequalität anhand der vier ethischen Prinzipien: „Autonomie“, „Gutes tun“, „Nicht-Schaden“ und „Gerechtigkeit“. Hyman (2004, zit. nach Chang & Yang, 2013) betont, dass Stigmata und stigmatisierende Verhaltensweisen seitens des Pflegefachpersonals die Pflegequalität signifikant beeinträchtigen. Das Prinzip der Gerechtigkeit, welches besagt, dass jeder Mensch ohne Unterscheidung respektiert werden soll und gezielte, kompetente Pflege verdient, wird durch stigmatisierende Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals verletzt. Die Stigmatisierungen beeinträchtigen jedoch nicht nur die Pflegequalität, sondern wirken sich auch negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. Laut Link und Phelan (2001) führen Stigmatisierungen bei Betroffenen zu chronischem Stress und zu einer Verschlechterung der mentalen und physischen Gesundheit. Ausserdem beeinträchtigen sie den Therapieerfolg) oder bewirken gar, dass die Betroffenen die Behandlung abbrechen (Brenner, von Hippel, Kippax & Preacher, 2010, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Da alkoholabhängige Personen befürchten, im Spital Stigmatisierungen ausgesetzt zu werden, entscheiden sie sich oft gegen eine Behandlung (Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Laut Ronzani, Higgins-Biddle und Furtado (2009) werden die Stigmatisierungen schliesslich häufig zum schwerwiegenden Problem für die Betroffenen als die Erkrankung selbst. Die Auswirkungen, welche die stigmatisierenden Verhaltensweisen der Pflegefachpersonen auf die

alkoholabhängigen Patienten haben, verletzen zudem das ethische Prinzip „Gutes tun“ und beeinträchtigen daher die Pflegequalität massiv. Um eine gute und professionelle Pflegequalität zu gewährleisten, ist daher eine akzeptierende, nicht wertende Haltung für die Betreuung und Behandlung alkoholabhängiger Patienten essenziell (Sullivan, 1995, zit. nach Crothers & Dorrian, 2011). Der Erfahrungsbericht eines Mitglieds der Anonymen Alkoholiker* (AA) (2014) verdeutlicht die Problematik der Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals. Das Mitglied der AA berichtete, dass sie sich während ihrer Hospitalisierung vom Pflegefachpersonal nicht als Mensch anerkannt fühlte. Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung wurden über ihren Kopf hinweg getroffen. Die Pflegefachpersonen vermieden soziale Interaktionen mit der Betroffenen und betraten das Zimmer nur selten. Die Betroffene schilderte, dass sie aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes auf Hilfe angewiesen war, um zur Toilette zu gehen. Einmal, als sie die Glocke betätigte, um für den Toilettengang Hilfe anzufordern, liessen sie die Pflegefachpersonen so lange warten, dass sie gezwungen war, ihren Urin in einen Becher zu lösen. Zudem vernahm die Betroffene, wie das Pflegefachpersonal sich herablassend über sie äusserte.

Durch die Prävalenz der bestehenden Stigmata seitens des Pflegefachpersonals und durch den Erfahrungsbericht wird deutlich, dass Stigmatisierungen des Pflegefachpersonals eine aktuelle und gravierende Problematik im Spitalalltag darstellen. Die Auswirkungen auf die Betroffenen und die signifikante Beeinträchtigung der Pflegequalität zeigen deutlich, dass eine Reduktion der Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten notwendig ist.

1.4 Zielsetzung

Mit dieser Arbeit wird beabsichtigt, das Pflegefachpersonal für das Vorhandensein von Stigmata und stigmatisierenden Verhaltensweisen gegenüber alkoholabhängigen Patienten zu sensibilisieren. Die Arbeit soll das Pflegefachpersonal motivieren, sein eigenes Verhalten zu reflektieren, um eigene stigmatisierende Verhaltensweisen erkennen und verändern zu können. Empfehlungen für geeignete Massnahmen für die Praxis zur Reduktion der Stigmata und Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals sollen abgegeben werden.

1.5 Fragestellung

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit haben sich aufgrund der Problemstellung und der Zielsetzung auf folgende Fragestellung festgelegt:

Mit welchen Massnahmen lassen sich bestehende Stigmata und Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten im Akutspital vermindern?

1.6 Abgrenzungen

Nachfolgend werden Eingrenzungen dieser Arbeit bezüglich der Population und des Settings präzisiert.

1.6.1 *Abgrenzungen bezüglich der Population*

Die Arbeit befasst sich ausschliesslich mit alkoholabhängigen Patienten, welche aufgrund eines Entzugs, einer Intoxikation oder einer Komplikation, ausgelöst durch die Alkoholabhängigkeit, im Spital therapiert werden. In der Literatur wurden bisher nur Untersuchungen mit Patienten, die an einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit leiden, durchgeführt. Daher befasst sich die vorliegende Arbeit mit bereits diagnostizierten alkoholabhängigen Patienten. Den Autorinnen ist es jedoch ein Anliegen, hervorzuheben, dass auch Patienten ohne diagnostizierte Alkoholabhängigkeit von den Stigmata und stigmatisierenden Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals betroffen sein können.

In der Literatur wird meist nicht deklariert, ob sich die Abhängigkeit der Teilnehmenden ausschliesslich auf Alkohol beschränkt oder ob zusätzlich andere Abhängigkeiten bestehen. Deshalb wird in dieser Arbeit diesbezüglich keine Differenzierung gemacht. Ausgeschlossen werden jedoch Suchterkrankungen, die sich ausnahmslos auf andere Substanzen beschränken.

1.6.2 *Abgrenzungen bezüglich des Settings*

Als Setting wurden Pflegefachpersonen, die in einem Akutspital tätig sind, gewählt, da eine Untersuchung der Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2001, zit. nach Vadlamudi et al., 2008) ergab, dass 92 % der alkoholabhängigen Personen, die sich therapieren liessen, im Akutspital behandelt wurden. Nur acht Prozent suchten zur Therapie eine spezialisierte Institution auf.

In der vorliegenden Arbeit werden Pflegefachpersonen aus allen öffentlichen Spitälern einbezogen, da in der Literatur keine Differenzierung zwischen kantonalen oder regionalen Spitälern vorliegt.

2. Methode

In diesem Kapitel werden die Ein- und Ausschlusskriterien erläutert, welche für die Literatursauswahl festgelegt wurden. Zusätzlich wird das methodische Vorgehen der systematisierten Literaturrecherche beschrieben.

2.1 Vorgehen bei der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte in den pflegerelevanten Datenbanken Cinahl, Cochrane, PsycInfo und Medline. Weitere relevante Literatur wurde in den Referenzen der Studien eruiert. In den pflegerelevanten Datenbanken wurde mithilfe der Booleschen Operatoren AND und OR nach geeigneter Literatur gesucht. Als Limitierung wurden die englische Sprache, die Zeitspanne von 2000 bis 2014 und das Vorhandensein eines Abstracts festgelegt.

Zusätzlich wurden Experten aus Entzugskliniken und die AA kontaktiert, um Erfahrungsberichte zu erhalten. Für die Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds wurde via Nebis in den verschiedenen Hochschulbibliotheken sowie in der Zentralbibliothek nach geeigneter Fachliteratur und geeigneten Fachzeitschriften gesucht. Für gewisse Definitionen wurden zusätzlich Internetquellen verwendet.

Tabelle 1. Keywords der Literaturrecherche

| Deutsch | Englisch |
|---------------------|--|
| Stigma | morale, behaviour, attitude(s), prejudice, approach, stigma, discrimination, stereotypes |
| Alkoholabhängigkeit | alcohol abuse, alcohol addiction, alcohol dependency/dependence, alcoholism, alcoholics |
| Antistigma | anti-stigma, remove, correct, neutralize, erase, change |
| Pflegefachpersonal | nurse, care-giver |
| Akutspital | acute care, hospital, infirmary, inpatient, general hospital |
| Mesh-Begriffe | nurse, stigma, alcoholism |

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In die vorliegende Arbeit wurden nur Studien der letzten zehn Jahre in englischer Sprache miteinbezogen. Um die Ergebnisse auf die Schweiz übertragen zu können, wurden ausschliesslich Studien aus industrialisierten Gebieten mit einem vergleichbaren medizinischen Versorgungssystem wie demjenigen der Schweiz berücksichtigt. Zudem wurden nur Studien eingeschlossen, welche das Ziel hatten, die Wirksamkeit von Antistigma-Programmen zu erforschen. Da sich nur quantitative Studiendesigns dafür eignen, wurden ausnahmslos quantitative Studien integriert. Als weiteres Einschlusskriterium galt, dass die Population aus alkoholabhängigen oder psychisch erkrankten Personen bestehen musste. Studien, die sich mit der Stigmareduktion gegenüber psychisch erkrankten Individuen befassten, wurden eingeschlossen, da zu wenig spezifische Literatur zur Reduktion der Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Personen existiert. Zudem wird die Alkoholabhängigkeit in der Literatur den psychischen Erkrankungen zugeordnet (Schomerus et al., 2011). Da die Wirksamkeit von Antistigma-Programmen nur selten beim Pflegefachpersonal untersucht wurde, mussten auch Studien miteinbezogen werden, welche die Wirksamkeit dieser Programme bei Studenten und Personen aus der allgemeinen Bevölkerung erforschten.

2.3 Beurteilung der integrierten Studien

Insgesamt gab es 135 Treffer, davon wurden 67 Abstracts gelesen. Aufgrund der Inhalts- und Zielangaben der Studien wurde die Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit geprüft. Schliesslich wurden sechzehn quantitative Studien und fünf Reviews, die sämtliche Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, gelesen. Fünf quantitative Studien und drei Reviews wurden letztlich in den Ergebnisteil der Bachelorarbeit aufgenommen. Der detaillierte Suchverlauf ist im Anhang B aufgeführt. Die quantitativen Studien wurden anhand des Formulars von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) kritisch beurteilt und einem Evidenzlevel nach Madjar und Walton (2001) zugeordnet. Die drei Reviews wurden anhand des Formulars von Public Health Resource Unit (2006) beurteilt und ebenfalls einem Evidenzlevel nach Madjar und Walton (2001) zugeteilt. Die ausführliche Beurteilung der Studien und Reviews sowie die Zuweisung der Evidenzlevel ist im Anhang C und D ersichtlich.

3. Alkoholabhängigkeit

Im nachstehenden Kapitel wird die Alkoholabhängigkeit definiert. Die Toleranzentwicklung, die psychische Abhängigkeit und die Entzugerscheinungen sind drei wichtige Komponenten dieses Krankheitsbildes und werden deshalb genauer erläutert. Die Informationen dazu sind essenziell, um einige Aspekte des nachfolgend beschriebenen Suchtverhaltens verstehen zu können. Ihre Kenntnis fördert die Empathie und ermöglicht es, eine wertneutrale Haltung gegenüber alkoholabhängigen Patienten zu entwickeln (Dains, 1981).

Zusätzlich wird anhand eines Behandlungskonzepts der Alkoholabhängigkeit aufgezeigt, welche Rolle Pflegefachpersonen im Behandlungsverlauf einnehmen und welche Verantwortung sie dabei tragen.

3.1 Definition der Alkoholabhängigkeit

Gemäss dem ICD-10 (zit. nach Schwoon, 2005) wird die Alkoholabhängigkeit über folgende Symptome definiert: (1) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu trinken, (2) Verminderung der Fähigkeit, das Trinken zu kontrollieren, (3) ein charakteristisches Alkoholentzugssyndrom bzw. Alkoholkonsum zur Vermeidung oder Milderung von Entzugssymptomen, (4) Toleranzentwicklung, (5) zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, (6) anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen.

Treten drei dieser Symptome innerhalb eines Jahres während eines Monats kombiniert auf, wird die Diagnose Alkoholabhängigkeit gestellt.

3.1.1 Toleranzentwicklung

Die Toleranzentwicklung ist eine der wichtigsten neurologischen Veränderungen, die durch den kontinuierlichen Alkoholkonsum ausgelöst wird. Sie wird durch drei verschiedene körpereigene Mechanismen verursacht. Durch den regelmässigen, langfristigen Alkoholkonsum werden die hemmenden Gamma-Amino-Buttersäure Rezeptoren* kontinuierlich stimuliert und dadurch zunehmend unempfindlich. Dies führt schliesslich zum Abbau dieser Rezeptoren. Kompensierend werden vermehrt aktivierende Rezeptoren gebildet. Die körpereigene Regulation der hemmenden und aktivierenden Rezeptoren wird daher ins Ungleichgewicht gebracht. Um das Gleichge-

wicht wieder herzustellen, wird Alkohol benötigt. Wird dieses Gleichgewicht nicht durch die Substitution von Alkohol erreicht, kommt es zu Entzugserscheinungen. Weiter bildet der Körper eine höhere Anzahl Enzyme, die den Alkohol im Körper schneller abbauen. Der dritte Mechanismus besteht in der beschleunigten Ausscheidung des Alkohols. All diese Mechanismen haben zur Folge, dass die Alkoholfuhr stetig gesteigert werden muss, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Dieses Phänomen wird als Toleranzentwicklung bezeichnet (Loth, Rutten, Huson-Anbeek, & Linde, 2002).

3.1.2 *Entzugserscheinungen*

Entzugserscheinungen entstehen, wenn das Ungleichgewicht der hemmenden und aktivierenden Rezeptoren nicht mehr durch die Alkoholsubstitution ausgeglichen wird. Unter anderem treten Hypertonie, Tachykardie, psychische Probleme wie z. B. Psychosen, Halluzinationen und Depressionen auf. Weiter können Tremor, Nausea, Vomitus, Diarrhoe, Insomnia, Schwitzen, Krampfanfälle, Orientierungslosigkeit und Gedächtnisstörungen auftreten (Loth et al., 2002).

3.1.3 *Psychische Abhängigkeit*

Die psychische Abhängigkeit entsteht durch Lern- und Konditionierungsprozesse, die sich zu einem Suchtgedächtnis entwickeln. Gerüche, ein Anblick oder bestimmte suchtmittelbezogene Erfahrungen oder Stimmungen können das Suchtgedächtnis aktivieren und lösen dadurch ein unkontrollierbares Verlangen nach Alkohol aus. Auch nach langer Abstinenz können die oben genannten Stimuli* das Suchtgedächtnis erneut aktivieren (Richter, Rommelspacher, & Spies, 2002). Das starke Verlangen, erneut Alkohol zu konsumieren, dient dazu, einen Rauschzustand zu erreichen. Dieser löst Glücksgefühle aus und kann kurzfristig Spannungen und Depressionen überdecken. Häufig dient die Rauschwirkung dem Vergessen und Umgehen von Problemen, Depressionen und Konflikten. Das Verlangen nach erneutem Alkoholkonsum gilt demnach weniger dem Alkohol selbst, sondern vielmehr den psychischen Auswirkungen des Rausches (Loth et al., 2002).

3.2 Suchtverhalten

Das Suchtverhalten von alkoholabhängigen Patienten weist typische Verhaltensmuster auf. Diese Verhaltensmuster werden in Unterkapitel eingeteilt, die nachfolgend beschrieben werden. Dennoch sollte beachtet werden, dass die Ausprägung dieser Verhaltensmuster divergieren kann (Loth et al., 2002).

3.2.1 *Heimlicher Drogenkonsum und Manipulation*

Die allgemeine negative Haltung gegenüber alkoholabhängigen Personen in der Gesellschaft fördert den heimlichen Alkoholkonsum. Die Betroffenen kennen durch ihre jahrelange Erfahrung viele Strategien, den Alkohol zu verstecken und heimlich zu konsumieren. Selbst erfahrenen Fachpersonen fällt es daher schwer, den versteckten Konsum zu entdecken (Loth et al., 2002).

3.2.2 *Rationalisierung und Leugnen*

Alkoholabhängige Personen neigen dazu, aus Angst vor der Wirklichkeit ihre Abhängigkeit zu rationalisieren und zu beschönigen, um dadurch ihre Selbstachtung zu bewahren. Häufig leugnen sie ihre Sucht oder versuchen sie herunterzuspielen. Bei konfrontierenden Fragen weichen sie gezielt aus (Loth et al., 2002).

3.2.3 *Grenzenloses Verhalten*

Das grenzenlose Verhalten zeigt sich oft in einem unersättlichen Konsumverhalten, das für Aussenstehende an Besessenheit erinnert. Beispielsweise essen alkoholabhängige Personen pausen- und grenzenlos ohne ersichtlichen Genuss. Bei der Beschaffung von Konsumgütern sind sie sehr beharrlich und provozieren dadurch häufig Ärger (Loth et al., 2002).

3.2.4 *Negatives Selbstbild*

Alkoholabhängige Personen sind meist von einem negativen Selbstbild geprägt, das nach aussen schwer ersichtlich ist. Meist fällt dies jedoch durch negative Äusserungen über sich selbst im nüchternen Zustand auf. Das negative Selbstbild führt oft zu paradoxen Verhaltensweisen, die wiederum negative Reaktionen des Umfelds hervorrufen. Durch die Angst, Fehler zu begehen, verhalten sich alkoholabhängige Personen beispielsweise oft unbeherrscht und nervös. Dieses Verhalten hat jedoch häufig zur Folge, dass sie genau die Fehler begehen, die sie zu vermeiden versuchten.

Durch die häufige Zurückweisung der Mitmenschen glauben sie zudem nicht mehr an die Loyalität anderer. Deshalb testen sie die Loyalität durch störende Verhaltensweisen aus. Die darauffolgenden negativen und zurückweisenden Reaktionen anderer bestätigen die alkoholabhängigen Personen erneut in ihrem negativen Selbstbild. Dadurch entsteht ein Teufelskreis (Loth et al., 2002).

3.2.5 *Drop-out*

Von einem Drop-out wird gesprochen, wenn alkoholabhängige Patienten die Behandlung abbrechen, da das Verlangen nach Alkohol überwiegt. Dieses Verlangen wird meist durch die psychische Abhängigkeit ausgelöst und ist nicht kontrollierbar. Da die Betroffenen in dieser Situation die klar vorgegebene Vorschrift des Akutspitals, keinen Alkohol zu konsumieren, nicht einhalten können, brechen sie die Behandlung ab (Loth et al., 2002).

3.2.6 *Rückfälle*

Rückfälle werden vorwiegend durch die psychische Abhängigkeit ausgelöst. Da sich eine schwere Alkoholabhängigkeit über Jahre hinweg entwickelt, beansprucht auch die Überwindung der psychischen Abhängigkeit eine geraume Zeit. Rückfälle gehören deshalb zur Normalität im Therapieprozess (Loth et al., 2002).

3.3 *Behandlung der Alkoholabhängigkeit*

Es existiert eine Vielzahl verschiedener Behandlungskonzepte. Diese weisen jedoch bestimmte Gemeinsamkeiten wie die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Motivierung, die Behandlung abzuschliessen auf. Die Therapie wird anhand des Behandlungskonzeptes des Anton Proksch Institutes erläutert, das vier Stufen beinhaltet. Das Anton Proksch Institut ist die grösste Suchtklinik Europas und hat bereits viel Forschung zum Thema Alkoholabhängigkeit betrieben (Anton Proksch Institut, 2014). Die erste Stufe dauert fünf Tage und dient der Entgiftung und der Behandlung von Entzugssymptomen. Hierfür ist die Sicherstellung der Abstinenz zwingend (Hertling et al., 2001). Um diese sicherzustellen, ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegefachperson essenziell. Die vertrauensvolle Beziehung beruht auf der Aufrichtigkeit des Pflegefachpersonals und der alkoholabhängigen Patienten. Dies setzt voraus, dass die Pflegefachperson ihre stigmatisierende Ein-

stellung gegenüber alkoholabhängigen Patienten kennt und kontrollieren kann (Dains, 1981). Der Patient sollte seinerseits manipulierendes Verhalten vermeiden und auf heimlichen Alkoholkonsum verzichten (Loth et al., 2002).

In der zweiten Stufe werden die Motivation und das Selbstwertgefühl der Patienten gestärkt und Probleme, die sich dem Patienten stellen, erfasst. Diese Phase dauert von Tag fünf bis Tag fünfzehn (Hertling et al., 2001). Um das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu stärken und ihn zum Durchhalten der Behandlung zu motivieren, ist eine nicht wertende Haltung des Pflegefachpersonals grundlegend (Dains, 1981). Die dritte und die vierte Stufe der Behandlung finden nicht mehr im Akutspital statt, setzen aber voraus, dass die ersten beiden Stufen erfolgreich abgeschlossen wurden. Die dritte Stufe erstreckt sich von Tag fünfzehn bis Tag 25. Hier steht im Vordergrund, den Patienten zur Partizipation an Alltagsaktivitäten zu motivieren. Zudem werden Therapieziele gemeinsam mit der alkoholabhängigen Person formuliert. Die vierte und letzte Stufe beinhaltet die Planung der ambulanten Langzeitbehandlung, die ein bis zwei Jahre fortgesetzt wird. In der Langzeitbehandlung werden, falls nötig, unterstützende Psychopharmaka eingesetzt und Selbsthilfegruppen wie beispielsweise die AA vermittelt (Hertling et al., 2001).

4. Stigma

In diesem Kapitel werden der Begriff und das Konzept Stigma definiert und Abgrenzungen zu anderen Begrifflichkeiten, die in der Literatur verwendet werden, beschrieben. Es ist relevant, die Entstehungsmechanismen, die verschiedenen Funktionen und die Folgen von Stigmata und stigmatisierenden Verhaltensweisen zu kennen, um eigene derartige Verhaltensweisen reflektieren zu können, und um zu verstehen, in welchem Ausmass diese alkoholabhängige Patienten verletzen und entwürdigen (Dains, 1981). Auch werden Strategien beschrieben, wie Betroffene mit den Stigmata und Stigmatisierungen umgehen. Diese Strategien wiederum zeigen Gemeinsamkeiten mit dem Suchtverhalten, das im Kapitel 3.2 beschrieben wurde.

4.1 Definition

Goffman (1975), einer der bekanntesten Stigmatheoretiker, definierte den Begriff Stigma vor Jahren als ein Attribut, das eine Person mit einem unerwünschten, diskreditierenden Stereotyp verbindet. Unter Diskreditierung wird die Abwertung oder

Entwürdigung einer Person oder einer Eigenschaft verstanden. Die Stereotypen werden mit weiteren negativen Eigenschaften assoziiert. Dies verleitet dazu, die betroffene Person auf das diskreditierende Attribut zu reduzieren. Hohmeier (1975, zit. nach Nüesch, 2002) unterscheidet zusätzlich die Begriffe Stigma und Stigmatisierung. Stigma bezieht sich ausschliesslich auf die persönliche Haltung. Der Begriff Stigmatisierung hingegen beschreibt verbales oder nonverbales Verhalten (Cloerkes, 1997, zit. nach Nüesch, 2002).

