



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Sekundäre Prävention bei suizidalen Patienten -
aus der Sicht der Pflegeforschung
Eine systematische Literaturanalyse“**

Verfasserin

Marion Käfer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Oktober 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Dr. Christoph Abderhalden, MNSc

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit mit dem Titel „Sekundäre Prävention bei suizidalen Patienten – aus Sicht der Pflegeforschung. Eine systematische Literaturanalyse“ selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Marion Käfer

Inhaltsverzeichnis

1	<i>Einleitung</i>	1
1.1	Bedeutung des Themas	1
1.2	Aufbau der Arbeit	2
2	<i>Hintergrund</i>	3
2.1	Suizid und Suizidalität: Definitionen und Terminologie	3
2.2	Erklärungsmodelle	5
2.3	Risikofaktoren und Risikogruppen	11
2.4	Prävalenz von Suizid	13
2.4.1	Suizidmethoden und Geschlechterunterschiede	18
2.5	Prävention, Behandlung, Pflege von suizidalen Patienten	21
2.5.1	Präventionsstrategien	21
2.5.2	Pflege	22
2.5.2.1	Assessment	23
2.5.2.2	Pflegediagnosen (NANDA)	24
2.5.2.3	Pflegeinterventionen (NIC)	25
2.5.2.4	Pflegeergebnisse (NOC)	26
3	<i>Fragestellung</i>	28
3.1	Forschungsfragen	28
3.2	Ziel und erwarteter Nutzen	28
4	<i>Methode</i>	29
4.1	Vorgehen bei der Literatursuche	29
4.2	Vorgehen bei der Auswahl	30
4.3	Vorgehen bei der Bearbeitung	32
5	<i>Ergebnisse</i>	33
5.1	Übersicht	33
5.1.1	Quantitative Studien	35
5.1.2	Qualitative Studien	39
5.1.3	Mixed Methods	43
5.2	Intervention: Non-Suizid-Verträge	44
5.3	Intervention: engmaschige Überwachung	45
5.4	Intervention: Training und Präventionsprogramme	49
5.5	Intervention: Psychotherapeutische Interventionen	56
5.6	Intervention: Theorien, Modelle und Konzepte	58

5.7	Evidenzeinschätzung nach den Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines	62
6	<i>Diskussion</i>	65
6.1	Inhaltliche Diskussion	65
6.2	Diskussion des Vorgehens	74
7	<i>Schlussfolgerungen</i>	76
	<i>Literatur</i>	78
	<i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:</i>	83
	<i>Zusammenfassung</i>	84
	<i>Abstract</i>	85
	<i>Anhang: Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice</i>	86
	<i>Lebenslauf</i>	90

1 Einleitung

1.1 Bedeutung des Themas

Weltweit gesehen sind Suizide eines der größten Gesundheitsprobleme und bei psychisch Kranken eine häufige Todesursache. Laut WHO (2009) nahmen sich im Jahr 2000 geschätzte eine Million Menschen das Leben. Besonders in den hoch industrialisierten Ländern hat sich die Rate an Suizid- und Suizidversuchen in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht. Es wird davon ausgegangen, dass Männer fünfmal so häufig, und Frauen sogar 15mal so häufig Suizidversuche unternehmen, als eine endgültige suizidale Handlung. In psychiatrischen Einrichtungen kommt es bei 150 bis 250 von 100.000 Aufnahmen zu einem Suizid. Das Risiko ist im Besonderen vor und nach der Aufnahme erhöht (Machleidt, Bauer, Lamprecht, Rose, & Rohde-Dachser, 2004, S. 242). Suizid ist zu 90 % mit mentalen Störungen, wie beispielsweise Depressivität und Substanzenabusus assoziiert (WHO, 2009).

Der Begriff Suizidalität beinhaltet die Neigung zur Selbsttötung und Gedanken, seinem Leben ein Ende zu setzen (WHO, 2009). Nach Möller (2000) ist Suizidalität bei jedem Menschen möglich, tritt aber besonders bei Personen in psychosozialen Krisen und bei psychischen Erkrankungen auf (Möller, 2000, S. 1098). Suizidalität ist ein häufiger Grund für stationäre Behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen, und stellt dort eine große Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Die Komplexität des Phänomens „Suizidalität“ und die breit gefächerten Risikofaktoren fordern das Pflegepersonal immer wieder auf, in der Pflege einerseits systematisch vorzugehen und andererseits individuelle Maßnahmen, welche den speziellen Bedürfnissen des suizidalen Patienten entsprechen, einzusetzen. Pflegerische Maßnahmen sollten auf aktuelle Forschungsergebnisse abgestützt sein. Der Austausch von Theorie, Forschung und Praxis ist folglich für die Entwicklung effektiver Pflegehandlungen unumgänglich. Damit ist das Forschungsgebiet „Suizidalität“ für die Pflegewissenschaft und für die Pflegepraxis von großer Bedeutung.