Corrigan (2000, zit. nach Rüscher et al., 2005) entwarf ein neueres Konzept, welches die verschiedenen Elemente von Stigma beschreibt und verbindet. Die drei Komponenten seines Konzepts sind Stereotypen, Vorurteile und diskriminierendes Verhalten. Stereotypen sind Annahmen über Eigenschaften einer bestimmten Gruppe, welche in der Gesellschaft allgemein bekannt sind. Diese Stereotypen dienen dazu, sich rasch einen Eindruck von einer Person zu verschaffen und diese einer bestimmten Kategorie zuordnen zu können. Stereotypen sind zwar allgemein bekannt, was jedoch nicht bedeutet, dass jedermann mit ihnen einverstanden ist. Von Vorurteilen wird gesprochen, wenn diesen Stereotypen zugestimmt wird und negative Emotionen damit verbunden werden. Diese negativen Emotionen können zu diskriminierenden Verhaltensweisen führen. Wenn diese drei Komponenten vorliegen, wird vom Konzept Stigma gesprochen.

In der vorliegenden Arbeit wird unter dem Begriff Stigma die konzeptuelle Definition von Corrigan (2000, zit. nach Rüscher et al., 2005) verstanden. Der Begriff Stigmatisierung nach der Definition von Cloerkes (1997, zit. nach Nüesch, 2002) wird ebenfalls verwendet, um hervorheben zu können, wann gezielt diskriminierende Verhaltensweisen gemeint sind.

4.2 Entstehung und Funktionen von Stigmata

Stigmata entstehen aus unterschiedlichen Gründen und können verschiedene Funktionen erfüllen. Laut Nüesch (2002) hat der Mensch das Bedürfnis, den Charakter seines Gegenübers einzuschätzen. Eine effektive Variante, das Gegenüber rasch einzuschätzen, ist die Zuweisung von Stigmata. Demnach übernehmen die Stigmata in diesem Prozess eine Orientierungsfunktion und können damit Unsicherheiten in sozialen Interaktionen verringern. Die Stigmata dienen jedoch auch der eigenen Entlastung durch Projektionen. Menschen projizieren zum Beispiel häufig ihre Aggres-

sionen oder ihre nicht ausgelebten Wünsche und Triebe zur eigenen Entlastung auf diskreditierte Individuen. Eine Ursache für die Entstehung von Stigmata sieht Falk (2001) im Wunsch des Menschen nach sozialem Zusammenhalt innerhalb einer Gruppe. Dieser Zusammenhalt wird durch die Stigmatisierung anderer Personen gefördert. Daher werden Zuschreibungen von Stigmata gezielt eingesetzt, um die Gruppenzugehörigkeit und die Gruppensolidarität zu fördern.

Gemäss Goffman (1975) wird die Entstehung von Stigmata zusätzlich durch gesellschaftliche Standards und Ideale gefördert. Anhand dieser Standards und Ideale werden Mitmenschen einer bestimmten Kategorie zugewiesen. Menschen mit einer physischen oder geistigen Beeinträchtigung werden beispielsweise der Kategorie „Behinderte“ zugeordnet. Für bestimmte Kategorien werden dann spezialisierte Institutionen geschaffen, wie Behindertenheime für Behinderte oder psychiatrische Kliniken für psychisch Kranke. Die klare Trennung zwischen den verschiedenen Kategorien und den als „normal“ geltenden Personen wird dadurch verstärkt und fördert die Entstehung der Stigmata (Käppeli, 2000). Diese gesellschaftlichen Standards und Ideale führen ausserdem zu Erwartungshaltungen, wie das Gegenüber sein sollte. Die schweizerische Gesellschaft stellt beispielsweise hohe Erwartungen an die beruflichen Leistungen sowie an das persönliche Erscheinungsbild und legt grossen Wert auf angepasstes, höfliches Verhalten. Viele Individuen sind jedoch nicht in der Lage, diese hohen Erwartungen zu erfüllen. Da sie somit nicht den gesellschaftlichen Standards entsprechen und viele Mitmenschen nicht fähig sind, mit dieser Andersartigkeit umzugehen, kommt es oft zu Stigmatisierungen (Goffman, 1975). Dieses Phänomen zeigt sich bei alkoholabhängigen Individuen sehr deutlich: Ein Grossteil der alkoholabhängigen Personen ist arbeitslos (Falk, 2001), hat eine mangelnde Körperhygiene und fällt durch beharrliches und provozierendes Verhalten auf (Loth et al., 2002). Diese Merkmale entsprechen nicht den Erwartungen der schweizerischen Gesellschaft und können dadurch Ängste auslösen. Diese Angst vor der Andersartigkeit löst Stigmatisierungen aus und führt dazu, dass bereits bestehende Stigmatisierungen aufrechterhalten werden (Hohmeier, 1975, zit. nach Nüesch, 2002).

4.3 Formen von Stigmata

Goffman (1975) unterscheidet drei verschiedene Formen von Stigmata: physische Deformitäten, individuelle Charakterfehler und stammesgeschichtliche Stigmata. Die

Alkoholabhängigkeit ordnet er der Gruppe der individuellen Charakterfehler zu, die mit Willensschwäche, beherrschender Leidenschaft, starren Meinungen und Unehrenhaftigkeit in Verbindung gebracht wird.

Eine weitere wichtige Differenzierung macht Goffman zwischen diskreditierten und diskreditierbaren Individuen. Diskreditierte Individuen gehen davon aus, dass ihre Andersartigkeit allen bekannt ist. Ein Beispiel dafür sind Personen mit jederzeit sichtbaren physischen Deformitäten. Bei diskreditierbaren Individuen ist das diskreditierbare Attribut nicht offen erkennbar. Meist sind es Eigenschaften oder Verhaltensweisen, die zu einer Diskreditierung führen, wenn sie bekannt werden. Alkoholabhängige Personen werden der Gruppe der diskreditierbaren Individuen zugeordnet, da die Alkoholabhängigkeit gegen aussen häufig nicht erkennbar ist. Diese Differenzierung ist essenziell, da diskreditierbare und diskreditierte Individuen unterschiedlich mit den Stigmata umgehen (Goffman, 1975). Die Umgangsstrategien von alkoholabhängigen Personen mit ihren Stigmata werden im Kapitel 4.6 erläutert.

Weiter können Stigmatisierungen auf drei unterschiedlichen Ebenen zum Ausdruck kommen: Ebene der gesellschaftlichen Stigmatisierungen, der strukturellen Stigmatisierungen und der Selbststigmatisierungen. Von Stigmatisierungen auf gesellschaftlicher Ebene wird gesprochen, wenn die Stigmatisierungen durch Einzelpersonen oder Gruppen ausgeübt werden. Dabei werden Personen, deren diskreditierbares Attribut bekannt ist durch gezielte Verhaltensweisen wie Meiden, Lästern oder Anstarren diskriminiert. Von Stigmatisierungen auf struktureller Ebene wird gesprochen, wenn in Institutionen Regeln und Strukturen geschaffen werden, welche die Rechte und Möglichkeiten von stigmatisierten Personen einschränken. Die leitenden Führungskräfte, die diese Regeln und Abläufe festlegen, sind jedoch durch die gesellschaftlichen Stigmatisierungen geprägt, da sie Teil der allgemeinen Bevölkerung sind. Ihre Machtposition verleiht ihnen aber die Möglichkeit, die gesellschaftlichen Stigmatisierungen auf struktureller Ebene auszuüben. Daher stellt die Ebene der strukturellen Stigmatisierungen eine Untergruppe der gesellschaftlichen Stigmatisierungen dar. Die stigmatisierenden Verhaltensweisen der Gesellschaft und benachteiligende Strukturen von Institutionen können bei den Betroffenen eine Selbststigmatisierung auslösen. Diese zeigt sich durch negative Gefühle der eigenen Person gegenüber und führt zunehmend zu einem stark negativen Selbstbild. Dadurch kommt es zum Verlust der bisher gelebten Identität. Die Selbststigmatisierung wider-

spiegelt sich im Aspekt „negatives Selbstbild“ des Suchtverhaltens von alkoholabhängigen Personen. Die Selbststigmatisierung führt zu einer grundlegenden Unsicherheit, welche sich häufig durch unangepasstes Verhalten anderen Menschen gegenüber äussert. Durch diese unangepassten Verhaltensweisen werden die gesellschaftlichen Stigmatisierungen bestätigt oder nehmen sogar noch zu. Aufgrund der Verstärkung der gesellschaftlichen Stigmatisierungen nehmen auch die strukturellen Stigmatisierungen zu. Dies wiederum verschärft die Selbststigmatisierung der Betroffenen, ein Teufelskreis entsteht. (Livingston, Milne, Fang & Amari, 2012; Rüscher et al., 2005).

Um zu verdeutlichen, wie die verschiedenen Ebenen miteinander korrelieren und sich gegenseitig beeinflussen, erstellten die Autorinnen der vorliegenden Arbeit die nachfolgende Grafik.

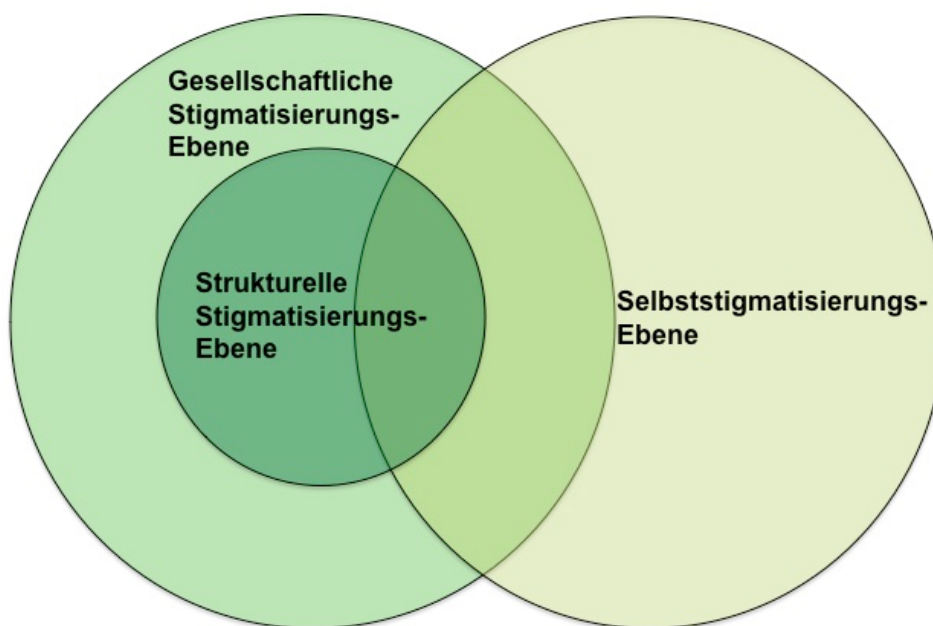


Abbildung 1: Überschneidungen der Stigmatisierungsebenen (Menard, T. & von Arx, G., 2014)

Anhand des nachfolgenden Beispiels wird das Zusammenspiel der verschiedenen Stigmatisierungsebenen veranschaulicht und verdeutlicht:

Der Firmenchef eines Reisebüros hat kürzlich eine Dokumentation über alkoholabhängige Personen gesehen, in welcher Indizien vorgestellt werden, anhand derer

alkoholabhängige Personen erkannt werden können. Am darauf folgenden Tag bemerkt er, dass einer seiner guten Mitarbeiter feine Venenabzeichnungen im Gesicht hat und aussergewöhnlich häufig die Toilette aufsucht. Der Firmenchef bringt diese Merkmale sofort mit der Dokumentation über alkoholabhängige Personen in Verbindung. Er zitiert den Mitarbeiter kurzerhand ins Büro und kündigt ihm fristlos. Der Firmenchef übt durch die Kündigung eine strukturelle Stigmatisierung aus. Der Mitarbeiter ist verzweifelt und kann nicht nachvollziehen, wie der Firmenchef seine Alkoholabhängigkeit entdeckt haben könnte. Trotz seiner Abhängigkeit hat er seine Arbeit zuverlässig erledigt und jeweils gute Rückmeldungen erhalten. Durch die Kündigung ist seine Existenz gefährdet. Er macht sich grosse Vorwürfe und fühlt sich wertlos. In der Verzweiflung greift er erneut zur Flasche und betrinkt sich besinnungslos. Diese negativen Gedanken und das Verhalten des Mitarbeiters sind ein Ausdruck seiner Selbststigmatisierung. Später wird er bewusstlos ins Spital eingeliefert. Als er aufwacht, wird er Zeuge eines Gesprächs zwischen einer Pflegefachperson und einem Arzt. Die Pflegefachperson schlägt vor, den alkoholisierten Patienten nach Hause zu entlassen, sobald er aufwacht: „Eine Therapie ist bei Alkis sowieso sinnlos. Sobald sie draussen sind, beginnen sie wieder zu trinken.“ Diese Äusserung stellt eine Stigmatisierung auf der gesellschaftlichen Ebene dar. Die Aussage der Pflegefachperson löst bei dem Betroffenen Wut, Scham und Verzweiflung aus. Als die Pflegefachperson zu seinem Bett kommt, um ihn zu begrüßen, schlägt er aus Wut ihre Hand weg und wird verbal ausfällig.

Die Pflegefachperson fühlt sich durch diese Reaktion in ihrer Einstellung erst recht bestätigt und berichtet ihren Arbeitskollegen umgehend von dem Vorfall.

4.4 Folgen stigmatisierender Verhaltensweisen

Eine zentrale Folge von Stigmatisierungen für Betroffene ist, nicht als gesellschaftlicher Partner anerkannt und akzeptiert zu werden. Dadurch begreift die stigmatisierte Person ihr Attribut als verwerflich und empfindet Schamgefühle. Meist möchten die Betroffenen daher dieses Attribut loswerden (Goffman, 1975). Stigmatisierungen können auch zur Einbusse der bisher ausgeübten Rolle führen und verunmöglichen, dass diese weiterhin ausgeübt werden kann. Dies beeinträchtigt die gesellschaftliche und soziale Partizipation der Betroffenen (Käppeli, 2000). Negative Erfahrungen in der sozialen Interaktion können bei stigmatisierten Personen zu Beeinträchtigungen

des Selbstwertgefühls, des Selbstvertrauens und der Selbstsicherheit und somit eine Selbststigmatisierung bewirken. Diese Minderwertigkeitsgefühle können wiederum grosse Ängste und Eifersucht auslösen. Die stigmatisierte Person entwickelt dadurch eine grundlegende Unsicherheit im Kontakt mit Mitmenschen und befürchtet, nicht akzeptiert zu werden. Dies führt häufig zur sozialen Isolation und erhöht die Krankheitsanfälligkeit und die Suizidgefährdung der Betroffenen (Käppeli, 2000). Goffman (1975) fasst dies wie folgt zusammen: „[...] üben wir eine Vielzahl von Diskriminationen aus, durch die wir ihre Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos reduzieren.“

Bei den Mitmenschen löst die allgemeine Annahme, alkoholabhängige Individuen seien aggressiv und impulsiv, Ängste vor Übergriffen aus. Dies führt zum Rückzug der Mitmenschen. Die soziale Isolation der alkoholabhängigen Personen wird durch diesen Rückzug noch verstärkt (Falk, 2001). Der Ausschluss aus der „normalen“ Gesellschaft hat zur Folge, dass diskreditierte und diskreditierbare Personen vermehrt den Kontakt zu Personen suchen, die dasselbe Stigma teilen. In der Gesellschaft dieser finden sie einen Ort der Zuflucht, wo sie moralische Unterstützung erfahren und sich akzeptiert und entspannt fühlen. In diesen Gemeinschaften steht jedoch der ständige Austausch der verschiedenen Leidensgeschichten im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Stigma im Vordergrund. Dadurch fokussieren sie sich ebenso wie die stigmatisierenden Personen auf ihr diskreditierbares Attribut, einzig die Perspektive unterscheidet sich (Goffman, 1975).

4.5 Stigmata in der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten

Stigmata in der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten werden in zahlreichen Studien beschrieben. Die Alkoholabhängigkeit wird von der Gesellschaft häufig als Charakterschwäche und daher als selbst verschuldet erachtet (Falk, 2001). Laut Hughes (1989, zit. nach Chang & Yang, 2013) gaben verschiedene Pflegefachpersonen an, die Alkoholabhängigkeit sei ein Ausdruck von Willensschwäche und waren der Überzeugung, dass die Alkoholabhängigkeit nicht therapierbar sei. Selbst Goffman (1975), einer der bekanntesten Stigmaforscher, ordnete die Alkoholabhängigkeit der Gruppe der individuellen Charakterfehler zu. Ein Grossteil der bestehenden Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Personen wird jedoch durch diese Annahme verursacht (Falk, 2001). In etlichen Studien wird bestätigt, dass die Stigmatisierungen viel

ausgeprägter ausfallen, je stärker die Gesellschaft einer Krankheit Selbstverschuldung zuschreibt (Corrigan, 2005, zit. nach Ronzani et al., 2009). Pflegefachpersonen empfinden alkoholabhängige Patienten als aggressiv, unhöflich, gewalttätig und manipulativ, und erleben sie als unmotiviert und verantwortungslos. Diese Empfindungen könnten auf die Aspekte „heimlicher Drogenkonsum und Manipulation“, „Grenzenloses Verhalten“ und „negatives Selbstbild“ des Suchtverhaltens zurückzuführen sein (Loth et al., 2002). Das Pflegefachpersonal beschreibt die Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten daher als komplex, potenziell gefährlich und emotional herausfordernd. Zudem lösen die häufigen Rückfälle während des Therapieprozesses beim Pflegefachpersonal oft Frustration, Resignation und Hilflosigkeit aus (Ford, 2011, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Dies bestätigt die Aussage einer Pflegefachperson aus einer qualitativen Studie (Vargas & Luis, 2008):

Die alkoholabhängigen Patienten treten ins Spital ein und nutzen das Pflegefachpersonal aus, um an Medikamente zu gelangen. Sobald sich ihr gesundheitlicher Zustand stabilisiert hat, überqueren sie die nächste Strasse und begeben sich in eine Bar, um erneut Alkohol zu konsumieren. Dieser Vorgang wiederholt sich ständig. Daher ist die Arbeit mit diesen Patienten hoffnungslos. (S. 546)

4.6 Folgen der Stigmata bezüglich Alkoholabhängigkeit

Die Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Patienten führen beim Pflegefachpersonal zu Unwilligkeit und Unfähigkeit, den Patienten Empathie entgegenzubringen (McLaughlin, McKenna, Leslie, Moore & Robinson, 2006, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Zudem äussert das Pflegefachpersonal geringe Motivation, mit alkoholabhängigen Patienten zu arbeiten (Ford, Bammer & Becker, 2008, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Durch die geringe Motivation sinkt das Engagement des Pflegefachpersonals für die Betreuung von alkoholabhängigen Patienten. Dies zeigt sich durch verkürzte Pflegevisiten und eine oberflächliche, sachliche Kommunikation mit den betroffenen Patienten. Um einem persönlichen Kontakt mit dem alkoholabhängigen Patienten auszuweichen, vermeiden es Pflegefachpersonen oft, das Zimmer alleine zu betreten. Aufgrund der stigmatisierenden Einstellungen fällt es ihnen schwer, die alkoholabhängigen Patienten zur Partizipation an der Therapie zu motivieren. Die Motivierung der Patienten, die Therapie durchzustehen und die Stärkung des Selbst-

wertgefühls finden aufgrund der stigmatisierenden Einstellungen des Pflegefachpersonals nicht statt. Diese Faktoren beeinträchtigen die ersten beiden Schritte der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten, die im Kapitel 3.3 ausgeführt wird (Hertling et al., 2001). Insgesamt führt dies zu einer suboptimalen Pflegequalität, wodurch geringere Therapieerfolge erzielt werden (Peckover & Chidlaw, 2007, zit. nach Van Boekel et al., 2013). Die stigmatisierenden Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals wirken sich ausserdem negativ auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen aus. Die alkoholabhängigen Patienten übernehmen häufig die negative Haltung und Einstellung des Pflegefachpersonals und stigmatisieren sich zunehmend selbst. Als Folge dieser Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals brechen einige alkoholabhängige Patienten die stationäre Behandlung ab (Brener et al., 2010, zit. nach Van Boekel et al., 2013).

4.7 Strategien alkoholabhängiger Personen im Umgang mit Stigmata

Goffman (1975) beschreibt verschiedene Umgangsstrategien von diskreditierbaren Individuen mit ihren Stigmata. Eine Strategie, mit dem Stigma umzugehen, besteht darin, dass sich Betroffene ein kleines informiertes Umfeld schaffen. Dies bedeutet, dass die Betroffenen ihr diskreditierbares Attribut nur einer kleinen Personengruppe offenbaren. Die Zugehörigen dieser Gruppe entwickeln durch den kontinuierlichen Kontakt zu dem Betroffenen eine erhöhte Akzeptanz dem diskreditierbaren Attribut gegenüber. Die Stigmatisierungen des informierten Umfeldes sinken dadurch auf ein Minimum oder lösen sich vollständig auf. Ausserhalb dieses Personenkreises sind die Betroffenen jedoch weiterhin massiven Stigmatisierungen ausgesetzt.

Eine weitere häufig angewandte Umgangsstrategie der Betroffenen ist das „Täuschen“. Mittels Informationskontrolle wird das diskreditierbare Attribut gezielt vor bestimmten Personengruppen verheimlicht. Goffman (1975) beschreibt dies wie folgt: „Wegen der grossen Belohnungen, welche die Tatsache, als normal betrachtet zu werden, mit sich bringt, werden fast alle Personen, welche die Möglichkeit haben, zu täuschen, dies auch bei irgendeiner Gelegenheit absichtlich tun.“ Zeichen, die zu einer Enthüllung des diskreditierbaren Attributs führen könnten, werden deshalb bewusst versteckt und vermieden (Goffman, 1975). Diese Umgangsstrategie widerspiegelt sich im Aspekt „Leugnen“ des Suchtverhaltens von alkoholabhängigen Patienten (Loth et al., 2002). Eine weitere Form des Täuschens besteht darin, das dis-

kreditierbare Attribut nur einzelnen Bezugspersonen zu offenbaren, die bei Bedarf um Hilfe gebeten werden können. Das Täuschen führt jedoch häufig zu einem Doppelleben. Dies birgt die Schwierigkeit, stets wissen zu müssen, wer über das diskreditierbare Attribut informiert ist und wer nicht. Es besteht die ständige Gefahr, dass Unwissende über Dritte von diesem Attribut erfahren oder dieses entdecken. Um das diskreditierbare Attribut geheim zu halten, müssen sie nicht informierte Personen gezielt anlügen. Eine weitere Schwierigkeit des Täuschens für die Betroffenen besteht im Aufbau intimer Beziehungen, da in einer solchen Beziehung Geheimnisse und Mängel geteilt werden. Diese Erwartungen können sie jedoch nicht erfüllen. Daher fällt es diskreditierbaren Personen schwer, eine intime Beziehung aufzubauen.

5. Ergebnisse der integrierten Studien

In der integrierten Forschungsliteratur werden zwei Hauptstrategien zur Verminderung von Stigmata beschrieben: Kontaktinterventionen und Edukationsprogramme. Die Ergebnisse werden in diese beiden Hauptstrategien gegliedert. Jede Hauptstrategie beinhaltet zwei Unterkapitel: Reduktion der Stigmata / Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz. Die soziale Distanz ist die meist verwendete Messeinheit, um Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Personen zu erfassen und wird in den Studien jeweils separat erwähnt (Corrigan et al., 2001, zit. nach Reinke, Corrigan, Leonhard, Lundin, & Kubiak, 2004). Diese Messeinheit ermittelt, wie hoch die Bereitschaft der Teilnehmenden ist, mit psychisch erkrankten Personen zu interagieren (Bogardus, 1928, zit. nach Reinke et al., 2004). Als Referenz für die Ergebnisse, die aus integrierten Reviews stammen, werden jeweils nur die Verfasser der Review angegeben.

5.1 Edukationsprogramme

In der Literatur wurde der Einsatz von verschiedenen Edukationsprogrammen zur Reduktion von Stigmata untersucht und beschrieben. Das Ziel von Edukationsprogrammen besteht darin, Stigmata durch widerlegende Informationen zu mindern (Rüsch et al., 2005) und die negativ geprägten Mythen mit Hilfe von Fakten zu berichtigen (Reinke et al., 2004).

5.1.1 *Reduktion der Stigmata durch Edukationsprogramme*

In der Studie von Vadlamudi et al. (2008) wurde ein vierstündiges Edukationsprogramm für Pflegefachpersonen zur Verminderung von Stigmata und Stigmatisierungen gegenüber Personen mit einer Alkoholabhängigkeit getestet. Das Edukationsprogramm bestand aus einem didaktischen und einem praktischen Teil. Im didaktischen Teil wurde ein Referat anhand einer PowerPoint Präsentation über risikoreiches Trinkverhalten und über Alkoholabhängigkeit gehalten. Der praktische Teil bestand aus einem Rollenspiel. Dabei wurde eine Szene zwischen einer Pflegefachperson und einem alkoholabhängigen Patienten inszeniert. Alle Teilnehmenden spielten jeweils einmal die Rolle der Pflegefachperson, einmal die Rolle des alkoholabhängigen Patienten und einmal die Rolle eines Beobachters. Der Beobachter gab den Teilnehmenden in den anderen beiden Rollen jeweils ein Feedback. Nach diesem praktischen Teil der Intervention fand eine Diskussionsrunde im Plenum statt. Die Ergebnisse zeigten, dass durch diese Intervention eine statistisch signifikante Reduktion der Stigmata erreicht wurde und das Wissen der Teilnehmenden über die Alkoholabhängigkeit und deren Behandlung signifikant zunahm. Zusätzlich wurde das Selbstvertrauen der Teilnehmenden gestärkt, mit dieser Patientengruppe zu arbeiten ($p= 0.00$). Das Selbstvertrauen stieg jedoch nur bei Pflegefachpersonen signifikant an ($p= 0.00$), die wenig bis gar keine Erfahrungen im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten hatten. Bei den Pflegefachpersonen, die bereits langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten hatten, kam es zu keiner signifikanten Steigerung des Selbstvertrauens. Diese zeigten jedoch bereits zu Beginn der Studie mehr Sicherheit im Umgang mit dieser Patientengruppe (Vadlamudi et al., 2008).

Das Edukationsprogramm aus der Review von Corrigan (2004) fokussierte sich auf das Ersetzen von Mythen über psychische Erkrankungen durch realitätsgetreue Fakten. Hierbei wurde eine signifikante Abnahme der Stigmata erzielt.

In der Review von Yamaguchi et al. (2013) wurde nach dem Lesen von Fachliteratur über psychische Erkrankungen und einem Rollenspiel bei Personen aus der Bevölkerung eine signifikante Reduktion der Stigmata und des Bedürfnisses nach sozialer Distanz festgestellt.

Die Studie von Boysen und Gabreski (2012) setzte drei unterschiedliche Informationen bezüglich der Entstehung von psychischen Erkrankungen zur Stigmareduktion

ein und untersuchte und verglich deren Effekt anhand von zwei Teilstudien. Zu Beginn der Untersuchung wurden die Teilnehmenden in zwei Gruppen aufgeteilt. Diese zwei Gruppen erhielten unterschiedliche Berichte, welche die Symptome und das Verhalten einer an Schizophrenie erkrankten Person beschrieben. Eine Gruppe erhielt einen Bericht, der schilderte, dass sich die an Schizophrenie erkrankte Person gewalttätig verhielt. Der anderen Gruppe wurde ein Bericht abgegeben, der das Verhalten der an Schizophrenie erkrankten Person als harmlos beschrieb. Die beiden so entstandenen Gruppen wurden erneut in je drei Untergruppen aufgeteilt, die drei verschiedene ätiologische Informationen zur Erkrankung erhielten. Die biologische Information vermittelte, dass der Erkrankung genetische oder körperliche Defekte zugrunde liegen. Die umweltbezogene Information erklärte, dass psychologische Stressoren und Umweltfaktoren, wie die Nachbarschaft, die Kultur oder die Beziehungen der Person die Ursache für die Erkrankung sind. Die kombinierte Information enthielt sowohl Angaben zu umweltbezogenen als auch biologischen Ursachen der Krankheitsentstehung. In den Ergebnissen dieser Studie wurde festgestellt, dass die Informationen, die zur Ätiologie der Erkrankung abgegeben wurden, die Teilnehmenden bezüglich ihrer Annahmen zur Ätiologie beeinflussten. Die Gruppe, welche die biologische Information erhielt, glaubte danach, dass die Krankheit durch biologische Ursachen ausgelöst wird. Die umweltbezogene Information bewirkte, dass die Teilnehmenden den umweltbezogenen Ursachen mehr Glauben schenkten, und die kombinierte Information verstärkte den Glauben an beide Ursachen. Bei den Teilnehmenden, die den Bericht über gewalttätiges Verhalten gelesen hatten, führten alle drei Informationen bezüglich der Ätiologie der Erkrankung zu einer Reduktion der Stigmata: biologische Information ($p < 0.001$), umweltbezogene Information ($p < 0.001$), kombinierte Information ($p < 0.001$). Bei den Teilnehmenden, die den Bericht über das harmlose Verhalten lasen, führte ausschliesslich die umweltbezogene Information zu einer signifikanten Stigmareduktion ($p < 0.002$). Die Stigmata gegenüber Personen mit einer Schizophrenie waren jedoch in der Gruppe, die den Bericht über gewalttätiges Verhalten gelesen hatte, sowohl vor der Intervention als auch nach der Intervention höher als die Stigmata der Vergleichsgruppe, die den Bericht über das harmlose Verhalten erhielt.

In der zweiten Teilstudie von Boysen und Gabreski (2012) wurde dasselbe Verfahren angewandt. Allerdings wurden Berichte über zwei weniger bekannte Krankheitsbilder

als die Schizophrenie verwendet. Zusätzlich wurde ein Messverfahren eingesetzt, das die spezifischen Aspekte des Verhaltens und der Empfindungen von stigmatisierenden Personen (wie Wut, Schuldzuweisung, Zwang, soziale Distanz, Angst und Hilfsbereitschaft) erfasst. Dadurch konnte eruiert werden, welche Aspekte durch die verschiedenen ätiologischen Informationen beeinflusst werden. Die biologische Information reduzierte die Annahme, die Krankheit sei selbst verschuldet im Vergleich zu den anderen beiden Informationen signifikant ($p < 0.001$). Ebenfalls zeigten die Teilnehmenden, welche die biologische Information erhielten, signifikant mehr Mitgefühl den erkrankten Personen gegenüber. Jedoch nahm die Überzeugung, die Krankheit sei unheilbar, durch die biologische Information signifikant zu ($p < 0.014$) und verstärkte abgrenzende, schubladisierende Denkweisen ($p < 0.023$). Diese Denkweisen korrelierten mit einem verstärkten Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber den erkrankten Personen und mit einer reduzierten Bereitschaft, diesen zu helfen. Ausserdem stimmten die Teilnehmenden den Zwangsmassnahmen für Betroffene vermehrt zu.

5.1.2 Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz

Die Studie von Corrigan, Watson, Warpinski und Gracia (2004) untersuchte ein Edukationsprogramm, in dem sieben Mythen über psychische Erkrankungen durch Fakten widerlegt wurden. Dieses Edukationsprogramm reduzierte bei den Teilnehmenden das Bedürfnis nach sozialer Distanz zu psychisch erkrankten Personen signifikant ($p < 0.05$). Diese Gruppe zeigte ebenfalls eine wesentlich erhöhte Bereitschaft, Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu helfen ($p < 0.01$). In der Vergleichsgruppe, die ein Edukationsprogramm über den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt erhielt, wurde das Bedürfnis nach sozialer Distanz von psychisch erkrankten Personen hingegen signifikant verstärkt ($p < 0.05$). Weiter nahm die Angst vor psychisch erkrankten Personen bei den Teilnehmenden dieser Vergleichsgruppe im Posttest* signifikant zu ($p < 0.01$). Diese Gruppe war zudem signifikant bereiter, Betroffene zu einer Behandlung zu zwingen, und befürwortete eine Unterbringung dieser in einer abgetrennten Institution (Corrigan et al., 2004).

5.2 Kontaktintervention

In den Kontaktinterventionen wird die Interaktion zwischen Menschen aus der allgemeinen Bevölkerung und Betroffenen einer psychischen Erkrankung gefördert, um eine Stigmareduktion zu bewirken (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012).

5.2.1 *Reduktion von Stigmata durch Kontaktinterventionen*

Laut der Review von Corrigan (2004) führen Kontaktinterventionen zu einer signifikanten Verringerung von Stigmata und stigmatisierenden Verhaltensweisen gegenüber psychisch erkrankten Personen. Die durch Kontaktinterventionen erreichte Reduktion der Stigmata bleibt ausserdem über längere Zeit aufrechterhalten. Ein genauer Zeitraum wurde nicht angegeben. Die Reviews von Arboleda-Flórez und Stuart (2012) und Yamaguchi et al. (2013) bestätigen diese Ergebnisse. In der Review von Arboleda-Flórez und Stuart (2012) wird zudem erwähnt, dass das Wissen der Teilnehmenden über psychische Erkrankungen durch die Kontaktintervention signifikant zunahm. All diese Reviews enthielten keine Beschreibungen zu den in den integrierten Studien durchgeführten Kontaktinterventionen und keine P-Werte.

5.2.2 *Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz*

Die Studie von Reinke et al. (2004) verglich die Effektivität der Stigmareduktion gegenüber psychisch erkrankten Personen zwischen einer persönlichen und einer videobasierten Kontaktintervention anhand der Messeinheit der sozialen Distanz. Die Teilnehmenden wurden dazu in zwei Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Die persönliche Kontaktintervention bestand aus einer zehnminütigen Präsentation, in der eine Person mit einer schizoaffektiven Störung* ihre Krankengeschichte erzählte. Die Person berichtete über die Symptome der Krankheit, missglückte Selbstmordversuche, die häufigen Hospitalisierungen und schliesslich über ihren langen Bewältigungsprozess der Erkrankung. Sie betonte ausserdem, heute in der Lage zu sein, selbstständig zu wohnen und mit ihrer Lebensqualität zufrieden zu sein. Nach der Präsentation konnten ihr die Teilnehmenden während fünf Minuten Fragen stellen. Inhaltlich wurde darauf geachtet, dass die Aussagen der präsentierten Person nur moderat von den gesellschaftlichen Stigmata abwichen. Dies bedeutet, dass ebenso viele negative Aspekte der Krankheit erwähnt wurden, wie positive Aussichten aufgezeigt wurden, trotz der Erkrankung ein normales Leben führen zu

können. Die videobasierte Intervention zeigte ein Interview mit derselben Person und entsprach auch inhaltlich exakt der Präsentation der persönlichen Kontaktintervention. Anstatt einer Fragerunde erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit miteinander zu diskutieren. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung geht hervor, dass im Vergleich zur Kontrollgruppe beide Interventionen zu einer signifikanten Abnahme des Bedürfnisses nach sozialer Distanz führten. Die persönliche Kontaktintervention erzielte eine stärkere Reduktion der sozialen Distanz ($p < 0.005$) als die videobasierte Intervention ($p < 0.05$), der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Die Studie von Corrigan, Larson, Sells, Niessen und Watson (2007) erforschte und verglich den Effekt von zwei videobasierten Interventionen, einem Edukationsvideo und einem Kontaktvideo. Beide Videos dauerten 10 Minuten und zeigten dieselbe an Schizophrenie erkrankte Person. Im Edukationsvideo berichtete sie über die Mythen von psychischen Erkrankungen und berichtete diese mit Fakten. Ihre Erkrankung wurde in diesem Video nicht preisgegeben. Im Kontaktvideo berichtete die an Schizophrenie erkrankte Person über ihre Erfahrungen mit den Symptomen, die zu Hospitalisierungen führten, und schliesslich über ihre erfolgreiche Bewältigung der Erkrankung. Um die Effektivität der Interventionen zu erfassen, wurde sowohl ein Pretest*, ein Posttest* als auch ein Follow-up Test* durchgeführt. In den Ergebnissen stellte sich heraus, dass das Edukationsvideo sowohl im Posttest* als auch im Follow-up Test* eine signifikante Reduktion der Annahme, die Krankheit sei selbst verschuldet ($p < 0.05$), erzielte. Allerdings hatte das Edukationsvideo ebenfalls zur Folge, dass die Teilnehmenden den Bedarf an Massnahmen zum Empowerment* von erkrankten Personen als signifikant geringer einschätzten als vor der Intervention ($p < 0.05$). Durch das Kontaktvideo wurde das Mitgefühl der Teilnehmenden gegenüber erkrankten Personen signifikant erhöht ($p < 0.05$). Zudem befürworteten die Teilnehmenden Massnahmen zum Empowerment* von Betroffenen nach der Intervention signifikant stärker ($p < 0.05$). Das Bedürfnis nach sozialer Distanz und nach räumlicher Trennung nahm durch das Kontaktvideo signifikant ab ($p < 0.05$). Auch diese Ergebnisse waren sowohl im Posttest* als auch im Follow-up Test* signifikant. Die Review von Arboleda-Flórez und Stuart (2012) bestätigt, dass Kontaktinterventionen das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber psychisch erkrankten Personen senken. Zum selben Ergebnis kam auch die Review von Yamaguchi et al. (2013).

5.2.3 Einflussfaktoren auf die Effektivität einer Kontaktintervention

Die Studie von Reinke et al. (2004) kam zum Ergebnis, dass der Erfolg der Kontaktintervention davon abhängt, wie stark die von der betroffenen Person vermittelten Informationen von den Stigmata der Gesellschaft abweichen. Zu diesem Resultat kam die Studie von Reinke (2004) durch die Erweiterung der unter Punkt 5.2.2 beschriebenen Intervention. Für die Abweichung der durch die betroffene Person vermittelten Informationen von den gesellschaftlichen Stigmata wird in diesem Abschnitt der Begriff Diskonfirmation verwendet. Die Teilnehmenden, welche die videobasierte Kontaktintervention erhielten, wurden erneut in drei Untergruppen aufgeteilt: Videobasierte Kontaktintervention mit leichter Diskonfirmation, mit moderater Diskonfirmation und mit ausgeprägter Diskonfirmation der gesellschaftlichen Stigmata. In der Intervention mit der leichten Diskonfirmation der gesellschaftlichen Stigmata erzählte die psychisch erkrankte Person im Video ausschliesslich von den Symptomen der schizoaffektiven Störung* und von den negativen Folgen, die diese auf ihr Leben hatten. Bei der Intervention mit der moderaten Diskonfirmation wurde darauf geachtet, dass ebenso viele negative wie positive Aspekte der Erkrankung erwähnt wurden. Die negativen Aspekte beinhalteten Informationen zu den Symptomen ihrer Erkrankung. In den positiven Aspekten wurden Möglichkeiten aufgezeigt, wie trotz der Erkrankung ein normales Leben geführt werden kann. In der Intervention mit der ausgeprägten Diskonfirmation der gesellschaftlichen Stigmata erwähnte die betroffene Person ihre Krankheitsgeschichte nur kurz und konzentrierte sich anschliessend auf ihre erfolgreichen Erlebnisse der letzten Jahre. In den Ergebnissen stellte sich heraus, dass die Intervention mit der geringen Diskonfirmation der Stigmata keine signifikante Veränderung bezüglich des Bedürfnisses nach sozialer Distanz der Teilnehmenden gegenüber psychisch erkrankten Personen erreichte. Die Intervention mit der ausgeprägten Diskonfirmation der Stigmata erzielte in diesem Bereich ebenfalls keine signifikante Veränderung. Hingegen bewirkte die Intervention mit der moderaten Diskonfirmation der gesellschaftlichen Stigmata eine signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz ($p < 0.05$) (Reinke et al., 2004).

Tabelle 2. Übersicht über die integrierten Studien und die Evidenzlevel

| The effect of combined etiological information on attitudes about mental disorders | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Boysen, A., Gabreski, Justine D., (2012) USA Evidenzlevel: 2 | Herausfinden, welchen Effekt biologische und umweltbezogene Informationen zur Ätiologie einer psychischen Erkrankung haben und welchen Effekt eine Kombination dieser beiden auf die Stigmata diesen Personen gegenüber erzielt. Den Unterschied dieser Effekte bei verschiedenen Fällen von psychischen Erkrankungen, die sich durch ihre Gefährlichkeit unterscheiden, erkennen. | Zwei quantitative Teilstudien: beides Randomized Controlled Trials (RCT's) mit Pre- und Posttest. Intervention: schriftliche Fallbeispiele und Kausalitätsinformationen. Messung: Fragebogen zu Ursachen der Erkrankung, Stigmascale, Essentialist Beliefs Scale. | Population: freiwillige Studenten der Public University aus der USA. n1= 151, 88 % Frauen, 88 % weisser Hautfarbe n2= 147, 70 % Frauen, 84 % weisser Hautfarbe Mittleres Alter beider Stichproben: 19 Jahre. | Erkrankungen mit gewalttätigen Verhaltensaspekten: → Alle drei Informationen erzielten signifikante Stigmareduktionen: <ul style="list-style-type: none"> • Biologische Information (p<0.001) • Umweltbezogene Information (p<0.001) • Kombination (p<0.001) Die biologische Information erzielte zudem: <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Annahme, die Krankheit sei selbst verschuldet (p<0.001), mehr Mitgefühl. • Zunahme der Annahme, die Krankheit sei unheilbar (p<0.014), zunehmend abgrenzende Denkweisen (p<0.023). Erkrankungen ohne gewalttätige Verhaltensaspekte: → Nur die umweltbezogene Information erzielte eine signifikante Stigmareduktion (p<0.002). |
| Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence and Stigma | | | | |
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Corrigan, P.W., Watson, A., Wapinski, A., Gracia, G., (2004), Amerika Evidenzlevel: 2 | Vergleich des Effekts zwei verschiedener Edukationsprogramme. Eines gab Informationen über Stigmata ab, das andere erläuterte den Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen. | RCT, Messung: Fragebögen, Auswertung in einem Pretest, Posttest und einem Follow-up Test* nach einer Woche. Die 27 Aussagen wurden mittels der Likert-Skala beurteilt. | Es wurden 161 Studenten angefragt, alle haben zugesagt und an der Intervention sowie an den Messungen teilgenommen. Beide Geschlechter waren vertreten. | Edukationsprogramm über Mythen: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Angst (p<0.001) • Erhöhung der Hilfsbereitschaft (p<0.01) • Signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz (p<0.001) Edukationsprogramm über Gewalt: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Erhöhung der Angst (p<0.05) • Signifikante Erhöhung des Bedürfnisses nach sozialer Distanz (p<0.05) |

Fortsetzung der Tabelle 2. Übersicht über die integrierten Studien und die Evidenzlevel

| Nurse's Attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Vadlamudi, Raja, S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., Wahid, Z., (2007), Amerika Evidenzlevel: 3 | Den Effekt eines Edukationsprogramms für Pflegefachpersonen zur Reduktion der Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Personen untersuchen. Prüfen, ob eine Verbesserung der Selbstsicherheit im Umgang mit diesen Patienten erreicht wird. | Quantitative Studie, keine genaueren Angaben zum Design. Messung: Fragebögen mit 100 Elementen, der nach dem Wissen, den Stigmata und der Sicherheit im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten fragte. Die Fragen konnten auf einer Skala von 0-5 beantwortet werden. Die Auswertung des Fragebogens erfolgte nach einem Pretest und einem Posttest. | 181 Pflegefachpersonen in Ausbildung haben an dieser Studie teilgenommen. 96 % der Teilnehmer waren weiblich und alle zwischen 22 bis 57 Jahre alt. Die Erfahrungen im Umgang mit alkoholabhängigen Personen variierten zwischen den Teilnehmenden. | Edukationsprogramm: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Stigmata • Signifikante Erhöhung der Selbstsicherheit im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. |

| Effects of Short-Term Interventions to Reduce Mental Health-related Stigma in University or College Students | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Yamaguchi, S., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E.A., Thornicroft, G., (2013) Japan Evidenzlevel: 1 | Überprüfung der Effektivität von kurzen Interventionen zur Reduktion von Stigmata gegenüber Individuen mit einer psychischen Erkrankung bei Universitätsstudenten. Ein weiteres Ziel ist die Identifizierung der effektivsten Interventionen. | Ein systematisches Review. Recherche in elf bibliografischen Datenbanken und auf Google. Irrelevante Studien wurden eliminiert. Überprüfung der Auswahl durch zwei Autoren, Diskussion bzgl. Unstimmigkeiten mit einer Drittperson. Unabhängige Prüfung der Qualität der Studien von zwei Autoren. Insgesamt wurden 7'676 Studien überprüft, 199 wurden als potenziell gute Studien identifiziert. 35 Studien wurden miteinbezogen. Davon waren 23 RCTs und 12 Controlled Before and After Studies (CBAs). Nur bei drei RCTs war die Randomisierung laut der Review sicher gewährleistet. 58% der CBAs erfüllten alle Kriterien. | Zwölf Studien wurden mit Gesundheitspersonal, Sozialarbeitern. In den anderen 23 Studien nahmen Studenten teil: 361 Pflegestudenten 243 Medizinstudenten 125 Sozialarbeiter 215 Psychologiestudenten 102 Jurastudenten 126 Mathematikstudenten 2'928 andere Studenten Beide Geschlechter waren vorhanden, manche Studien wiesen einen grösseren weiblichen Anteil auf. | Kontaktintervention: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Stigmata • Signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz. Edukationsprogramm: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Stigmata • Signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz. |