Bisher fehlt eine aktuelle Übersicht über den Stand und die Perspektiven der pflegewissenschaftlichen Forschung zum Themenschwerpunkt „Suizidalität“.

Daraus entwickelte sich die Idee, dieses Forschungsgebiet systematisch zu eruieren, und eine Übersicht der aktuellen Schwerpunkte zu erstellen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird das Phänomen „Suizid – Suizidalität“ untersucht, verschiedene Begriffsdefinitionen erläutert als auch die Prävalenz von Suizid diskutiert. In weiterer Folge werden anhand verschiedener Erklärungsmodelle (aus soziologischer, medizinischer und pflegerischer Sicht) die Themenschwerpunkte Suizid und Suizidalität hinterfragt. Risikofaktoren, welche ausschlaggebend für Suizidalität und die betroffenen Gruppen sind, werden hierbei diskutiert.

Die aktuellen Suizidzahlen der WHO (2009) werden tabellarisch dargestellt, diskutiert, ebenfalls die Suizidmethoden in Österreich (1978 – 1996) und der daraus erkennbare geschlechterspezifische Unterschied.

Aus Sicht der Pflege werden Präventionsstrategien herangezogen, Pflegediagnosen (NANDA), Pflegeinterventionen (NIC) und Pflegeergebnisse (NOC) ausgearbeitet.

Im methodischen Teil werden die Forschungsfragen genannt und die Herangehensweise der Bearbeitung der gefundenen Studien erklärt. Die bearbeiteten Studien werden tabellarisch in quantitativ und qualitativ unterteilt, sowie die jeweiligen Interventionen genauer dargestellt. Die Interventionen innerhalb der sekundären Prävention umfassen: (1) Non-Suizid-Verträge, (2) Engmaschige Überwachung, (3) Training und Präventionsprogramme, (4) Psychotherapeutische Interventionen und (5) Theorien, Modelle und Konzepte. Die genannten Interventionen werden miteinander verglichen, auf ihre Effektivität und Qualität überprüft, darüber hinaus werden Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis gezogen.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde bewusst auf eine geschlechtsneutrale Formulierung zurückgegriffen. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass dies ausschließlich dem Zweck der besseren Verständlichkeit dienen soll. Alle Aussagen und Begriffe sind für beide Geschlechter gleichermaßen zu verstehen.

2 Hintergrund

2.1 Suizid und Suizidalität: Definitionen und Terminologie

Minois (1996) sieht die Wurzeln des Suizidbegriffs in England im 17. Jahrhundert. Anfang 1700 häuften sich Suizide in England - zunächst nahmen sich große Philosophen und Geschäftsleute das Leben, die in der Presse für Aufsehen sorgten. Schnell ergab sich eine Theorie, dass es sich hierbei um sogenannte „philosophische Selbstmorde“ (Minois, 1996, S. 264-266) handle. Aspekte wie beispielsweise finanzielle Krisen, Liebeskummer oder psychischer Leidensdruck der jeweiligen „Opfer“, wurden zu dieser Zeit nicht weiter thematisiert.

„Alle diese Selbstmorde, die von der Presse verbreitet und ausführlich kommentiert werden, machen einen starken Eindruck [...] die berühmten Selbstmorde scheinen also eine tiefe und spezifisch englische Tendenz widerzuspiegeln. So entsteht der Mythos der >englischen Krankheit<“ (Minois, 1996, S. 265).

Erst später wurden Überlegungen zur Handlung selbst ausgesprochen, Gründe wie „Atheismus“, „klimatische Faktoren“ oder „ungünstige geografische Verhältnisse“ und intensiver hinterfragt (Minois, 1996, S. 266).