Fortsetzung der Tabelle 2. Übersicht über die integrierten Studien und die Evidenzlevel

| From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Arboleda-Flórez, J., Stuart, H., (2012) Amerika Evidenzlevel: 3 | Einen Überblick über die Geschichte und Evolution der Stigmata gegenüber Individuen mit einer psychischen Erkrankung geben. Vorstellen von sechs verschiedenen Arten von Anti-Stigma-Programmen. | Narratives Review Es sind keine Angaben vorhanden, wie viele Studien involviert wurden und welche Ein- und Ausschlusskriterien verwendet wurden. Über die Qualität der eingeschlossenen Studien wird keine Auskunft gegeben. | Keine genaueren Angaben zu den Zahlen der Teilnehmenden, es wird jedoch von Medizinstudenten, Psychologiestudenten, Journalismusstudenten und Sozialarbeitern gesprochen. | Kontaktintervention: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Zunahme an Wissen über psychische Erkrankungen • Signifikante Reduktion der Stigmata • Signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz. |

| Target-Specific Stigma Change: A Strategy for implicating Mental Illness Stigma | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| Corrigan, P.W., (2004) Amerika Evidenzlevel: 3 | Eine kurze Übersicht über Stigmata gegenüber Individuen mit einer psychischen Erkrankung geben. Eine Zusammenfassung über die verschiedenen Arten von entwickelten und evaluierten Antistigma-Programmen präsentieren. | Brief Review Es sind keine Angaben vorhanden, wie viele Studien verwendet und nach welchen Kriterien sie ausgewählt wurden. Auch über die Qualität der eingeschlossenen Studien wird keine Auskunft gegeben. | Population: Erwachsene aus der allgemeinen Bevölkerung Es sind jedoch keine weiteren Angaben zum Beruf oder dem Alter der Teilnehmenden vorhanden. | Kontaktintervention: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Stigmata und der stigmatisierenden Verhaltensweisen. Edukationsprogramm: <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Stigmata. |

Fortsetzung der Tabelle 2. Übersicht über die integrierten Studien und die Evidenzlevel

| Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? | | | | |
|--|--|---|---|---|
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| <p>Corrigan, P.W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., Watson, A.C., (2007), USA</p> <p>Evidenzlevel: 2</p> | <p>Vergleich des Effekts von zwei verschiedenen video-basierten Antistigma-Programmen. Ein Video zeigte ein Edukationsprogramm. Im anderen Kontaktvideo berichtete eine Person über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung.</p> | <p>Quantitatives RCT, Einteilung in zwei Gruppen Als Messinstrument wurde der Fragebogen Attribution Questionnaire verwendet und nach einem Pre-, einem Post- sowie einem Follow-up Test ausgewertet.</p> | <p>244 Studenten eines Colleges; Durchschnittsalter: 23,9 Jahre. 70 % der Teilnehmer waren Frauen. 37 % Europäer, 6,6 % Afroamerikaner, 12 % Asiaten, der Rest bestand aus amerikanischen Ureinwohnern, Hawaiianern und 37,2 % Latinoamerikanern. Bildung: 70,1 % mit College-Abschluss, 16 % mit Highschool-Diplom, 7 % mit Associates-Degree und 6,9 % mit College-Degree oder höher.</p> | <p>Edukationsvideo: Post-, und Follow-up Test</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion der Annahme, die Krankheit sei selbst verschuldet (p<0.005) • Signifikant geringere Einschätzung des Bedarfs an Massnahmen zum Empowerment der Betroffenen (p<0.05) <p>Kontaktvideo: Post-, und Follow-up Test</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signifikant mehr Mitgefühl • Signifikant höhere Einschätzung des Bedarfs an Massnahmen zum Empowerment der Betroffenen (p<0.05) • Signifikante Abnahme des Bedürfnisses nach sozialer Distanz (p<0.05) |
| Examining Two Aspects of Contact on the Stigma of Mental Illness | | | | |
| Autoren/ Jahr/ Land | Ziel der Studie | Methode & Design | Population & Sample | Resultate |
| <p>Reinke, R.R., Corrigan, P.W., Leonhard, C., Lundin, R.K., Kubiak, M.A. (2004) USA</p> <p>Evidenzlevel: 2</p> | <p>Vergleich der Stigmareduktion verschiedener Formen von Kontakt: direkter Kontakt, Videotape. Vergleich der Resultate von Videoinformationen mit unterschiedlichem Inhalt: moderate, leichte und starke Widerlegung des Stigmas.</p> | <p>Quantitatives RCT mit Pre-, Posttest. Intervention: Videotapes verschiedenen Inhalts, direkter Kontakt. Als Messinstrument wurde die Social Distance Scale verwendet.</p> | <p>Community College Studenten n= 164, 66,5 % Frauen. Mittleres Alter: 24 Jahre, Beziehungsstatus: 76,5 % Single, 14,1 % verheiratet, 7,1 % geschieden Nationalität: 50,6 % Europäer, 38,2 % Afroamerikaner, 8,8 % Latinoamerikaner, 0,6 % Asiaten, 0,6 % amerikanische Ureinwohner. Bildung: 46,5 % Highschool-Abschluss, 52,4 % College oder Universitätsabschluss, 0,6 % Bachelorabschluss. Genaue Angaben zum jährlichen Einkommen in \$.</p> | <p>Beide Kontaktinterventionen erzielten eine signifikante Reduktion des Bedürfnisses nach sozialer Distanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videobasierte Intervention (p<0.005) • Persönliche Intervention (p<0.05) <p>Der Unterschied dieser beiden Interventionen war nicht signifikant. Bei den videobasierten Interventionen mit unterschiedlich starker Widerlegung der Stigmata erzielte nur die Intervention mit moderater Widerlegung eine signifikante Reduktion (p< 0.05)</p> |

5.3 Kritische Würdigung der Studien

Nachfolgend werden Stärken und Schwächen der Studien anhand der Stichprobe, dem methodischen Vorgehen und der Datenanalyse untersucht und mögliche Einschränkungen der Resultate und Begrenzungen der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das Pflegefachpersonal festgehalten.

5.3.1 *Stichprobe*

Vier Studien wählten für ihre Stichprobe Studenten aus einer öffentlichen Universität. Bei allen Stichproben lag das Durchschnittsalter zwischen 19 und 28 Jahren. Auch der Frauenanteil der Stichproben war deutlich grösser als der Anteil Männer. Dadurch sind die Ergebnisse dieser Studien nur beschränkt auf jüngere oder ältere Altersgruppen und auf das männliche Geschlecht übertragbar. Zur Übertragbarkeit auf das Pflegefachpersonal kann keine Aussage gemacht werden (Boysen & Gabreski, 2012; Corrigan et al., 2004; Corrigan et al., 2007; Reinke et al., 2004). Bei drei dieser Studien waren die Stichproben bezüglich der Nationalität der Teilnehmenden sehr heterogen. Diese Stichproben sind daher repräsentativ für die allgemeine Bevölkerung, da in dieser ebenfalls viele verschiedene Nationalitäten vertreten sind (Boysen & Gabreski, 2012; Corrigan et al., 2004; Corrigan et al., 2007). In der Studie von Corrigan et al. (2007) wurden ausserdem Angaben zum Bildungsstand und zum Zivilstand der Teilnehmenden gemacht. Die Gruppenunterschiede bezüglich dieser Merkmale wurden mittels ANOVA* eruiert, um Verzerrungen durch eine ungleiche Verteilung dieser Merkmale in den Gruppen zu vermeiden. Boysen und Gabreski (2012) und Corrigan et al. (2004) geben keine Auskunft, ob mögliche Gruppenunterschiede überprüft wurden. Deshalb ist es möglich, dass ihre Ergebnisse durch eine ungleiche Verteilung der Merkmale in den Gruppen verzerrt wurden. Vadlamudi et al. (2008) wählten als einzige Pflegefachpersonen für die Stichprobe. Der Frauenanteil betrug jedoch 96 % und alle Teilnehmenden stammten aus der gleichen Region. Daher kann man von den Resultaten dieser Studie nur schwer auf männliches Pflegefachpersonal schliessen. Da alle Teilnehmenden aus derselben Region stammten und keine Angaben zu deren Nationalität vorhanden sind, ist nicht ersichtlich, ob diese Stichprobe für das Pflegefachpersonal repräsentativ ist. Um generell auf das Pflegefachpersonal schliessen zu können, müssten Personen verschiedener Nationalitäten vertreten sein, da das Pflegefachpersonal ethnisch sehr durchmischt ist. In zwei

der drei integrierten Reviews wurden die Stichproben der einzelnen Studien beschrieben. Die Stichproben aller in den Reviews eingeschlossenen Studien bestanden vorwiegend aus weiblichen Studenten verschiedener Studienrichtungen wie Journalismus, Psychologie und Mathematik. Diese Daten sind nicht generell auf das männliche Geschlecht übertragbar und auch hier kann keine Aussage zur Übertragbarkeit auf das Pflegefachpersonal gemacht werden (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Yamaguchi et al., 2013). In der dritten Review sind keine Angaben bezüglich der Stichproben der eingeschlossenen Studien vorhanden. Daher können zur Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Review keine Angaben gemacht werden (Corrigan, 2004).

5.3.2 *Methode*

Drei Studien erläutern, welche Massnahmen ergriffen wurden, um Verzerrungen zu vermeiden. Zwei dieser Studien zeigten in all ihren Videointerventionen jeweils dieselbe Person (Corrigan et al., 2007; Reinke et al., 2004). In der dritten Studie rotierten die Präsentatoren der Edukationsprogramme jeweils zwischen den verschiedenen Interventionsgruppen, um Verzerrungen durch unterschiedliche Präsentationsstile zu vermeiden (Corrigan et al., 2004). Reinke et al. (2004) versuchten, die Ausgangslage der stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmenden gegenüber Personen mit einer Schizophrenie zu kontrollieren, indem sie vor der Intervention unterschiedliche Informationen zum Verhalten dieser Personen abgaben. Da jedoch die Schizophrenie ein sehr bekanntes Krankheitsbild ist, könnte dies die Ausgangslage der stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmenden gegenüber Personen mit einer Schizophrenie trotz der unterschiedlichen Informationen zum Verhalten dieser Personen verzerrt haben. Corrigan et al. (2007) verwendeten für die Datenerhebung einen reliablen und validen Fragebogen. Corrigan et al. (2004) und Reinke et al. (2004) machten keine Angaben zur Validität und Reliabilität der verwendeten Messinstrumente, jedoch wurden diese von unterschiedlichen Forschern in früheren Studien bereits verwendet. In den übrigen Studien sind zur Güte der verwendeten Messinstrumente keine Informationen vorhanden (Boysen & Gabreski, 2012; Vadlamudi et al., 2008). Yamaguchi et al. (2013) prüften für ihre Review alle Messinstrumente der integrierten Studien auf ihre Validität und Reliabilität hin. Die Mehrheit dieser Messinstrumente erwies sich als reliabel und valide. Auch die Literaturrecherche dieser

Review wurde ausführlich beschrieben und die Ein- und Ausschlusskriterien für die integrierten Studien klar definiert. Die Qualität der miteinbezogenen Studien wurde zusätzlich von zwei verschiedenen Forschern unabhängig geprüft. Eingeschlossen wurden ausschliesslich Studien hoher Qualität. In den beiden übrigen Reviews sind keine Informationen zur Literaturrecherche und den Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden. Daher ist nicht nachvollziehbar, ob alle relevanten Studien miteinbezogen wurden oder ob nur Studien integriert wurden, welche die Forschungshypothese der Reviews bestätigen (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Corrigan, 2004).

5.3.3 *Datenanalyse*

Für die Datenanalyse verwendeten drei Studien ANOVA* als Analyseverfahren. Dieses eignete sich für alle drei Studien, da damit jeweils die Wirksamkeit der Interventionen zwischen mehr als zwei Gruppen verglichen wurde (Corrigan et al., 2004; Corrigan et al., 2007; Reinke et al., 2004). Vadlamudi et al. (2008) analysierten die Ergebnisse anhand des T-Tests*. Dieses Analyseverfahren ist passend, weil die Studie nur eine Stichprobe untersuchte und keine Kontrollgruppe vorhanden war. Boysen und Gabreski (2012) wandten für die Datenanalyse ihrer Studie den Wilcoxon-Test* und den Mann-Whitney-U-Test* an. Diese Verfahren sind geeignet, da die Studie Interventionsgruppen vor und nach der Intervention auf Unterschiede hinsichtlich einer Testvariabel untersuchte.

6. Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze Synthese der Resultate der integrierten Studien. Anschliessend werden die beschriebenen Ergebnisse unter Einbezug weiterer Literatur diskutiert und es wird ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt.

6.1 Edukationsprogramme zur Stigmareduktion

Das Edukationsprogramm, welches Informationen zu risikoreichem Trinkverhalten und zur Alkoholabhängigkeit vermittelte und zusätzlich ein Rollenspiel beinhaltete, bewirkte eine signifikante Verringerung der Stigmata. Zudem stieg durch dieses Programm das Wissen über die Alkoholabhängigkeit und die Sicherheit der Teilnehmenden im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten (Vadlamudi et al., 2008). Auch das Ersetzen von Mythen über psychische Erkrankungen durch realitätsgetreue widerle-

gende Fakten hatte bei den Teilnehmenden eine signifikante Reduktion der Stigmata zur Folge und verringerte das Bedürfnis nach sozialer Distanz (Corrigan et al., 2004). Das Edukationsprogramm, welches Informationen zur Ätiologie einer psychischen Erkrankung enthielt, führte ebenfalls zu einer signifikanten Abnahme der Stigmata. Die Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Personen, die mit gewalttätigem Verhalten assoziiert wurden, konnten sowohl durch die Erklärung zur biologischen Ätiologie, die Informationen zur umweltbezogenen Ätiologie als auch durch eine Kombination dieser beiden signifikant vermindert werden. Die biologische Erklärung zur Krankheitsentstehung führte dazu, dass die Teilnehmenden die Krankheit nicht mehr als selbst verschuldet erachteten und daher mehr Mitgefühl für diese Personen empfanden. Allerdings stärkte die biologische Information auch die Ansicht, die psychische Erkrankung sei unheilbar und steigerte dadurch das Bedürfnis nach sozialer Distanz. Die Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Personen, deren Verhalten als harmlos galt, konnten lediglich durch die Erklärung zur umweltbezogenen Ätiologie der Erkrankung signifikant gesenkt werden (Boysen & Gabreski, 2012). Auch das Lesen von Fachliteratur zu psychischen Erkrankungen hatte eine signifikante Verringerung der Stigmata zur Folge und verminderte das Bedürfnis nach sozialer Distanz (Yamaguchi et al., 2013).

Die signifikante Reduktion der Stigmata, die durch die Aufklärung über die Alkoholabhängigkeit und über das risikoreiche Trinkverhalten erzielt wurde (Vadlamudi et al., 2008), bestätigt die Aussage von Dains (1981), dass Informationen zu pathophysiologischen Prozessen essenziell sind, um eine wertneutrale Haltung zu entwickeln. Die Information, dass Rückfälle im Therapieprozess alkoholabhängiger Patienten zur Normalität gehören, hat beispielsweise zur Folge, dass Pflegefachpersonen die Arbeit mit diesen Patienten nicht mehr als aussichtslos und daher als weniger frustrierend empfinden (Richter et al., 2002).

Aus den Ergebnissen der Studien geht hervor, dass Edukationsprogramme unterschiedlichen Inhalts zu einer signifikanten Reduktion der Stigmata führen können. Je nach Inhalt wirken solche Programme jedoch auch kontraproduktiv. Informationen zu gewalttätigem Verhalten von psychisch erkrankten Personen führen durch die Zunahme der Angst vor diesen Personen zu einer signifikanten Verstärkung der Stigmata (Corrigan et al., 2004). Auch die biologische Information zur Entstehung einer psychischen Erkrankung führt neben den positiven Effekten zu einem verstärkten

Bedürfnis nach sozialer Distanz, da angenommen wird, die Krankheit sei unheilbar (Boysen & Gabreski, 2012). Demnach ist es essenziell, die bestehenden Stigmata gegenüber einer spezifischen Patientengruppe zu eruieren und zu bestimmen, welche dieser Stigmata reduziert werden sollen, um den geeigneten Inhalt eines Edukationsprogramms festlegen zu können. Für die Reduktion der Stigmata gegenüber Betroffenen eines Krankheitsbildes, das mit gewalttätigem Verhalten assoziiert wird, wird ein anderes Edukationsprogramm benötigt als für Betroffene eines Krankheitsbildes, das nicht mit gewalttätigem Verhalten assoziiert wird (Boysen & Gabreski, 2012). Alkoholabhängige Patienten gelten häufig als aggressiv, gewalttätig und potenziell gefährlich (Loth et al., 2002). Aus diesem Grunde eignen sich Edukationsprogramme, die ätiologische Informationen zur Krankheitsentstehung abgeben, da sie eine signifikante Verminderung der Stigmata gegenüber gewalttätigen psychisch erkrankten Personen bewirkten (Boysen & Gabreski, 2012). Abhängig davon, welche Stigmata vermindert werden sollen, muss der Inhalt des Edukationsprogramms angepasst werden. Die biologische Erklärung zur Krankheitsentstehung reduziert ausschliesslich die Annahme, die Alkoholabhängigkeit sei selbst verschuldet, verstärkt jedoch das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber den Betroffenen. Biologische Informationen zur Krankheitsentstehung sind demnach nur dienlich, wenn die Annahme, die Krankheit sei selbst verschuldet, verringert werden soll (Boysen & Gabreski, 2012). Auch die Kombination von Informationen zur Alkoholabhängigkeit und einem Rollenspiel eignet sich für die Reduktion der stigmatisierenden Einstellungen von Pflegefachpersonen gegenüber alkoholabhängigen Patienten, da diese Intervention bereits beim Pflegefachpersonal getestet wurde (Vadlamudi et al., 2008). Bis auf eine, untersuchten alle integrierten Studien und Reviews Interventionen zur Verminderung der Stigmata gegenüber psychisch erkrankten Personen (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Boysen & Gabreski, 2012; Corrigan et al., 2004; Corrigan et al., 2007; Corrigan, 2004; Reinke et al., 2004; Yamaguchi et al., 2013). Die meisten untersuchten dies bei Personen, die an Schizophrenie erkrankt waren (Boysen & Gabreski, 2012; Corrigan et al., 2007; Reinke et al., 2004; Yamaguchi et al., 2013). Die Stigmata gegenüber Personen mit einer Schizophrenie und gegenüber alkoholabhängigen Personen divergieren jedoch nicht wesentlich (Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rossler, 2006). Demnach sind die Ergebnisse aller Edukationsprogramme und Kontaktinterventionen der integrierten Studien auf alkoholabhängige Perso-

nen übertragbar.

Die Wirksamkeit der Edukationsprogramme wurde bei unterschiedlichen Stichproben untersucht. Es wurden vorwiegend Studenten eines nicht medizinischen Bereiches oder Personen der allgemeinen Bevölkerung, zu denen keine Angaben zur beruflichen Tätigkeit vorlagen, für die Stichprobe ausgewählt. Nur eine Studie untersuchte die Wirksamkeit des Edukationsprogramms bei Pflegefachpersonen (Vadlamudi et al., 2008). Es ist nicht eindeutig, ob die Studienresultate, die bei Studenten oder bei Personen der allgemeinen Bevölkerung erzielt wurden, auf das Pflegefachpersonal übertragen werden können. Gemäss Lauber et al. (2006) stimmen die stigmatisierenden Einstellungen des Pflegefachpersonals und die der allgemeinen Bevölkerung gegenüber alkoholabhängigen Personen überein. Jedoch betont eine andere Studie, dass die stigmatisierende Haltung des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Personen schwieriger zu reduzieren ist als die der allgemeinen Bevölkerung (Henderson et al., 2012). Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass die stigmatisierenden Einstellungen der Pflegefachpersonen gefestigt sind, da sie die alkoholabhängigen Patienten oft nur in kritischen Phasen erleben (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). Eine andere Studie wiederum besagt, dass Edukationsprogramme vorwiegend bei Personen, die bereits über ein Vorwissen bezüglich der Alkoholabhängigkeit verfügen, eine signifikante Stigmareduktion bewirken. Daher könnten die Stigmata bei Pflegefachpersonen sogar leichter reduziert werden (Rüsch et al., 2005). Aufgrund dieser unterschiedlichen und teils kontroversen Standpunkte kann nicht eindeutig bestimmt werden, ob die Ergebnisse, die bei Personen der allgemeinen Bevölkerung erzielt wurden, deckungsgleich auf das Pflegefachpersonal übertragbar sind. Da das Edukationsprogramm von Vadlamudi et al. (2008) beim Pflegefachpersonal jedoch eine signifikante Abnahme der Stigmata erzielte, ist es naheliegend, dass die Edukationsprogramme der anderen integrierten Studien beim Pflegefachpersonal ebenfalls eine Reduktion der Stigmata erzielen könnten. Jedoch kann keine abschliessende Aussage über das Ausmass der Wirksamkeit dieser Edukationsprogramme auf das Pflegefachpersonal gemacht werden.

Weiter wird in der Literatur diskutiert, dass die Edukationsprogramme am effektivsten sind, wenn sie auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten werden (Corrigan, 2004). Dies bedeutet, dass die Edukationsprogramme zur Reduktion von Stigmata spezifisch für das Pflegefachpersonal zusammengestellt werden müssten. Da bisher nur

eine Studie ein Edukationsprogramm bei Pflegefachpersonen durchgeführt hat, kann nur eine sehr begrenzte Empfehlung abgegeben werden, wie das Edukationsprogramm für Pflegefachpersonen gestaltet werden sollte.

6.2 Kontaktinterventionen zur Stigmareduktion

Die persönlichen Kontaktinterventionen ermöglichen und fördern den Austausch zwischen einer Person mit einer psychischen Erkrankung und den Studienteilnehmenden (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). In den Kontaktinterventionen der integrierten Studien erzählten die betroffenen Personen jeweils über die Symptome und die Bewältigung ihrer Erkrankung. Nach diesem Bericht erhielten die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, der betroffenen Person Fragen zu stellen. Die untersuchten Interventionen unterscheiden sich ausschliesslich in der Durchführungsdauer und im inhaltlichen Schwerpunkt der Erzählungen der betroffenen Person.

Die Kontaktintervention bewirkte eine signifikante Verminderung der Stigmata und eine Verhaltensänderung, die über lange Zeit aufrechterhalten bleibt (Corrigan, 2004). Zusätzlich führte die Kontaktintervention zu einer Zunahme an Wissen über psychische Erkrankungen und verminderte das Bedürfnis nach sozialer Distanz (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). Ebenso steigerte sie das Mitgefühl gegenüber psychisch erkrankten Personen und förderte die Befürwortung von Massnahmen zu deren Empowerment*. Schliesslich nahmen ausgrenzende Verhaltensweisen durch die Kontaktintervention ab (Corrigan et al., 2007).

Im Vergleich zu rein informativen Edukationsprogrammen bewirkte die Kontaktintervention eine stärkere Reduktion der Stigmata (Yamaguchi et al., 2013). Videobasierte Kontaktinterventionen verringern die Stigmata gleich stark wie persönliche Kontaktinterventionen. Der Aufbau dieser beiden Interventionen war derselbe, jedoch hatten die Studienteilnehmenden der videobasierten Kontaktintervention nicht die Möglichkeit, dem Betroffenen Fragen zu stellen. Stattdessen erhielten sie die Möglichkeit, im Plenum miteinander über den Film zu diskutieren (Reinke et al., 2004). Weiter wurde festgestellt, dass die Wirksamkeit der Kontaktintervention stark davon abhängt, wie ausgeprägt die Aussagen der psychisch erkrankten Person von den gesellschaftlichen Stigmata abweichen. Die Interventionen, bei denen die Aussagen der psychisch erkrankten Person sehr ausgeprägt oder nur sehr gering von den gesellschaftlichen Stigmata abwichen, erzielten keine signifikante Verringerung der

Stigmata. Die Intervention, bei der die Aussagen moderat von den gesellschaftlichen Stigmata abwichen, erzielte jedoch eine signifikante Abnahme der Stigmata (Reinke et al., 2004).

Die Reduktion der Stigmata, die durch die Kontaktinterventionen erzielt wurde, bestätigt die Aussage von Goffman (1975), dass Personen, die Kontakt zu stigmatisierten Personen haben, eine grössere Akzeptanz diesen gegenüber entwickeln und sich dadurch ihre stigmatisierenden Denk- und Verhaltensweisen reduzieren. In den Resultaten der Kontaktinterventionen wird ausserdem beschrieben, dass sie bei den Teilnehmenden Verhaltensveränderungen bewirken (Corrigan et al., 2007; Corrigan, 2004). Diese wurden anhand der Angaben zur sozialen Distanz und anhand der Aussagen, ob psychisch erkrankte Personen in möglichst abgelegenen Institutionen therapiert werden sollen, gemessen (Corrigan et al., 2007). Obwohl in den Edukationsprogrammen die soziale Distanz ebenfalls ermittelt wurde, werden in diesen Studien keine Angaben zu Verhaltensveränderungen der Teilnehmenden gemacht. Die Messeinheiten, die in den Kontaktinterventionen verwendet wurden, um Aussagen über Verhaltensveränderungen zu machen, beruhen auf der Selbsteinschätzung der Studienteilnehmenden. In der Literatur wird jedoch kontrovers diskutiert, ob aufgrund von Selbsteinschätzungen Aussagen über das Verhalten gemacht werden dürfen (Corrigan et al., 2007). Möglicherweise werden in den Ergebnissen der Edukationsprogramme aufgrund dieser kontroversen Ansichten keine Aussagen zu Verhaltensveränderungen gemacht. Da stigmatisierende Verhaltensweisen aus den vorhandenen Stigmata resultieren, ist es jedoch naheliegend, dass durch die Verringerung der Stigmata auch stigmatisierende Verhaltensweisen vermindert werden (Corrigan, 2000, zit. nach Rüschi et al., 2005).

Durch die Kontaktinterventionen wird der konstruktive Kontakt zwischen dem Pflegefachpersonal und den alkoholabhängigen Patienten gefördert. Dieser wurde bisher durch die stigmatisierenden Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals und der Zurückgezogenheit der alkoholabhängigen Patienten beeinträchtigt. Gemäss Goffman (1975) werden die Stigmata von Mitmenschen durch den konstruktiven Kontakt zu stigmatisierten Personen reduziert. Daher ist die durch die Kontaktintervention erzielte Reduktion der Stigmata bei Personen der allgemeinen Bevölkerung weitgehend auf das Pflegefachpersonal übertragbar.

Die Tatsache, dass die Wirksamkeit einer Kontaktintervention davon abhängt, wie

ausgeprägt die Aussagen der psychisch erkrankten Person von den gesellschaftlichen Stigmata abweichen, wird von zwei weiteren Studien bestätigt (Kunda & Oleson, 1995; Kunda & Oleson, 1997). Eine dieser Studien stellte ausserdem fest, dass die vorbestehenden Stigmata seitens der Teilnehmenden ebenfalls einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention haben. Wenn die Aussagen der psychisch erkrankten Person zu stark von den vorbestehenden Stigmata seitens der Teilnehmenden abweichen, erzielen sie keine Stigmareduktion oder verstärken die Stigmata sogar noch. Dies bedeutet, dass bei der Erstellung einer Kontaktintervention nicht nur der Inhalt, sondern auch die vorbestehenden Stigmata seitens der Teilnehmenden berücksichtigt werden müssen (Kunda & Oleson, 1997).

6.3 Übertragung der Ergebnisse auf die Stigmatisierungsebenen

Die Kontaktinterventionen und die Edukationsprogramme wirken beide auf der Ebene der gesellschaftlichen Stigmatisierungen. Da die Stigmata des Pflegefachpersonals Teil des gesellschaftlichen Stigmas sind, eignen sich beide Interventionen, um Stigmata und Stigmatisierungen des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Personen zu reduzieren. Die Verminderung der Stigmata der Pflegefachpersonen führt dazu, dass diese den alkoholabhängigen Patienten mehr Empathie entgegenbringen. Dadurch nimmt das Engagement des Pflegefachpersonals in der Betreuung von alkoholabhängigen Patienten zu. Die Empathie ermöglicht es den Pflegefachpersonen zudem, die alkoholabhängigen Patienten leichter zur Partizipation an der Therapie zu motivieren. Da die stigmatisierenden Verhaltensweisen des Pflegefachpersonals minimiert werden und das Engagement zunimmt, wird die Pflegequalität erhöht und der Therapieerfolg begünstigt. Zudem erfahren die Patienten dadurch weniger Zurückweisung und fühlen sich unterstützt und akzeptiert. Folglich werden auch die Stigmata auf der Ebene der Selbststigmatisierung reduziert. Die Akzeptanz des Pflegefachpersonals stärkt das Selbstwertgefühl der alkoholabhängigen Patienten. Dadurch ziehen sie sich weniger zurück und die soziale Interaktion zwischen dem Pflegefachpersonal und den alkoholabhängigen Patienten wird gefördert. Die Selbststigmatisierung wird demnach durch die Reduktion der gesellschaftlichen Stigmatisierungen positiv beeinflusst. Durch die Abnahme der gesellschaftlichen Stigmatisierungen nehmen auch die Stigmatisierungen auf der strukturellen Ebene ab. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Selbststigmatisierung der Patienten

ten aus. Um die Selbststigmatisierungen jedoch massgeblich zu vermindern, müssen die Betroffenen auch ihre persönliche Haltung sich selbst gegenüber ändern. Dies bedeutet, dass für die grundlegende Veränderung der Stigmata von alkoholabhängigen Personen nicht nur Interventionen auf der Ebene der gesellschaftlichen Stigmatisierung benötigt werden, sondern auch auf den Ebenen der Selbststigmatisierung und der strukturellen Stigmatisierung. Die Verringerung der Stigmata der Pflegefachpersonen gegenüber alkoholabhängigen Patienten stellt jedoch in der massgeblichen Reduktion der Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Patienten einen zentralen Anfang dar.

7. Theorie-Praxis-Transfer

Aus den Ergebnissen und der Diskussion dieser Arbeit wird deutlich, dass sowohl Edukationsprogramme als auch Kontaktinterventionen effektiv zur Reduktion von Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Patienten eingesetzt werden können. Da die Meinungen, ob die Edukationsprogramme auf das Pflegefachpersonal übertragen werden können, in der Literatur auseinandergehen, stützen sich die Autorinnen für die Praxis-Empfehlung auf die eine Studie, welche das Edukationsprogramm bei Pflegefachpersonen untersucht hat (Vadlamudi et al., 2008). Für die Empfehlung zur Gestaltung einer Kontaktintervention orientieren sich die Autorinnen an der Studie von Reinke et al. (2004), da diese auch die beeinflussenden Faktoren für die Wirksamkeit der Kontaktintervention untersuchte. In der Diskussion kamen die Autorinnen zudem zum Schluss, dass die Ergebnisse der Kontaktinterventionen weitgehend auf das Pflegefachpersonal übertragbar sind. Nachfolgend wird anhand dieser beiden Studien eine Empfehlung für eine geeignete Intervention zur Verminderung der Stigmata des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten formuliert.

7.1 Empfehlung für die Praxis

Für die Reduktion der Stigmata bei Pflegefachpersonen gegenüber alkoholabhängigen Patienten wird für die Praxis eine Kombination eines Edukationsprogramms und einer Kontaktintervention empfohlen (Rudolf, 2011). Die Edukation über die klinische Manifestation der Alkoholabhängigkeit ist zentral, um die pathophysiologischen Prozesse des Krankheitsbildes zu verstehen und den Patienten gegenüber Empathie zu entwickeln. Der Kontakt zu Betroffenen ist ebenfalls essenziell, damit Pflegefachper-

sonen die Perspektive eines Betroffenen kennenlernen und ihre Hemmschwelle zur sozialen Interaktion mit alkoholabhängigen Patienten gesenkt werden kann.

Es ist empfehlenswert, dass das Edukationsprogramm aus einem didaktischen und einem praktischen Teil besteht (Vadlamudi et al., 2008). Im didaktischen Teil wird über das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit und das Suchtverhalten informiert. Zusätzlich werden die Behandlung von alkoholabhängigen Patienten und die Rolle des Pflegefachpersonals während der Behandlung thematisiert. Dadurch soll das Pflegefachpersonal erkennen, welchen massgeblichen Einfluss ihr Engagement auf den Therapieerfolg der Patienten hat. Dieser didaktische Teil erfolgt anhand einer PowerPoint-Präsentation, die von einer Fachperson aus einer Suchtklinik präsentiert wird, da diese eine grosse Expertise mitbringt. Anschliessend an den didaktischen Teil findet ein Rollenspiel statt, in dem die teilnehmenden Pflegefachpersonen jeweils einmal die Rolle eines alkoholabhängigen Patienten, einer Pflegefachperson und eines Beobachters einnehmen. In diesem Rollenspiel wird eine Szene nachgestellt, in der ein alkoholabhängiger Patient, der wegen eines Entzugs hospitalisiert ist, von der zuständigen Pflegefachperson Alkohol verlangt. Da ihm die Pflegefachperson den Alkohol verweigert, verhält er sich zunehmend aggressiv. Die Reaktion der Pflegefachperson darauf beinhaltet stigmatisierende Verhaltensweisen. Für das Rollenspiel wird bewusst eine Szene gewählt, in der es zu einer Konfliktsituation zwischen der Pflegefachperson und dem Patienten kommt und die Pflegefachperson sich stigmatisierend verhält. Dadurch erhalten die Pflegefachpersonen die Möglichkeit, sich in die Situation eines stigmatisierten alkoholabhängigen Patienten hineinzusetzen. Die Person in der Rolle des Beobachters erhält anschliessend die Möglichkeit, die Rolle der Pflegefachperson zu übernehmen und ihr Verhalten gegenüber dem alkoholabhängigen Patienten nach ihrem Ermessen anzupassen. Zum Schluss findet eine Diskussionsrunde im Plenum statt, in der die Teilnehmenden untereinander austauschen, wie sie sich in den jeweiligen Rollen gefühlt haben. Zusätzlich werden sie dazu angehalten, anhand der Erfahrungen aus dem Rollenspiel eigene Erlebnisse mit alkoholabhängigen Personen zu diskutieren und zu reflektieren.

Für die anschliessende Kontaktintervention wird eine ehemals alkoholabhängige Person hinzugezogen. Die persönliche Kontaktintervention wird einer videobasierten Intervention vorgezogen, damit die Teilnehmenden die Möglichkeit haben der betroffenen Person direkt Fragen zu stellen. In der persönlichen Kontaktintervention schil-

dert die ehemals alkoholabhängige Person den Teilnehmenden ihre Erfahrungen mit der Abhängigkeit. Dabei ist es zentral, dass diese ebenso viele positive wie negative Aspekte schildert. Dies ist essenziell, da eine moderate Diskonfirmation der gesellschaftlichen Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Personen die effizienteste Stigmareduktion bewirkt (Reinke et al., 2004). Die positiven Aspekte beinhalten Angaben zur aktuellen Lebenssituation und zu unterstützenden Faktoren während des Entzugs. Die negativen Aspekte werden in Form von Aussagen über belastende Erlebnisse während der Abhängigkeit aufgezeigt. Die vorbestehenden stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmenden werden nicht erfasst, da dies die zeitlichen Ressourcen übersteigen würde. Zudem wurden für die unterschiedlich ausgeprägten stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmenden noch keine adäquaten Kontaktinterventionen erforscht. Nach den Schilderungen der ehemals alkoholabhängigen Person haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, dieser Person Fragen zu stellen. Zum Abschluss der Intervention erhalten die Teilnehmenden ein Merkblatt, damit sie die Kernaussagen der Intervention nachlesen können. Diese beinhalten die wichtigsten Informationen zur Alkoholabhängigkeit und zur Rolle der Pflegefachpersonen während der Behandlung. Auch die Faktoren, die die betroffene Person für den Entzug als unterstützend schilderte, sind vermerkt. Dieses Merkblatt soll durch die aufgeführten Kernaussagen die Nachhaltigkeit der Intervention fördern.

Tabelle 3. Zeitlicher Ablauf der Intervention

| Intervention | Zeitfenster |
|----------------------------|--------------------|
| Edukationsprogramm | |
| Didaktischer Teil | 40 Minuten |
| Rollenspiel | 50 Minuten |
| Diskussion | 30 Minuten |
| Kontaktintervention | |
| Erfahrungsbericht | 30 Minuten |
| Fragerunde | 20 Minuten |
| Abschluss, offene Fragen | 10 Minuten |
| Total | 180 Minuten |

Für die Dauer der Intervention werden 180 Minuten empfohlen, damit für alle Komponenten genügend Zeit zur Verfügung steht. Die dreistündige Intervention ist trotz der knappen zeitlichen Ressourcen des Pflegefachpersonals tragbar. Das Edukationsprogramm und die Kontaktintervention sollten kombiniert hintereinander erfolgen und nicht aufgeteilt werden, damit die Zusammensetzung der Teilnehmenden bestehen bleibt. Zudem müssen den Teilnehmenden die Informationen aus dem Edukationsprogramm für die Kontaktintervention noch präsent sein. Die Intervention muss aufgrund der PowerPoint-Präsentation in einem Raum stattfinden, der über einen Beamer verfügt. Ein zweiter Raum wird benötigt, um die Teilnehmenden für das Rollenspiel aufzuteilen. Ein Interventionsverantwortlicher führt durch die gesamte Intervention und ist für das Zeitmanagement verantwortlich. Für das Rollenspiel wird eine zweite Aufsichtsperson hinzugezogen, welche die Teilnehmenden im zweiten Raum anleitet und bei Fragen zur Verfügung steht.

Da die Pflegequalität durch die Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals massiv beeinträchtigt wird (Chang & Yang, 2013), sollte es im Interesse des Arbeitgebers liegen, die Intervention als Arbeitszeit anzurechnen. Die Intervention eignet sich ausschliesslich für Pflegefachpersonen, da für das Edukationsprogramm medizinische Vorkenntnisse vorausgesetzt werden. Die Teilnehmerzahl sollte fünfzehn Personen nicht überschreiten, damit die Partizipation der einzelnen Teilnehmenden an den Rollenspielen, der Diskussion und der Fragerunde nicht eingeschränkt wird und die zeitlichen Vorgaben eingehalten werden können. Idealerweise nehmen Pflegefachpersonen verschiedenen Alters an der Intervention teil, damit die Teilnehmenden von den unterschiedlichen Erfahrungsschätzen profitieren können. Damit auch ein interdisziplinärer Austausch stattfinden kann, sollten die Teilnehmenden aus Pflegefachpersonen unterschiedlicher Abteilungen zusammengesetzt werden. Alle Pflegefachpersonen des Spitals sollen einmalig an der Intervention teilnehmen. Ein Jahr nach der Intervention soll die Nachhaltigkeit in einem Gespräch mit den Pflegefachpersonen, die an der Intervention teilnahmen evaluiert werden.

8. Schlussfolgerungen

Nachfolgend wird der Bezug zur Fragestellung hergestellt und der Bedarf nach weiteren Forschungsarbeiten eruiert.

8.1 Bezug zur Fragestellung

Die bearbeitete Literatur zeigt deutlich, wie komplex sich die Auswahl einer geeigneten Antistigma-Intervention gestaltet. Es stellte sich heraus, dass Kontaktinterventionen und Edukationsprogramme zwei effiziente Methoden zur Stigmareduktion darstellen. Wenn möglich sollten diese Interventionen inhaltlich auf das Pflegefachpersonal abgestimmt werden (Corrigan, 2004). In der Kontaktintervention sollte beispielsweise der Erfahrungsbericht einer ehemals alkoholabhängigen Person nur moderat von den vorbestehenden Stigmata der teilnehmenden Pflegefachpersonen abweichen, da auf diese Weise die effizienteste Verringerung der Stigmata erzielt wird. Zudem könnten Aussagen, die extrem von den präexistenten Stigmata der Teilnehmenden gegenüber alkoholabhängigen Personen abweichen, die Stigmata sogar noch verstärken (Reinke et al., 2004). Weitere Angaben zur Anpassung der Interventionen auf das Pflegefachpersonal sind in der Literatur nicht vorhanden. Die Populationen der Studien bestanden grösstenteils aus psychisch erkrankten Personen. Da die Alkoholabhängigkeit jedoch den psychischen Erkrankungen zugeordnet wird und die Stigmata gegenüber alkoholabhängigen und an Schizophrenie erkrankten Personen nicht signifikant divergieren, können die Resultate dieser Studien auf alkoholabhängige Personen übertragen werden.

In der Literatur wird kontrovers diskutiert, ob die Resultate, die bei der allgemeinen Bevölkerung erzielt wurden, auf das Pflegefachpersonal übertragen werden können. Daher ist es nicht möglich, diesbezüglich ein abschliessendes Urteil zu fällen.

Auf der Basis der spezifischen Studie zur Reduktion der Stigmata des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten konnte für die Praxis eine Empfehlung zu einem evidenzbasierten Edukationsprogramm abgegeben werden. Auch eine Empfehlung für eine Kontaktintervention wurde abgegeben, da die Autorinnen im Diskussionsteil zum Schluss kamen, dass die Ergebnisse der Kontaktinterventionen weitgehend auf das Pflegefachpersonal übertragen werden können. Trotz der abgegebenen Empfehlungen besteht jedoch ein Mangel an spezifischer Forschungsliteratur. Folglich kann die Fragestellung dieser Arbeit: „Mit welchen Massnahmen lassen sich bestehende Stigmata und Stigmatisierungen seitens des Pflegefachpersonals gegenüber alkoholabhängigen Patienten im Akutspital vermindern?“, nicht abschliessend beantwortet werden.

8.2 Weiteres Forschungsinteresse und offene Fragen

Bisher fehlt die Evidenz, ob die Kontaktinterventionen bei Pflegefachpersonen gleich effizient sind wie bei Personen aus der allgemeinen Bevölkerung. Auch die Wirksamkeit von Edukationsprogrammen zur Reduktion von Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Patienten bei Pflegefachpersonen wurde noch zu spärlich erforscht. Daher ist es essenziell, dass weitere Forschungsarbeiten die Wirksamkeit verschiedener Edukationsprogramme und Kontaktinterventionen zur Verringerung von Stigmata gegenüber alkoholabhängigen Patienten beim Pflegefachpersonal prüfen. Da in der Literatur empfohlen wird, die Interventionen zielgruppenspezifisch zu gestalten, müssten die Edukationsprogramme und Kontaktinterventionen zur Reduktion von Stigmata spezifisch für das Pflegefachpersonal zusammengestellt werden. Um dies zu ermöglichen, benötigt es zunächst weiterführende Forschungsarbeiten, welche die Stigmata von Pflegefachpersonen gegenüber alkoholabhängigen Patienten genau analysieren und Entstehungsursachen für die Stigmata eruieren. Darauf aufbauend müssten Edukationsprogramme, die an diesen Entstehungsursachen ansetzen, entwickelt und geprüft werden. Zudem wurden bisher nur Edukationsprogramme untersucht, die über die Krankheitsbilder, die Krankheitsentstehung von psychischen Erkrankungen und über damit assoziierte Mythen informierten. Interessant wäre jedoch zu erforschen, ob auch Edukationsprogramme, die über die Stigmaentstehung und die Folgen von Stigmata informieren, eine Verminderung der Stigmata bewirken könnten. Auch diesbezüglich werden weiterführende differenzierte Forschungsarbeiten benötigt.