Die Artikel in der Presse häuften sich besonders stark in den Jahren 1680 bis 1720, gleichzeitig stieg die Suizidrate in England rasend. Das Phänomen „Suizid“ ist allgegenwärtig und findet viele Bewunderer, aber auch Verächter. Immer wieder werden Nachahmungstäter Opfer einer suizidalen Handlung. Minois (1996) ergänzt „...der Selbstmord fällt allmählich in die Kategorie der gewöhnlichen gesellschaftlichen Geißeln, deren Urheber mehr Opfer denn Schuldige sind.“ (Minois, 1996, S. 269).

Die Presse beweist dadurch seine Macht auf die Gesellschaft. Heutzutage sind Berichte zu aktuellen Suizidhandlungen eine Seltenheit. Tomandl, Sonneck, & Stein (2008) kreierten einen aktuellen Leitfaden zur Berichterstattung von Suiziden in der Presse und thematisieren die Auswirkung von reißerischen Schlagzeilen auf die Suizidrate. Als Beispiel für den Einfluss der Presse nennen Tomandl et al. (2008) die Wiener U-Bahn-Suizide Anfang der 80er Jahre. Immer wieder wurden die aktuellen Suizide in den Medien thematisiert und detailliert

beschrieben. Tatsächlich konnte man nachweisen, dass 1987 nach Beendigung der Berichterstattung, die Suizidrate gesunken ist. Die Autoren betonen dabei, dass der Imitationseffekt erhöht wird, wenn genaue Angaben der Person, des Hintergrunds, und der Handlung selbst gemacht werden (Tomandl et al., 2008, S. 6).

Der Terminus „Suizid“ (aus dem Lateinischen von cadere: töten; suis: selbst) bedeutet, sein Leben durch aktive Handlungen zu beenden. Der Begriff „Freitod“ hingegen beschreibt eher das freiwillige Ausscheiden durch Eigenhandlung und ist daher der Ansicht, dass jeder Mensch das Recht hat, sich das Leben zu nehmen. Häufig sind Menschen von inneren Stimmen geplagt und werden Opfer ihrer Erkrankung und handeln aufgrund ihrer Symptomatik nicht „freiwillig“. Der Begriff „Selbstmord“ wird häufig synonym für „Suizid“ verwendet und impliziert durch das Wort „Mord“ etwas Strafbares. „Suizid“, beinhaltet kein moralisches Urteil zur Tat. Auf professioneller Ebene und im therapeutischen Umgang mit Patienten, werden Begriffe wie „Selbstmord“, „Selbstmordabsichten“, „Selbstmordversuch“ vermieden, um möglichst neutral und nicht wertend zu kommunizieren.

Eink & Haltenhof (2006) verstehen unter dem Begriff „Suizidalität“, *„alle Gefühle und Gedanken, Impulse und Handlungen [...] die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigene Versterben aktiv und oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen.“* (Eink & Haltenhof, 2006, S. 20). In besonderen Krisensituationen, oder bei chronisch verlaufenden Erkrankungen, kommen viele Betroffene im Verlauf in eine suizidale Phase. Besonders Personen mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Schizophrenie, Depressionen oder Substanzenabhängigkeit, weisen ein erhöhtes Risiko auf.

Unter Suizidversuch oder Parasuizid versteht Finzen (1997) *„...die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel und im weiteren Sinne mit der Möglichkeit des tödlichen Ausgangs.“* (Finzen, 1997, S. 45).

Bronisch (1996) beschreibt hierbei 3 Aspekte des Parasuizids: (1) *die parasuizidale Pause*: Der Mensch äußert den Wunsch nach Ruhe und möchte für immer schlafen, (2) *die präsuizidale Geste*: Der Mensch äußert den Wunsch sich zu suizidieren und (3) *die parasuizidale Handlung*: Der Mensch möchte sterben

und möchte im Vergleich zur suizidalen Geste nicht, dass er noch rechtzeitig aufgefunden wird (Bronisch, 1996, S. 14-16).

Der österreichische Psychiater Erwin Ringel beschäftigte sich über Jahre mit Patienten nach einem Suizidversuch und erkannte charakteristische psychische Befindlichkeiten. Aus dieser Erkenntnis entwickelte er den Begriff „Präsuizidales Syndrom“. Das Ziel hierbei war die psychische Verfassung eines Patienten vor einem Suizidversuch zu erkennen. Ringel (1997) identifizierte drei wesentliche Symptome: (1) Einengung: Entwicklung umfasst (a) Verlust der expansiven Kräfte, (b) Stagnation und (c) Regression, (2) Aggression und (3) Flucht in die Irrealität (Ringel, 1997, S. 117–144).