9. Verzeichnisse

9.1 Literaturverzeichnis

Allen, K. (1993). Attitudes of registered nurses toward alcoholic patients in a general hospital population. *Substance use Misuse, 28*(9), 923-930.
doi:10.3109/10826089309039664

Anonyme Alkoholiker. (2014, 21.03). Erfahrungsbericht. Message posted to <http://www.anonyme-alkoholiker.ch/kontakt>

Anton Proksch Institut. (2014). The anton proksch institute. Retrieved from <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=469> on 13/03/2014

Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 457-463. Retrieved from <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/570> on 13/01/2014

Boysen, G., A., & Gabreski, J., D. (2012). The effect of combined etiological information on attitudes about mental disorders associated with violent and nonviolent behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*(8), 852-877.
doi:10.1521/jscp.2012.31.8.852

Chang, Y., & Yang, M. (2013). Nurses' attitudes toward clients with substance use problems. *Perspectives in Psychiatric Care, 49*(2), 94-102.
doi:10.1111/ppc.12000

Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal, 43*(2), 171-181. doi:10.1007/s10597-006-9061-8

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Warpinski, A. C., & Gracia, G. (2004). Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatric Services, 55*(5), 577-580. doi:10.1176/appi.ps.55.5.577

- Corrigan, P., W. (2004). Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 113-121.
doi:10.2975/28.2004.113.121
- Crothers, C. E., & Dorrian, J. (2011). Determinants of nurses' attitudes toward the care of patients with alcohol problems. *ISRN Nursing*, 2011, 1-11.
doi:10.5402/2011/821514
- Dains, J. E. (1981). Stigma management with the alcoholic. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 7, 204-208. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=1982005958&site=ehost-live> on 13/01/2014
- De Vargas, D., & Labate, R. C. (2005). Working with alcoholic patients: Satisfaction of nurses at a general hospital. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 26(2), 252-260. Retrieved from
http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/16468270/%5BWorking_with_alcoholic_patients:_satisfaction_of_nurses_at_a_general_hospital%5D_on_22/01/2014
- Falk, G. (2001). *Stigma how we treat outsiders*. New York: Prometheus books.
- Goffman, E. (1975). *Stigma über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (1st ed.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Henderson, C., Corker, E., Lewis-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., Rose, D., . . . Thornicroft, G. (2012). England's time to change antistigma campaign: One-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatric Services*, 63(5), 451-457. doi:10.1176/appi.ps.201100422
- Hertling, I., Ramskogler, K., Riegler, A., Zoghalmi, A., Walter, H., & Lesch, O. M. (2001). Entzugsbehandlung von alkoholabhängigen Patienten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 24(1), 41-46.

- Howard, M. O., & Chung, S. S. (2000). Nurses' attitudes toward substance misusers. *Substance Use Misuse*, 35(3), 347-365. doi:10.3109/10826080009147701
- Käppeli, S. (2000). *Stigma* (3rd ed.). Zürich: Hans Huber Verlag.
- Kuendig, H. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcoolo-dépendantes dans la population helvétique - rapport final.* (No. 56). Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Kunda, Z., & Oleson, K., C. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: Constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of Personality & Social Psychology*, 68(4), 565-579. doi:10.1037/0022-3514.68.4.565
- Kunda, Z., & Oleson, K., C. (1997). When exceptions prove the rule: How extremity of deviance determines the impact of deviant examples on stereotypes. *Journal of Personality & Social Psychology*, 72(5), 965-979. doi:10.1037/0022-3514.72.5.965
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 113(429), 51-59. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien. Retrieved from <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/qualformG.pdf> on 28/09/2013
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39-50. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x
- Loth, C., Rutten, R., Huson-Anbeek, D., & Linde, L. (2002). *Professionelle Suchtkrankenpflege* (1st ed.). Bern: Hans Huber.

- Madjar, I., Walton, J.A. (2001). In Morse., Swanson, J. M., Kuzel, J. What is problematic about evidence? In J. M.Morse, J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Hrsg.)*The nature of qualitative evidence*(S. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nüesch, M. (2002). In A. Bächtold, & W. Schley, *Stigmatisierungserleben und Stigma-management- eine empirische Untersuchung mit ehemaligen Klienten einer Tagesklinik* (6th ed., pp. 13-33). Zürich: ISP-Universität Zürich.
- Public Health Resource Unit. (2006). 10 questions to help you make sense of reviews. Retrieved from <http://calder.med.miami.edu/portals/ebmfiles/UM%20CASP%20RCTs%20Assesment%20Tool.pdf> on 09/28/2013
- Reinke, R. R., Corrigan, P. W., Leonhard, C., Lundin, R. K., & Kubiak, M. A. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 377-389. doi:10.1521/jscp.23.3.377.35457
- Richter, G., Rommelspacher, H., & Spies, C. (2002). *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? - Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in southeast brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1080-1084. doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.026
- Rudolf, G. (2011). *Stigma: mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung*. Zürich: Pro Mente Sana.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

- SBK-ASI. (2007). Ethische Standpunkte 2 - Verantwortung und Pflegequalität. Retrieved from http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/de/Grippe-d.pdf on 20/12/2013
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism, 46*(2), 105-112. doi: 10.1093/alcalc/agq089
- Schwoon, D. R. (2005). *Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten* (2nd ed.). Bonn: Psychiatrieverlag.
- Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., & Wahid, Z. (2008). Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice, 8*(4), 290-298. doi:10.1016/j.nepr.2007.10.003
- Van Boekel, L., Brouwers, E., van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug & Alcohol Dependence, 131*(1-2), 23-35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
- Vargas, D., & Luis, M. A. (2008). Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: Conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 16*, 543-550. doi:10.1590/S0104-11692008000700007
- Wicki, M. (2013). *Hospitalisierungen aufgrund von Alkoholintoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen - eine Analyse der schweizerischen „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ 2001-2010*. (Forschungsbericht No. 62). Lausanne: Sucht Schweiz.
- World Health Organization. (2014). Patterns of drinking score. Retrieved from http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_patterns/drinking_score_patterns_text/en/ on 07/03/2014

Yamaguchi, S., Wu, S., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: A systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 490-503. doi:10.1097/NMD.0b013e31829480df

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafik der Stigmatisierungsebenen (Menard, T. & von Arx, G., 2014). 16

9.3 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1. Keywords der Literaturrecherche | 6 |
| Tabelle 2. Übersicht über die integrierten Studien und die Evidenzlevel | 28 |
| Tabelle 3. Zeitlicher Verlauf der Intervention | 43 |

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Doris Ruhmann für ihre kompetente Betreuung und motivierenden Worte. Ein spezieller Dank geht an Alexandra Mouci, Faye Menard, Thomas von Arx und Nadia Mouci Menard für das hilfreiche und ausführliche Gegenlesen. Weiter möchten wir uns bei Kathrin Hofer für die aufschlussreiche Korrekturarbeit bedanken. Ein grosses Dankeschön geht ebenfalls an Terry Menard der uns ermöglicht hat unsere Arbeit zu drucken. Bei unseren Familien, Freunden und Partnern bedanken wir uns für die Geduld und die aufmunternden Worte, die uns immer wieder motivierten in dieser stressvollen Zeit nicht aufzugeben. Ein letztes Dankeschön geht an die Betreuer und Mitstudierenden des Peerfeedbacks, die uns mit wertvollen Tipps zur Seite standen. Wir freuen uns nun wieder mehr Zeit mit unseren Freunden, Partnern und Familien verbringen zu können.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir bestätigen hiermit, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Zürich, 02.05.2014

Gabriela von Arx

Tamara Menard

Anhang

- A. Glossar
- B. Detaillierter Suchverlauf der Literaturrecherche
- C. Beurteilungen der Studien
- D. Evidenzlevel

Anhang A: Glossar

| Begrifflichkeit | Definition | Quelle |
|---|---|---|
| Anonyme Alkoholiker | Selbsthilfegruppen für Alkoholranke in der ganzen Schweiz. Die Mitglieder bleiben jeweils anonym. | (Anonyme Alkoholiker, 2013) |
| Anova | Analysis of Variance, statistisches Testverfahren für den Vergleich von mehr als 2 Mittelwerten von mehr als 2 unabhängigen oder abhängigen Stichproben | (Meichtry, 2012) |
| Empowerment | In der Pflege ermöglichen und fördern Massnahmen zum Empowerment die Selbstbestimmung von Patienten, die Fähigkeit und die Freiheit derer, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, eigene Vorstellungen zu formulieren und Entscheidungen zu treffen | |
| Follow-up Test | Test der nach einem bestimmten Zeitraum nach der Durchführung einer Studie erfolgt, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Intervention zu testen. | |
| Gamma-Aminobuttersäure (GABA) Rezeptoren | GABA-Rezeptoren sind Rezeptoren an Nervenzellen, an denen der Neurotransmitter GABA (γ -Aminobuttersäure) binden und eine hemmende Wirkung auf die Nervenzellen entfalten kann. | http://flexikon.doccheck.com/de/%CE%93-Aminobutters%C3%A4ure |
| Mann-Whitney U | Statistisches Testverfahren für die Erfassung des Unterschieds zwei unabhängiger Gruppen mit ordinal skalierten Daten | https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/mann-whitney-u-test-using-spss-statistics.php |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| messy | Adjektiv für eine Person deren Wohnung völlig unordentlich, chaotisch und voller nutzloser Gegenstände ist | http://www.duden.de/rechtschreibung/Messie |
| Posttest | Test der direkt nach der Durchführung einer Intervention zur Erfassung der Wirksamkeit angewandt wird | |
| Pretest | Test der vor der Intervention zur Erfassung der Ausgangslage durchgeführt wird | |
| Schizoaffektive Störung | Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen. | www.icd-code.de/icd/code/F25.2.html |
| Stimuli | Ein Stimulus ist ein Reiz bei dem ein zielgerichtetes oder nicht-zielgerichtetes Ereignis zur Erregung (Stimulation) einer Wahrnehmungsstruktur (Rezeptor) führt. | http://flexikon.doccheck.com/de/Reiz |
| T-Test | Statistisches Testverfahren, das sich für das Testen eines Zwischengruppeneffekts in einer klinischen Studie, einem Experiment eignet. | (Meichtry, 2012) |
| Wilcoxon Test | Nichtparametrisches statistisches Testverfahren für den Vergleich zweier verbundener Stichproben | http://www.faes.de/Basis/Basis-Statistik/Basis-Statistik-Wilcoxon/basis-statistik-wilcoxon.html |

Anhang B: Detaillierter Suchverlauf der Literaturrecherche

Suche in den pflegerelevanten Datenbanken

| Datum | Datenbank | Suchstrategie | Hits | Relevante Artikel | Hauptstudie |
|------------|-----------|---|------|-------------------|--|
| 11.09.2013 | Medline | ((alcoholism or alcoholics or "alcohol addiction" or *alcohol abuse*/ or *alcohol dependency*/) and nurse and (((beliefs or attitudes or prejudice or *confidence levels*/) and education) or *educational intervention*/)) | 21 | 2 | 1 (Vadlamudi et al., 2007) |
| 15.10.2013 | Medline | stigma OR stigmatization AND antistigma OR education AND alcoholics OR alcoholism OR *mental illness* limit to (english language and abstracts and full text) | 37 | 1 | 1 (Corrigan et al., 2007) |
| 13.01.2014 | PsycInfo | (stigma or stigmatization or attitudes or prejudice or morale).ab. and (neutralize or remove or correct or antistigma).af. and (alcoholics or alcoholism or *alcohol dependence*/ or *alcohol addiction*/). limit to (english language and abstracts) | 58 | 7 | 3 (Yamaguchi et al., 2013; Boysen & Gabreski, 2012; Arboleda- Flòrez & Stuart, 2012) |

Schneeballverfahren

| Datum | Studien | Relevante Referenzen | Hauptstudie |
|------------|---|----------------------|--|
| 21.01.2014 | Effects of Short-Term Interventions to Reduce Mental Health-Related Stigma in University or College Students (Yamaguchi et al., 2013) | 8 | (Corrigan et al., 2004) (Corrigan, 2004) (Reinke et al., 2004) |

Anhang C: Beurteilung der Literatur
 Beurteilung der verwendeten Studien

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien
 © Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMaster-Universität
Titel: The effect of combined etiological information on attitudes about menatl disorders
 Boysen, Guy, A., & Gabreski, Justine, D., (2012)

| | |
|---|--|
| <p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf die Pflege und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Die Forscher führten zwei Studien durch, um herauszufinden welcher Effekt ausgelöst wird wenn zu den Eigenschaften psychischer Erkrankungen die als unterschiedlich gefährlich empfunden werden, eine Kombination von biologischen und psychologischen Informationen abgegeben werden.</p> <p>Die Studie ist relevant für unsere Fragestellung, da sie eine Methode untersucht, wie das Stigma beeinflusst werden kann durch eine Kombination von biologische und psychologischen Informationen. Ausserdem untersucht sie welchen Einfluss die Einstellung, dass die Personen mit der psychischen Erkrankung gefährlich seien, auf das Stigmata hat.</p> <p>Da wir Empfehlungen für die Praxis abgeben wollen ist die Art und Weise wie dies getan werden soll ein zentraler Aspekt. Einflussfaktoren sind ebenso wichtig zu kenne um Grenzen aufzuzeigen.</p> |
| <p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Der „State of the art“ wird ausführlich beschrieben, Theorien und Annahmen wurden mit etlichen Quellen hinterlegt: Von verschiedenen Studien wurde bereits untersucht welchen Effekt die biologische Erklärung auf die Stigmatisierungen von psychischen Erkrankungen hat. Dabei wurde festgestellt, dass sich dieser Effekt unterscheidet, je nach dem ob die Krankheit als gefährlich eingestuft wird oder nicht. Es wurde belegt, dass die biologische Information meist die Schuldzuweisung reduziert. Hingegen kann sie zusätzlich negative Vorurteile auslösen und zu verstärkter sozialer Distanzierung führen. Hypothesen wurden aufgestellt, dass Informationen die verschiedene Aspekte der Kausalität aufzeigen bessere Resultate erzielen. Dies wurde bisher jedoch noch nicht untersucht. → die Forschungslücke wird sehr ausführlich beschrieben:</p> |
| <p>DESIGN</p> | <p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfra-</p> |

| | |
|--|--|
| <p>O randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p>o Kohortenstudie</p> <p>o Einzelfall-Design</p> <p>o Vorher-Nachher-Design</p> <p>o Fall-Kontroll-Studie</p> <p>o Querschnittsstudie</p> <p>o Fallstudie</p> | <p>ge (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Bei den beiden Studien handelt es sich um exploratorische Interventionsstudien, die jeweils zwei verschiedene Interventionen miteinander vergleichen. In der ersten wurde der Unterschied bzgl. der vorhandenen Stigmata und der Annahmen bzgl. Kausalität, vor und nach Abgabe verschiedener Kausalitätstheorien und Verhaltensbeispielen untersucht. Die zweite Studie war eine konzeptuelle Wiederholung der ersten Studie. Dies machte es möglich, zu denselben Forschungsfragen den Effekt der kombinierten Information zu untersuchen.</p> <p>Das Forschungsdesign passt, da es notwendig ist vor und nach der Intervention eine Messung durchzuführen um den Effekt einer Intervention herauszufinden.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Studie 1:</p> <p>Für die Messung der vorhandenen Stigma wurde ein Instrument verwendet, welches sieben verschiedene Aspekte von Stigma integrierte: Wut, Schuld, Angst, Hilfe, Mitleid, Zwang, Soziale Distanz. Jeder dieser Aspekte konnte auf einer Skala von 1 (absolut nicht einverstanden) bis 9 (absolut einverstanden) eingestuft werden. Diese Ergebnisse wurden Addiert und ergaben die Summe des „totalen Stigmas“. Dies stellt eine Limitierung dar, da die Auswirkung der Intervention, auf die Ausprägung der verschiedenen Aspekte des Stigmas, nicht untersucht wurde.</p> <p>Eine weitere Limitierung stellt der exklusive Fokus auf das Krankheitsbild Schizophrenie dar. Dieses ist in der Gesellschaft stark belastet durch die Annahme es sei gefährlich. Die Ausgangslage der Stigmatisierungen dieses Krankheitsbildes ist dadurch verzerrt. Zusätzlich wies die Skala zur Auswertung des Essentialism eine niedrige „internal consistency“ auf.</p> <p>Studie 2: Keine spezifischen Limitationen werden zu dieser Einzelnen Studie angegeben.</p> <p>Insgesamt:</p> <p>Das Sample war sehr homogen (nur Studenten). Es ist möglich, dass die Informationen zur Ätiologie der Erkrankungen bei anderen Berufsgruppen, Gesellschaftsgruppen, Alter, Geschlecht oder Kultur, andere Ergebnisse erzielt hätten. Dies bleibt jedoch ungeklärt.</p> <p>Alle Materialien für die Messung und die Auswertung bestanden aus schriftlichen Charakterskizzen und Berichten der Teilnehmer. Die schriftlichen Materialien</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>weisen jedoch oft eine tiefe ökologische Validität auf.</p> <p>Zu der Reliabilität sowie der Validität der verschiedenen Messinstrumente wir keine Angabe gemacht.</p> |
| <p>STICHPROBE</p> <p>N= 147</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p> | <p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Das Sample der beiden Studien bestand aus 151, 147 freiwilliger Studenten der public university in the Northeastern U.S. Beide Samples bestanden zu 88% bzw. 70% Frauen, wobei es 88 bzw. 84% weisser Hautfarbe waren. Das Mittlere Alter der Teilnehmer liegt in beiden Studien bei 19 Jahren.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohl informierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Es werden keine Angaben zu einem Ethikverfahren angegeben. Die Teilnehmer füllten im Voraus einen Informed Consent aus.</p> |
| <p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</p> <p>Sudie 1:</p> <p>Die Teilnehmer wurden randomly in drei Gruppen eingeteilt. Als erstes mussten die Teilnehmer ein Assessment über ihre Annahme zur Ätiologie der Erkrankung ausfüllen. Darauf hin erhielt der eine Teil der Gruppe ein Fallbeispiel eines an Schizophrenie Erkrankten Menschen, der sich gewalttätig verhielt. Die andere Gruppe las ein Beispiel, in welchem keine Andeutungen zu gewalttätigen Verhaltensweisen gemacht wurden. Darauf hin mussten alle Teilnehmer ein Assessment zur Einschätzung ihrer Stigmata ausfüllen. Das Assessment hatte sieben Komponenten: Angst, Hilfe, Gewalt, Soziale Distanz, Wut, und Schuld. Darauf hin erhielten die drei Gruppen unterschiedliche Informationsblätter zu der Äthiologie der Erkrankung: biologische Ursache, ethiologische Ursache, kombinierte Ursache. Danach wurde erneut das Stigmaassessment ausgefüllt. Ebenfalls das Assessment bzgl. Annahmen zur Ätiologie wurde ein zweites Mal ausgefüllt. Beide Tests wurden in einem Pre-, und Posttest untersucht.</p> <p>Studie zwei:</p> <p>In der zweiten Studie füllten die Teilnehmer ebenfalls zuerst ein Assessment über ihre Annahmen zur Ethiologie der Erkrankungen aus. Anschliessend lasen sie die Beschreibung der Symptome der Krankheitsbilder. In dieser Studie wurden zwei verschiedene Krankheitsbilder gewählt, das eine löst gewalttätige Verhaltensweisen auf, das andere nicht. Daraufhin wurden sie wieder in drei Grup-</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>pen aufgeteilt und erhielten die verschiedenen Informationen zu Ethnologie siehe oben. Am Schluss füllten sie erneut das Stigma, sowie das Essentialism assessment aus. In dieser Studie fällt der Pretest des Stigmaassessments weg, da dieser bereits in der Studie zuvor untersucht wurde. Ausserdem wurden unbekannte Krankheitsbilder gewählt um bereits vorgefertigte Stigma auszuschließen.</p> <p>Zum Essentialim wurde sowohl der Pre-, wie auch der Posttest durchgeführt.</p> | | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="422 571 874 927"> <p>Outcome Bereiche (z.B. verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Einstellung der Teilnehmer, Beeinflussbarkeit der Einstellung durch Interventionen, Einfluss des Merkmals „gefährlich, gewalttätig“ auf die Stigmata</p> </td> <td data-bbox="874 571 1383 927"> <p>Listen Sie die, Selbstversorgung (self care) Messungen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stima-assessment • Essentialim-Assessment • Wilkoxon-Test zur Auswertung der Ergebnisse </td> </tr> </table> | <p>Outcome Bereiche (z.B. verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Einstellung der Teilnehmer, Beeinflussbarkeit der Einstellung durch Interventionen, Einfluss des Merkmals „gefährlich, gewalttätig“ auf die Stigmata</p> | <p>Listen Sie die, Selbstversorgung (self care) Messungen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stima-assessment • Essentialim-Assessment • Wilkoxon-Test zur Auswertung der Ergebnisse |
| <p>Outcome Bereiche (z.B. verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Einstellung der Teilnehmer, Beeinflussbarkeit der Einstellung durch Interventionen, Einfluss des Merkmals „gefährlich, gewalttätig“ auf die Stigmata</p> | <p>Listen Sie die, Selbstversorgung (self care) Messungen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stima-assessment • Essentialim-Assessment • Wilkoxon-Test zur Auswertung der Ergebnisse | | |
| <p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Kointervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt</p> | <p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der pflegerischen Praxis wiederholt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Informationen zu der Ethnologie der Erkrankung/ Erkrankungen wurden abgegeben: biologische, ethiologische, kombinierte. • zwei Fallbeispiele bzw. Symptombeschreibungen wurden abgegeben. eines mit gewalttätigem Verhalten, eines ohne | | |
| <p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statis-</p> | <p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um</p> | | |

| | |
|---|--|
| <p>tische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> | <p>einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> |
| <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Studie 1: Essentialism Es wurde festgestellt dass die Art der ethiologischen Information einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung bzgl. Ethologie der Teilnehmer hatte. Heraus kam, dass die kombinierte Information den selben Einfluss hatte wie die biologische.</p> |
| <p>War(en) die Analyse methode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Stigma: Eine signifikante Stigmareduktion konnte in der Gruppe der Krankheit die gewalttätiges Verhalten beinhaltet bei allen ethiologischen Erklärungen festgestellt werden. In der anderen Gruppe hatte nur die ethiologische Information eine signifikante Stigmareduktion zur Folge. Herausgefunden wurde zusätzlich dass Stigmatisierungen gegenüber Krankheiten mit gewalttätigem Verhalten insgesamt viel höher waren.</p> |
| <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Studie 2: Essentialism: Die Ergebnisse der Studie 1 wurden bestätigt. Stigma: Ebenfalls wurden die Stigmatisierungen signifikant beeinflusst. Das Mitleid war bei den biologische Infos erhöht, Schuldzuweisungen nahmen ab. Durch die ethiologische Information wurde dafür Wut und Schuldzuweisung erhöht. Für die Kombinierte Information konnte keine signifikante Stigmareduktion erkannt werden.</p> |
| | <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Die klinische Bedeutung der Studie besteht darin, dass sich die Stigmata, durch die verschiedenen ätiologischen Informationen unterschiedlich verändert haben. Durch die biologischen Erklärungen können Schuldzuweisungen reduziert werden. Sie gehen jedoch auch davon aus, dass die Krankheit unveränderbar und ist wodurch die soziale Distanz zunimmt und die Hilfsbereitschaft abnimmt. Dies bestätigt Ergebnisse früherer Studien. Diese Information ist für Krankheitsbilder wichtig bei denen erzielt werden will, dass sie nicht dafür verantwortlich gemacht werden. Die soziale Distanz und die Angst zu verhindern ist jedoch damit schwer zu erreichen. Ätiologische Erklärungen hatten einen wichtigen Einfluss bei den Krankheitsbildern die nicht mit Gewalt in Verbindung gebracht werden. Es muss jedoch bedacht werden, dass viele Psychische Erkrankungen mit Aggressivität, in Verbindung gebracht werden und Angst auslösen. Um Stigma effektiv zu reduzieren muss also die Information die abgegeben wird dem Krankheitsbild angepasst werden. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass die Begründung für die Krankheit in der</p> |

| | |
|--|---|
| | Stigmabekämpfung weniger relevant ist als das Verhalten, das mit dem Krankheitsbild in Verbindung gebracht wird. |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> | <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es handelt sich um eine einmalige Umfrage, daher bestand keine Gefahr von Drop-outs. Entsprechend wurden keine Angaben dazu gemacht.</p> |
| <p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die Pflegerische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Schlussfolgerungen waren angemessen und gut überdacht und diskutiert. Zu den Limitierungen siehe oben.</p> |

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien
 © Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMaster-Universität
Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma
 Corrigan, Patrick W., Watson, A., Warpinski, A. & Gracia, G., (2004)

| | |
|--|--|
| <p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf die Pflege und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Der Zweck dieser Studie war es zwei verschiedene Edukationsprogramme gegen Stigma gegenüber psychisch Kranken Menschen zu vergleichen. Ein Edukationsprogramm zielte auf den Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen und das andere auf das Aufmerksam machen der Stigmata. Diese Studie ist für die Bearbeitung der Bachelorarbeit wichtig, da sie zwei verschiedene Edukationsprogramme untersucht und somit eine Aussage darüber machen kann, welche Inhalte ein Edukationsprogramm benötigt, um möglichst wirksam zu sein.</p> |
| <p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p> | <p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Die Notwendigkeit der Studie wurde damit begründet, dass gewisse Anwälte glauben, dass es notwendig ist den Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen aufzuzeigen, um mehr Gelder für psychisch Kranke zu sammeln. Andere hingegen behaupten, dass dieser Ansatz zu mehr Stigmata gegenüber psychischen Erkrankungen führt. Deshalb untersucht diese Studie welches Edukationsprogramm wirksamer ist im Kampf gegen Stigmata und Stigmatisierungen.</p> |
| <p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="radio"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="radio"/> Einzelfall-Design</p> <p><input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="radio"/> Querschnitts-studie</p> | <p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Das Design wurde in der Studie nicht beschrieben, jedoch könnte es ein RCT sein, da es drei verschiedene Gruppen gab darunter eine Kontrollgruppe die kein Edukationsprogramm erhalten hat. Weiter wurden sie drei Mal befragt, das heisst einen Pretest, Posttest und ein Follow-up test gemacht. Dieses Design ist für die Studienfrage geeignet, da es eine Kontrollgruppe braucht, um die Wirksamkeit der Edukationsprogramme feststellen zu können.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die viel-</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallstudie | <p>leicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Die Teilnehmer der Studie waren alle vom selben College, weshalb eine Generalisierung erschwert werden könnte. Zudem sind es alle Personen aus derselben Alterskategorie, was die Stigmata beeinflussen könnte. Weiter waren es mehr Frauen als Männer die teilgenommen haben.</p> | |
| <p>STICHPROBE</p> <p>N= 161</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja ○ nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ja <input checked="" type="radio"/> nein ○ entfällt | <p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Stichprobe bestand aus 161 College Studenten, welche teilweise unterschiedlicher Herkunft waren. Frauen machten mit 67% den grösseren Anteil aus, 60% der Teilnehmer waren Amerikaner, 42% waren Afroamerikaner, 4% Latinos und 4% aus einer anderen ethnischen Gruppe. Die Teilnehmer wurden randomisiert drei verschiedenen Gruppen zugeteilt.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>In dieser Studie wird kein Ethikverfahren beschrieben. Es wird jedoch beschrieben, dass alle Teilnehmer der Studie zugestimmt haben.</p> | |
| <p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ja <input checked="" type="radio"/> nein <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ja ○ nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben | <p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</p> <p>Es wurden drei verschiedene Messungen durchgeführt. Ein Pretest gleich vor der Intervention, ein Posttest direkt nach der Intervention und ein Posttest der eine Woche nach der Intervention durchgeführt wurde.</p> <p>Outcome Bereiche (z.B verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Die Studie untersuchte zwei verschiedene Edukationsprogramme auf ihre Wirksamkeit auf die Reduzierung von Stigmata und Stigmatisierungen.</p> | <p>Listen Sie die, Selbstversorgung (self care) Messungen auf</p> <p>Für die Messung wurde ein Fragebogen verwendet mit 27 verschiedenen Aussagen, die mit einer 9 Stufigen Likert-Skala bewertet wurden. Eins stand für überhaupt nicht und neun für sehr stark.</p> |
| <p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja | <p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der pflegerischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Insgesamt waren es vier Präsentatoren. In der Edukationsgruppe über Gewalt,</p> | |

| | |
|---|---|
| <p> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Kointervention) vermieden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt </p> | <p>wurden Fakten preisgegeben über Gewalttaten die durch psychisch Kranke verübt wurden. Beispielsweise erzählten sie den Teilnehmern, dass jährlich etwa 1000 Morde durch unbehandelte psychisch Kranke begangen werden. In der Edukationsgruppe gegen Stigma hingegen wurden sieben Mythen aufgegriffen und Fakten aufgelistet welche diese Mythen in Frage stellen.</p> <p>In beiden Interventionen wurden Skripte verteilt, mit 12 Folien gemischt mit einem didaktischen Anteil der Präsentatoren. Die Kontrollgruppe erhielt keinerlei Informationen über psychische Erkrankungen. Da es sehr kurze Interventionen waren, wäre es durchaus möglich ein solches Edukationsprogramm auch für die Pflege einzusetzen.</p> |
| <p> ERGEBNISSE Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben War(en) die Analysemethode(n) geeignet? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben </p> | <p> Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt? </p> <p>In der Edukationsgruppe über den Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen kam es zu einer signifikanten Erhöhung der Vorurteile über die Gefährlichkeit vom Pretest zum Posttest und zum Follow-up Test. Hingegen sind die Vorurteile über Gefährlichkeit in der Kontrollgruppe und der Edukationsgruppe über Stigma vom Pretest zum Posttest gesunken. Die Teilnehmer der Edukationsgruppe über Gewalt waren signifikant bereiter Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu vermeiden, als die Kontroll- und Edukationsgruppe über Stigma. Weiter waren die Teilnehmer der Gewaltgruppe geneigter Betroffene in eine Behandlung zu nötigen und Einrichtungen nur in abgegrenzten Gebieten zu erlauben. Die Teilnehmer der Edukationsgruppe über Stigma hingegen, waren bereiter Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen, als die anderen beiden Gruppen.</p> <p> Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung? </p> <p>In der Studie wurde keine klinische Bedeutung der Ergebnisse beschrieben. Jedoch sind diese Ergebnisse von Bedeutung um Edukationsprogramme so anzupassen, dass sie einen wirksamen Effekt gegen Stigmatisierungen haben.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Diese Ergebnisse haben gezeigt, dass es relevant ist, welche Informationen in einem Edukationsprogramm enthalten sind und dass sie teilweise sogar je nach Inhalt mehr Stigmatisierungen auslösen können.</p> |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein</p> | <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>In der Studie wurden 161 Studenten kontaktiert und 161 haben an der Studie teilgenommen. Es wurden keine Studenten während der Untersuchung ausgeschlossen.</p> |
| <p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> | <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die pflegerische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Studie kam zum Schluss, dass noch weitere Untersuchungen in diesem Gebiet gemacht werden sollten. Sie sind jedoch der Meinung, dass die Edukation über den Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen, einen gegenteiligen Effekt haben kann. Dieses Ergebnis ist relevant, um ein Edukationsprogramm so gestalten zu können, dass es einen möglichst wirksam Effekt im Kampf gegen Stigmata und Stigmatisierungen hat. Die beschriebene Limitierung war, dass Studenten meist einen höheren Bildungsgrad als durchschnittliche Amerikaner haben.</p> |

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien

| <p>Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien</p> <p>© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMaster-Universität</p> <p>Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol</p> <p>Vadlamudi, S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T. & Wahid, Z., (2007)</p> | |
|---|--|
| <p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Die Studie untersuchte die Veränderungen von Vorurteilen und Haltungen von Pflegenden gegenüber alkoholabhängigen Patienten bezüglich ihrer Therapie, nach einem spezifischen Edukationsprogramm. Weiter wurde auch die Selbstsicherheit im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten untersucht. Die Studie bezieht sich auf unsere Forschungsfrage, da wir uns mit Stigmata und Stigmatisierungen der Pflegenden gegenüber Alkoholikern befassen. Ebenfalls ist diese Studie für die Pflege relevant, da die Population ausschliesslich aus Pflegenden bestand.</p> |
| <p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Die Notwendigkeit dieser Studie wurde in der Einleitung damit begründet, dass bereits viele Studien mit Ärzten durchgeführt wurden, jedoch wenig Literatur mit Pflegenden vorhanden ist. Weiter wurde die Relevanz des Themas ausführlich mit Hintergrundliteratur begründet.</p> |
| <p>DESIGN</p> <p><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="radio"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="radio"/> Einzelfall-Design</p> <p><input checked="" type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="radio"/> Querschnittsstudie</p> <p><input type="radio"/> Fallstudie</p> | <p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>In dieser Studie handelt es sich um eine prospektive Interventionsstudie. Dieses Studiendesign ist meiner Meinung nach passend gewählt, da es die Wirksamkeit einer Intervention untersucht und somit ihre Forschungsfrage beantworten könnte. Jedoch sollten dafür mindestens zwei Gruppen verglichen werden, was in dieser Studie nicht der Fall war. Es gab nur einen pretest und posttest mit einer Gruppe.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Es wurde nur eine Gruppe untersucht was für eine Interventionsstudie unge-</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>wöhnlich ist. Die Testverfahren wurden jedoch zu ungenau beschrieben. Beispielsweise ist nicht klar deklariert aus was für Fragen der Fragebogen bestand, jedoch steht zu welchen Punkten sie befragt wurden, beispielsweise über ihr Wissen oder ihre Erfahrung die sie mitbringen. Meiner Meinung nach, wäre es auch förderlich gewesen die Gruppen zu teilen, dass solche mit mehr Erfahrung mit alkoholabhängigen Patienten und solche die weniger Erfahrung haben, separat beurteilt werden um eine Divergenz festzustellen. Dies wäre wichtig um zu erfahren ob ein Edukationsprogramm je nach Arbeitserfahrung angepasst werden muss. Weiter wurden nur Pflegende aus einer Region befragt, was das Ergebnis schwer generalisierbar macht. Leider waren auch die meisten Teilnehmer weiblich, was die Generalisierung für beide Geschlechter schwierig macht. Zusätzlich wurde nicht beschrieben ob es Teilnehmer gab die nicht befragt werden konnten oder die ausgeschlossen wurden. Leider wurde in dieser Studie nicht den Effekt auf das Verhalten gegenüber dieser Patientengruppe untersucht.</p> | |
| <p>STICHPROBE N= 181</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet? <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p> | <p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Es wurden 181 Pflegende in Ausbildung welche bereits direkten Patientenkontakt hatten befragt. Die Pflegenden waren zu 96% weiblich und hatten unterschiedlich lange Erfahrung im Gesundheitswesen. Des Weiteren kamen sie aus unterschiedlichen Fachrichtungen.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>In der Studie wird weder beschrieben ob die Ethikkommission die Untersuchung genehmigt hat, noch ob die Teilnehmer zugestimmt haben oder nicht. Diese Informationen sind in der Studie nicht enthalten.</p> | |
| <p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)? <input type="radio"/> ja</p> | <p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (Pre-, Post- Follow up)).</p> <p>In dieser Studie wurden zwei Messungen durchgeführt, ein Pretest und ein Posttest.</p> <p>Outcome Bereiche (z.B verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>In dieser Studie wurde die Effektivität einer Intervention untersucht und deren Einfluss auf Vorurteile.</p> | <p>Listen Sie die, Selbstversorgung (self care) Messungen auf</p> <p>In der Studie wurden Fragebogen benutzt um die Vorurteile vor der Intervention und nach der Intervention zu vergleichen. Dieser enthielt 100 Elemente und eine 5 stu-</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben | | 5-punkte Likert-Skala. |
| <p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben | <p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die Intervention bestand aus zwei verschiedenen Anteilen und wurde von einem Interdisziplinären Team durchgeführt. Zum einen durch einen Psychiater, eine ANP und einen Gesundheitswissenschaftler. Der Erste Teil der Intervention bestand aus einem didaktischen Anteil, der durch eine Power-Point verstärkt wurde. In diesem wurden vor allem Kriterien für risikoreiches Trinkverhalten und Alkoholabhängigkeit vorgestellt. Der zweite Teil bestand aus einem praktischen Teil, bei dem die Teilnehmer ein Rollenspiel präsentierten. Bei diesem Rollenspiel wechselten sie jeweils die Rolle vom Alkoholabhängigen, zur Pflegefachfrau und dann zum Beobachter. Zum Schluss wurde über das Rollenspiel diskutiert.</p> | |
| <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt | <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Kointervention) vermieden?</p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt | |
| <p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben | <p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Das Ergebnis war, dass es bei den Teilnehmern zu einer signifikanten Reduzierung der Vorurteile gegenüber alkoholabhängigen Patienten und deren Therapie kam. Weiter kam es zu einer signifikanten Steigerung des Selbstbewusstseins im Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Hierbei kam es jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen. Bei Pflegenden mit mehr Erfahrung zeigte die Intervention bezüglich Selbstbewusstsein im Umgang mit dieser Patientengruppe weniger Erfolg, als bei Pflegenden mit weniger Erfahrung.</p> | |
| <p>War(en) die Analyse(n) geeignet?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben | <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> | <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>In der Studie wird beschrieben, dass diese Ergebnisse relevant sind, um aufzu-</p> |

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben | <p>zeigen wie wichtig es wäre ein solches Edukationsprogramm in das Curriculum der Pflege einzubauen. Da es nur eine Gruppe gab, gab es keine Unterschiede zwischen Gruppen zu evaluieren.</p> |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein | <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>In der Studie wurde nur beschrieben wie viele Personen Teil genommen haben. Es wurde weder beschrieben wie viele sie angefragt haben, noch ob Teilnehmer ausgeschieden sind.</p> |
| <p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die pflegerische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Studie kam zu Schluss, dass ein Edukationsprogramm einen wirksamen Effekt auf Vorurteile und Haltungen haben kann. Weiter sollte in Betracht gezogen werden, diese Edukationsprogramme in das Curriculum der Pflege einzubauen. Dies wäre sicher von Vorteil, da die Teilnehmer sich auch im Umgang mit den Patienten sicherer fühlten und sich ihre Vorurteile reduzierten. Jedoch ist die Studie nicht ganz so generalisierbar, da die Population zum grössten Teil weiblich war, sowie aus der gleichen Region stammte. Ausserdem hat die Studie nicht untersucht ob sich das Verhalten der Teilnehmer gegenüber den alkoholabhängigen Patienten verändert hat, sondern nur ob sich die Haltung zum positiven gewandt hat.</p> |

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMaster-Universität

Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma?

Corrigan P.W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N. & Watson, A.C., (2007)

| | |
|---|---|
| <p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf die Pflege und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Die Studie untersucht und vergleicht den Einfluss zwei verschiedener videobasierter Antistigma-Programme. Das eine Video beinhaltet ein Edukationsprogramm, das andere Kontakt (erfahrungsbericht eines Betroffenen) Dies ist relevant für unsere Forschungsfrage, da wir empfehlungen an die Praxis abgeben wollen, welche anti-stigma interventionen am wirksamsten sind.</p> |
| <p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es wurden genaue Angaben über bereits vorhandene Studien zum thema Anti-stigma gemacht. Diese Studien fanden heraus, dass Kontakt und Edukation beide signifikatne Effekte erzielen. Es stellte sich jedoch auch heraus, dass Kontakt mehr Einfluss erzielte. Die Forscher überlegten sich darauf, dass ein edukationsprogramm sich besser verbreiten lässt, da es elektronisch weitergegeben werden kann. Dies ist ein massiver Vorteil. Andere Studien zeigten jedoch, dass videobasierte Kontaktinterventionen nicht weniger gut wirken als in vivo kontakt. Daher wollen die Forscher herausfinden ob videobasierter Kontakt im vergleich zu videobasierter Edukation ebenfalls die bessere Wirkung erzielt.</p> <p>Es geht also darum, festzustellen, ob die elektronische der Interventionen, die den Vorteil hat schnell verbreitet werden zu können, den besseren Effekt erzielt mit der Intervention Edukation oder Kontakt.</p> |
| <p>DESIGN</p> <p><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="radio"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="radio"/> Einzelfall-Design</p> <p><input checked="" type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="radio"/> Fall-Kontroll-</p> | <p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Bei dieser Studie handelt es sich um eine exploratorische Interventionsstudie bei der zwei verschiedenen Interventionen miteinander verglichen werden. Dazu wurde ein Präscreening ein screening direkt nach der Intervention und ein Follow-up screening durchgeführt. Dieses Design entspricht der Forschungsfrage sehr gut. Auf der Grundlage des Präscreenings kann der Effekt der beiden Inter-</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Querschnittsstudie ○ Fallstudie | <p>ventionen anhand des Screenings direkt nach der Intervention und anhand des Follow-up-screenings zweimal verglichen werden.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Die Studie erfasste ebenfalls Angaben zum Verhalten der Teilnehmer gegenüber der Betroffenen Person. Diese Angaben wurden jedoch durch Befragungen erhoben. Die Literatur ist sich nicht einig ob diese Methode ausreicht um vertrauenswürdige Aussagen über das Verhalten machen zu können. Einige Forscher sind der Ansicht dass effektive Indizien erfasst werden müssten. Die Teilnehmer könnten erahnt haben, dass es ein Ziel der Studie ist das Verhalten der Teilnehmenden zu verändern. Möglicherweise haben sie deshalb moderatere Angaben gemacht.</p> |
| <p>STICHPROBE</p> <p>N= 257</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja ○ nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ja <input checked="" type="radio"/> nein ○ entfällt | <p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Für die Studie wurden 257 Studenten eines öffentlichen Colleges rekrutiert. Dies wird damit begründet, dass die Studenten eines öffentlichen Colleges eine größere Diversität aufweisen als Studenten einer vierjährigen Universität.</p> <p>70% der Teilnehmer waren Frauen, Das Durchschnittsalter: 23.9 Jahre 37% waren Amerikaner europäischer Abstammung, 6.6 Amerikaner afrikanischer Abstammung, 12% Amerikaner asiatischer Abstammung, der Restbetsand waren native Amerikaner, Hawaiianer und 37.2% gaben an lateinamerikanische Ursprungs zu sein.</p> <p>Eduktion: 70,1% haben einen college abschluss, 16% ein Hing-schooldiplom, 7% ein associates-degree und 6.9% mit einem college-degree oder höher.</p> <p>Diese Teilnehmer wurden randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt. Um unterschiede der Gruppen bezüglich der oben beschriebenen Merkmale fetszustellen wurde Anova verwendet. Es wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden bezüglich aller Merkmale.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Es wird beschrieben, dass 244 Studenten sich einverstanden erklärten vollumfängliche an der Studie teilzunehmen. Dies lässt darauf schliessen, dass die Studenten über die Studie aufgeklärt wurden. Angaben zu einem Ethikverfahren werden jedoch nicht gemacht.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(Pre-, Post- Follow up)).</p> <p>Pre, post und ei Follow-up test durchgeführt.</p> | |
| <p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt</p> | <p>Outcome Bereiche (z.B verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Der Outcome betrifft die Reduktion der bestehenden Stigmata und teilweise der Verhaltensweisen der Teilnehmer</p> | <p>Listen Sie die verwendeten Selbstversorgung (self care), Messungen auf</p> <p>Als Messverfahren wurde das Attribution Questionnaire verwendet. Die Reliabilität und die Validität dieses Messinstruments wurden bereits in vorhergehenden Studien belegt.</p> |
| <p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> | <p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse be-</p> | |

| | |
|--|--|
| <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>rücksichtigt?</p> <p>Die Edukationsintervention erzielte ausschliesslich ein signifikantes Ergebnis: die Annahme dass Schizophrenie selbstverschuldet ist nahm signifikant ab. Beide Screenings, post und Follow-up Test erzielte im vergleich zum Pretest signifikante Ergebnisse.</p> <p>Die Kontaktgeduktion erzielte vier signifikante Ergebnisse: Kontakt führt zu signifikanten Veränderungen bezüglich Mitleid, Empowerment, Meidung und Absonderung. Auch diese Resultate zeigten sowohl im Posttest als auch im Follow-up-Test im vergleich zum Pretest signifikante Ergebnisse.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Es wird angegeben dass weiterführende Studien gemacht werden müssen um herauszufinden ob der Effekt der Intervention auch über längere Zeiträume aufrechterhalten bleibt. Genauere angaben zur Klinischen Bedeutung wurden nicht gemacht.</p> |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> | <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>13 Studenten erklärten sich nicht einverstanden an der Studie teilzunehmen. Gründe dafür sind jedoch nicht angegeben.</p> |
| <p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> | <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Es wird angegeben dass weiterführende Studien gemacht werden müssen um herauszufinden ob der Effekt der Intervention auch über längere Zeiträume aufrechterhalten bleibt.</p> <p>Limitationen werden keine Angegeben. Jedoch bin ich der Ansicht, dass Ein wichtiger Aspekt vernachlässigt wurde. Es wird nicht angegeben ob die Ausprägtheit der vorhergehenden Vorurteile die Effektivität der Intervention beeinflusst hat. In anderen Studien wurde nämlich herausgefunden dass solche Interventionen je nach stärke der vorhergehenden Vorurteile unterschiedliche Effekte haben können. Bei Personen die sehr starke vorurteile haben kann es je nach dem wie die Intervention gestaltet ist sogar zu einer Verstärkung der Stigmata kommen.</p> |

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMaster-Universität

Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness.

Reinke, R.R., Corrigan, P.W., Leonhard, C., Lundin, R.K. & Kubiak, M.A., (2004)

| | |
|---|--|
| <p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf die Pflege und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Ziel dieser Studie war, herauszufinden ob verschiedenen Formen von Kontakt zur Stigmareduktion sich in ihrer Effektivität unterscheiden: direkter Konatkt, videotape. Ein zweites Zeil dieser Studie war, zu untersuchen ob video-informationen mit unterschiedlichem Inhalt andere Resulate erzielen: moderate Wiederlegung des Stigmas, leichte wiederlegung des stigmas, starke Wiederlegung des Stigmas.</p> <p>Diese Studie ist relevant für die Praxis, da sie einen Anhaltspunkt liefert wie der Kontakt gestaltet werden soll um möglichst grossen Erfolg in der Stigmareduktion zu erzielen. Für Unsere Forschungsfrage ist dies zentral, da wir empfehlungen an die Praxis abgeben wollen.</p> |
| <p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> | <p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>In der Stigmaforschung wurden bereits viele Theorien aufgestellt, jedoch noch viele Aspekte nicht mit Studien belegt. Diese Studie wollte die Annahme belegen, dass direkter Konakt einen stärkeren Einfluss auf Stigmatisierungen hat, als videofilme dies haben. Ausserdem wollten sie die Theorie bestätigen, dass eine moderate Stigmawiderlegung im Konatkt grösseren Erfolg erzielt als eine leichte bzw sehr starke Widerlegung.</p> <p>Die Hintergrundliteratur wurde ausführlich beschrieben. Und die bestehende Lücke aufgezeigt. Sogar das Sample wurde aufgrund Limitationen vorhergehender Studien angepasst.</p> |
| <p>DESIGN</p> <p><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="radio"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="radio"/> Einzelfall-Design</p> <p><input checked="" type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="radio"/> Querschnittsstudie</p> | <p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Das Studiendesign bestand in einer prospektiven Interventionsstudie mit einem Vergleich aus Pre-, Posttest. Dieses Design eignet sich für die Beantwortung der Forschungsfrage, da die Effektivität der Intervention damit bestimmt werden kann.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>In der Studie wurde nur bei den Videosequenzen untersucht ob die Intensität der</p> |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Fallstudie | <p>Stigmawiderlegung unterschiedliche Ergebnisse erzielt. Dies wäre jedoch interessant gewesen, da der direkte Kontakt als Intervention bessere Ergebnisse erzielte.</p> <p>Eine Einschränkung stellte auch das eher kleine Sample dar. Für zwei Hypothesen konnte nur eine Tendenz festgestellt werden, konnte jedoch nicht mit signifikanten Ergebnissen belegt werden. Dies wäre bei einem grösseren Sample allenfalls möglich gewesen. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass das mittlere Alter des Samples bei 24 Jahren liegt und damit sehr jung ist. Zwei Drittel bestand aus Frauen. Die Resultate sind daher schwierig auf alle Altersgruppen, sowie auf das männliche Geschlecht zu übertragen.</p> <p>Die Ergebnisse könnten ausserdem davon beeinflusst worden sein, dass die Teilnehmer beim Ausfüllen der zweiten SDS, moderatere Einschätzungen abgaben, da sie annahmen dies wäre ein wünschenswerter Effekt. Diese Gefahr besteht jedoch bei allen Gruppen im selben Masse, daher ist davon auszugehen, dass der Zwischengruppenvergleich dadurch nicht verfälscht wurde.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie beschränken sich auf den direkten Effekt nach der Intervention. Wie lange dieser anhält ist aus dieser Studie nicht ersichtlich und müsste genauer untersucht werden.</p> |
| <p>STICHPROBE</p> <p>N= 164</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja ○ nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ja <input checked="" type="radio"/> nein ○ entfällt | <p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Die Stichprobe wurde sehr genau beschrieben.</p> <p>164 Teilnehmer wurden über die Studie informiert → alle nahmen teil, stimmten zu und füllten die Messungen zuverlässig aus. Das mittlere Alter beträgt 24 Jahre, 66.5% waren Frauen. Genaue Prozentangaben zum Zivilstand und Herkunftsnationalität wurden angegeben. Ebenso zu der Schulischen Ausbildung und zur Höhe des Einkommens. Anpassungen zu der Vielfalt an Herkunftsnationalitäten wurde im Vergleich zu vorhergehenden Studien vorgenommen.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Angaben zu einem Ethikverfahren wurden keine gemacht. Es ist nicht explizit beschrieben, dass die Teilnehmer einen Informed Consent unterschrieben. Jedoch schreibt der Autor dass die Teilnehmer informiert wurden und zustimmten.</p> |
| <p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja ○ nein ○ nicht angegeben | <p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (Pre-, Post- Follow up)).</p> <p>Outcomemessung wurde ein Vergleich zwischen dem Pre- und Posttest gemacht. Ausserdem wurden die Ergebnisse der verschiedenen Gruppen verglichen. Dafür benutzten sie das ANOVA verfahren, welches dafür gut geeignet ist.</p> <p>In dieser Studie wird keine Angabe zur Validität des Messinstrumentes gemacht, jedoch wird erwähnt das es eine hohe internal Consistency aufweist.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>ben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Outcome Bereiche (z.B. verwendeten Produktivität, Freizeit)</p> <p>Haltungsveränderung der Teilnehmer durch die Intervention.</p> <p>Effektivität der verschiedenen Massnahmen</p> | <p>Listen Sie die Selbstversorgung (self care), Messungen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social distance scale (SDS) • ANOVA |
| <p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontamination vermieden?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Kointervention) vermieden?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> | <p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der pflegerischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die Teilnehmer wurden randomly in fünf Gruppen eingeteilt:</p> <p>Face to face Kontakt, Videotape mit leichter Stigmawiderlegung, Videotape mit moderater Stigmawiderlegung, Videotape mit starker Stigmawiderlegung, und eine Kontrollgruppe ohne Stigmawiderlegung. Jede Gruppe erhielt einen eigenen Leiter und einen eigenen ruhigen Raum ohne Ablenkung; Störung. Die Intervention bestand aus einer 10 minütigen Präsentation/Film gefolgt von einer 5 minütigen Diskussion. Der Inhalt der verschiedenen Interventionen wurde ausführlich beschrieben.</p> <p>Um eine Beeinflussung durch den Gruppenleiter zu verhindern rotierten diese während der Intervention.</p> <p>Unmittelbar vor und nach der Intervention mussten die Teilnehmer die social distance scale einschätzen.</p> | |
| <p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung</p> | <p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Die Ergebnisse ergaben, einen signifikanten Unterschied des SDS-Scores zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Die Face to face Gruppe zeigte grössere Veränderungen des SDS Scores, diese waren jedoch nicht statistisch signifikant. Die Gruppe mit leichter Stigmawiderlegung zeigte wie erwartet keine Veränderungen im SDS-Score im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Die Gruppe mit der moderaten Stigmawiderlegung erzielte die besten Resultate. Diese waren im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant, im Vergleich zur Gruppe mit der starken Stigmawiderlegung zeigte sie eine stärkere Reduktion die jedoch statistisch nicht signifikant war.</p> <p>Die Untersuchungen zeigten Tendenzen an, die die Hypothesen bestätigen. Ein</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben | <p>Grund, dass eine statistische Signifikanz nicht erreicht werden konnte, könnte das eher kleine Sample darstellen. Zu der klinischen Bedeutung wurden in dieser Studie keine Angaben gemacht.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Es werden nur Angaben zur statistischen Signifikanz gemacht in dieser Studie.</p> |
| <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>In der Studie kam es zu keinen Ausfällen.</p> |
| <p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die pflegerische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Die Studie bestätigte, dass der Kontakt (per video) der keine Stigmawiderlegung beinhaltete, genau wie in der Kontrollgruppe die keine Kontaktintervention erhielt nicht, oder kaum, zu Veränderungen des SDS –Scores führen. In der Diskussion wird dieses Phänomen auch als mögliche Begründung gesehen, warum pflegefachpersonal das mit stigmatisierten Patientengruppen im Kontakt steht weiterhin eine negative Einstellung derer gegenüber halten. Zwar wurde belegt dass vor allem face-to face Kontakt zu Haltungänderungen führt, jedoch ist der Kontakt in der Praxis oft auf kritische, schwierige Situationen begrenzt. D.H. das Pflegefachpersonal erlebt die Patienten oft in akuten Phasen in denen typische Merkmale die zu Stigmatisierungen führen im Vordergrund stehen. Sobald die patienten stabil sind werden sie verlegt oder verlassen die Institution → die Pflegenden sehen demnach selten erfolgreiche Genesungsprozesse und erleben die Patienten kaum in entschärften Situationen, da sie bereits zuvor entlassen werden. Sie haben also kein Erlebnis mit der Patientengruppe, das, das Stigma widerlegt.</p> <p>Die wichtigsten Begrenzungen stellen das kleine Sample sowie die Tatsache dar, dass nur Kurzinterventionen angewendet wurden → wenig Auskunft über die Konstanz der Handlungsveränderung gemacht werden können. Zusätzlich wäre es nötig die Interventionen bei verschiedenen Berufsgruppen durchzuführen.</p> |

Beurteilung der verwendeten Studien Reviews

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence

10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

Effects of Short-Term Interventions to Reduce Mental Health-Related Stigma in University or College Students

Yamaguchi, S., Wu, S., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. & Thornicroft, G., (2013)

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- the population studied
 - the intervention given or exposure
 - the outcomes considered
-

2. Did the review include the right type of study?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- address the review's question
 - have an appropriate study design
-

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- which bibliographic databases were used o if there was follow-up from reference lists o if there was personal contact with experts
 - if the reviewers searched for unpublished studies
 - if the reviewers searched for non-English-language studies
-

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

- Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included.

Look for:

- a scoring system
 - more than one assessor
-

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the results of each study are clearly displayed
 - the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 - the reasons for any variations in results are discussed
-

6. How are the results presented and what is the main result?

Die Resultate sind an verschiedenen Stellen des Reviews ersichtlich. Die Forscher haben verschiedene Übertitel gemacht und die einzelnen passenden Resultate darunter präsentiert. Hier nun eine Übersicht über die relevanten Resultate für die Bachelorarbeit.

Sechs RCT's und sechs CBAs haben gezeigt, dass es eine signifikante Verbesserung der sozialen Distanz gab, nach einer Kontakt basierten Edukation mit Betroffenen, nach einer Video Kontakt Edukation, sowie Vorlesungen über Verantwortung und Gefährlichkeit. Ein RCT hat ebenfalls herausgefunden, dass es nach einem Computerprogramm und nach dem Lesen eines Fachartikels zu verminderter sozialer Distanz kam.

In anderen Studien wurden Vorlesungen untersucht, welche Informationen über eine Therapie von psychischen Erkrankungen und deren Erfolg enthielt. Diese haben herausgefunden, dass die Teilnehmer eine signifikante Verbesserung der Haltung über Therapien gezeigt haben. In weiteren Studien wurde die Kontakt basierte Edukation, mit der Video Kontakt basierten Edukation verglichen. In einigen Studien kam es jedoch nicht zu signifikanten Unterschieden, in einer jedoch, kam es bei der Kontakt Edukationsgruppe zu einer signifikanten Reduzierung der sozialen Distanz im Vergleich zu der Video Kontakt Edukationsgruppe. Weitere Studien haben gezeigt, dass es sinnvoller ist eine Kontakt basierte Edukation anzuwenden, anstelle von Vorlesungen die Stigma und Stigmatisierungen kritisieren.

Andere Studien haben die Video basierte Kontakt Edukation mit einer Erklärung eines Psychiaters, mit einer Edukation ohne Film nur mit Erklärung des Psychiater verglichen. Diese Resultate haben gezeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied gab, ob die Intervention mit einem Video statt fand oder nicht.

HINT: Consider:

- how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
 - how large this size of result is and how meaningful it is
 - how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence
-

7. How precise are these results?

Die Resultate sind teils genau teils ein wenig ungenau beschrieben. Bei jeder einbezogenen Studie wurde in den Resultaten beschrieben, ob die Messinstrumente valide und reliabel waren. Es wurden jedoch keine genaueren Angaben zu den Ergebnissen gemacht.

HINT: Consider:

- o if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
- o if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- your local setting differs much from that of the review
- you can provide the same intervention in your setting

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
- policy makers and professionals
- family/carers
- wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?
-

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien Reviews

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence **10 Questions to Help You Make Sense of Reviews**

Target-Specific Stigma Change: A Strategy for impacting Mental Illness Stigma

Corrigan, P.W., (2004)

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- the population studied
 - the intervention given or exposure
 - the outcomes considered
-

2. Did the review include the right type of study?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- address the review's question
 - have an appropriate study design
-

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- which bibliographic databases were used
 - if there was follow-up from reference lists
 - if there was personal contact with experts
 - if the reviewers searched for unpublished studies
 - if the reviewers searched for non-English-language studies
-

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included.
Look for:
 - a scoring system
 - more than one assessor
-

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the results of each study are clearly displayed
 - the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 - the reasons for any variations in results are discussed
-

6. How are the results presented and what is the main result?

In diesem Review werden drei verschiedene Arten von Veränderungen von Stigmata und Stigmatisierungen präsentiert. Der Protest, die Edukation und der Kontakt mit Betroffenen.

Der Protest: Beim Protest soll den Stigmatisierenden bewusst gemacht werden, wie beschämend ihr Verhalten ist. Dieser kann jedoch einen gegensätzlichen Effekt haben nämlich, dass sich die Leute denken, dass ihnen niemand zu sagen oder vorzuschreiben hat wie sie sich anderen gegenüber verhalten sollen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es keinen Effekt hat, sondern dass es sich nicht auf alle Menschen gleich auswirkt. Der Protest soll dazu dienen, dass diskriminierendes Verhalten nicht erneut gezeigt wird. Weiter wird eine Chancengleichheit bewirkt, indem beispielsweise Arbeitgebern Vorzüge geboten werden, wenn sie eine Person mit einer psychischen Erkrankung einstellen. Der Protest besteht auch darin, diskriminierende Bilder oder Filme zu in den Medien identifizieren und die Produzenten zu kontaktieren um dieses negative Bild zu verändern.

Edukation: Das Edukationsprogramm fokussiert darauf bestehende Mythen mit der Realität zu ersetzen. Beispielsweise dass Gerücht, psychisch Kranke seien gefährlich wird dadurch ersetzt, dass sie im Durchschnitt nicht gefährlicher sind als andere Menschen. Untersuchungen haben gezeigt, dass kurze Edukationsprogramme einen signifikanten Effekt auf bestehende Stigmata haben. Jedoch müssen noch weitere Studien über den Langzeiteffekt gemacht werden.

Kontakt: Kontakt mit Betroffenen zeigt ebenfalls einen signifikanten Effekt auf die Stigmata und Stigmatisierungen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Personen welche mit psychisch Kranken öfter Kontakt hatten, weniger Vorurteile und diskriminierendes Verhalten aufwiesen. Studien haben ebenfalls gezeigt, dass einen langanhaltenden Effekt hat, sowie auch das diskriminierende Verhalten reduziert wird.

Für die Veränderung von Stigmata und Stigmatisierungen des Gesundheitspersonals wurde beispielsweise ein Forum organisiert, bei dem das Gesundheitspersonal die Gelegenheit hatte, mit Betroffenen über ihre Erkrankung zu diskutieren.

Ein weiterer Punkt dieses Review ist, dass die Veränderung von Stigmatisierungen und Stigmata Gruppenspezifisch sein sollte, da nicht alle Informationen für alle Gruppen relevant sind.

Die Stigma-Veränderung sollte besonders bei Menschen stattfinden, welche ein Machtverhältnis zu psychischen Erkrankungen darstellt wie beispielsweise das Gesundheitspersonal. Es wird davon ausgegangen, dass ein Anti-Stigma Programm die grösste Wirkung zeigt, wenn sie in dem Setting angesprochen werden, in dem die Diskriminierung stattfinden könnte.

HINT: Consider:

- how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
-

-
- how large this size of result is and how meaningful it is
- how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence
-

7. How precise are these results?

Die Resultate sind relativ genau beschrieben, jedoch wurden die verschiedenen Interventionen nicht genauer aufgeführt. Weiter sind viele Punkte auch hypothetisch formuliert, so dass keine genauen Aussagen darüber gemacht werden können. Bei einigen Resultaten wurde die Signifikanz angegeben, bei anderen jedoch nicht.

HINT: Consider:

- if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
 - if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable
-

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
 - your local setting differs much from that of the review
 - you can provide the same intervention in your setting
-

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
 - policy makers and professionals
 - family/carers
 - wider community
-

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost.
 - If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?
-

Fortsetzung der Beurteilung der verwendeten Studien Reviews

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP): Making Sense Of Evidence

10 Questions to Help You Make Sense of Reviews

From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illness

Aboleda-Flórez, J. & Stuart, H., (2012)

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the question is 'focused' in terms of:

- the population studied
 - the intervention given or exposure
 - the outcomes considered
-

2. Did the review include the right type of study?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider if the included studies:

- address the review's question
 - have an appropriate study design
-

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- which bibliographic databases were used or if there was follow-up from reference lists
 - if there was personal contact with experts
 - if the reviewers searched for unpublished studies
 - if the reviewers searched for non-English-language studies
-

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included.

Look for:

- a scoring system
 - more than one assessor
-

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the results of each study are clearly displayed
 - the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)
 - the reasons for any variations in results are discussed
-

6. How are the results presented and what is the main result?

Anbei werden nur die relevanten Resultate für die Bachelorarbeit aufgeführt.

Die verschiedenen Resultate des Reviews wurden unter verschiedenen Übertiteln aufgelistet. Insgesamt wurden sechs verschiedene Strategien zur Reduktion von Stigma beim Gesundheitspersonal untersucht. Im ersten Abschnitt der Resultate wurde die Edukation untersucht. Einerseits haben sie positive Erfahrungen gemacht mit einem Erste Hilfekurs, andererseits hatte die Edukation über neurobiologische Ursachen einen verschlimmernden Effekt auf die negativen Stigmata und Stigmatisierungen.

Die Zweite untersuchte Intervention war der Protest. Dieser führt in er Gesellschaft nicht zu einer Reduzierung der Stigmata und Stigmatisierungen, sind jedoch für die Rechte der Betroffenen sehr wichtig.

Eine weitere Intervention war die Kontakt basierte Edukation, bei der die Teilnehmer die Chance hatten mit Betroffenen zu diskutieren. Dies führte bei den Teilnehmer zu einer Verbesserung der Stigmata, zu mehr Wissen über psychische Erkrankungen und zu einer verminderten sozialen Distanz. Leider wurde die Intervention jedoch zu wenig mit Gesundheitspersonal untersucht.

Ein weiterer Ansatz war das Gesetz so anzupassen, dass Betroffenen nicht diskriminiert werden dürfen. Dies führte zu einer erhöhten Partizipation der Betroffenen und somit zu einer Reduzierung der sozialen Distanz. Es wurden jedoch keine Untersuchungen in Bezug auf die Stigma-Reduktion gemacht.

HINT: Consider:

- how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)
 - how large this size of result is and how meaningful it is
 - how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence
-

7. How precise are these results?

Die Resultate und der Einbezug der Studien sind sehr vage beschrieben, da es ein narratives Review ist. Leider wurde kein p-Wert für die verschiedenen Resultate angegeben.

HINT: Consider:

- if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?
 - if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable
-

8. Can the results be applied to the local population?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider whether:

- the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results
- your local setting differs much from that of the review
- you can provide the same intervention in your setting

9. Were all important outcomes considered?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider outcomes from the point of view of the:

- individual
- policy makers and professionals
- family/carers
- wider community

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?

Yes Can't Tell No

HINT: Consider:

- whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?
-

Anhang D: Evidenzlevel

| | |
|--------------------------|---|
| Level / Typ 1 | Evidenz basierend auf einer systematischen Review von mehreren randomisierten klinischen Experimenten (Metaanalyse). |
| Level / Typ 2 | Evidenz basierend auf einer oder mehreren klinischen Experimenten |
| Level / Typ 3 | Evidenz basierend auf nicht randomisierten klinischen Experimenten, Case-Control-Studien oder Cohort-Studien, vorzugsweise durchgeführt an verschiedenen Orten und mit Mehrfachmessungen über einen Zeitraum. |
| Level / Typ 4 | Evidenz basierend auf nicht experimentellen Studien, vorzugsweise in verschiedenen Zentren. |
| Level / Typ 5 | Evidenz basierend auf der Meinung von Autoritäten, basierend auf klinischer Expertise, deskriptive Studien oder den Reporten von Expertengruppen. |

Quelle: Madjar, I., & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J. M. Morse & J. M. Swanson & A. J. Kuzel (Eds.), *The nature of qualitative evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Die systematische Review von Yamaguchi et al. (2013) wird dem Evidenzlevel eins zugeordnet, da mehrere RCT's eingeschlossen wurden.
- Die Studien von Corrigan et al. (2004), von Boysen & Gabreski (2012), von Corrigan et al. (2007) und die Studie von Reinke et al. (2004) entsprechen dem Evidenzlevel zwei, da alle RCT's sind.
- Den beiden Reviews von Arboleda-Flórez und Stuart (2012) und von Corrigan (2004) und der Studie von Vadlamudi et al. (2007) wurde das Evidenzlevel drei zugewiesen. Die Studie von Vadlamudi et al. (2007) ist eine Kohortenstudie. Die beiden Reviews wurden diesem Evidenzlevel zugeordnet da sie keine systematische Vorgehensweise anwendeten.

Wortzahlen

Bachelorarbeit exklusiv Anhang & Tabellen: 11'928

Abstract: 196