Unter Einengung versteht Ringel (1997) eine zunehmende Isolierung des Patienten, die mit Angstgefühlen und Hoffnungslosigkeit gekoppelt ist. Die Isolierung bringt eine Reduktion von sozialen Kontakten mit sich. Zur Phase der Aggression betont Ringel (1997), dass die Aggressivität bei vielen Patienten früh zu erkennen war (bis hin zum Kindesalter). Aggressive Hemmungen sind aus seiner Sicht maßgeblich für die Entstehung einer Depression (Ringel, 1997, S. 105). In der letzten Phase entstehen zunehmend Suizidfantasien, die sich über eine gewisse Zeit zu exakten Suizidplänen entwickeln. Die völlige Aussichtslosigkeit ist ausschlaggebend für eine suizidale Handlung.

2.2 Erklärungsmodelle

Durkheim (1973) definiert „Suizid“ aus der Mensch-Umwelt-Relation und unterscheidet zwischen verschiedenen Formen des Suizids.

„Man nennt Selbstmord jeden Todesfall, der direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte“ (Durkheim, 1973, S. 27).

Durkheim (1973) differenziert zwischen manischem und depressivem Selbstmord, Selbstmord als Zwangsvorstellung und impulsivem und reflexartigem Selbstmord. Manische Selbstmorde führt er primär auf eine Halluzination oder Wahnvorstellung zurück, die den generellen Charakter der Erkrankung

ausdrücken, der Manie, die zum Selbstmord führt. Der depressive Selbstmord tritt in einer Phase der tiefen Depression auf, in der der Betroffene seine Beziehung zur Umwelt nicht mehr einschätzen kann und sich sein Leben als schmerzhaft entwickelt. Der Leidensdruck ist demgemäß der Auslöser der Handlung. Ein Selbstmord als Zwangsvorstellung hat kein reales Motiv und entsteht rein auf der Basis einer Zwangsvorstellung, dem besessenen Wunsch, sich das Leben zu nehmen. Der Patient ist sich seiner Lage bewusst und versucht anfangs dagegen anzukämpfen. Ein impulsiver oder reflexartiger Selbstmord ist ein plötzlich auftretendes Bedürfnis sich das Leben zu nehmen. Die Handlung erfolgt rasch und kann von der durchführenden Person nicht mehr kontrolliert werden (Durkheim, 1973, S. 48-55).

Bekannt ist Durkheim für die Begriffe des egoistischen, altruistischen und anomischen Selbstmords, die er folgendermaßen definiert: Beim egoistischen Suizid sieht Durkheim (1973) den Egoismus nicht nur als Faktor, sondern als den eigentlichen Grund (Durkheim, 1973, S. 240). Menschen aus festen sozialen Gruppen fühlen sich sicher; bricht dieser Gruppenzusammenhang zusammen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, sich zu suizidieren. Durkheim (1973) schlussfolgert daraus, dass der Selbstmord im umgekehrten Verhältnis zum Grad der Integration der sozialen Gruppe variiert (Durkheim, 1973, S. 232). Je weiter sich das Zugehörigkeitsverhalten der jeweiligen sozialen Gruppe löst, desto eigenständiger ist das einzelne Mitglied. Durkheim (1973) definiert dies als „*übermäßige Individuation*“, die er weiter als „egoistisch“ titulierte (Durkheim, 1973, S. 232). Exzessiver Individualismus ist nach Durkheim (1973) für das Entstehen von Suizidalität verantwortlich und ist somit als Ursache von suizidalen Handlungen anzusehen.

„Wenn der Mensch aus der Gesellschaft herausgelöst wird, begeht er leicht Selbstmord. Das tut es auch, wenn er zu sehr in sie verstrickt ist“ (Durkheim, 1973, S. 242).

Diese Aussage Durkheims verweist auf den altruistischen Suizid, der seine Ursache in zu starren Gruppenbildungen findet. Werte und Normen werden in diesen Gesellschaften fest vorgeschrieben und üben somit Druck auf das jeweilige Individuum aus. Durkheim (1973) ist weiter der Ansicht, dass der altruistische Suizid bei „*primitiven Völkern*“ häufig vorkommt und besondere

Charakterzüge aufzeichnen, und ordnet diese in drei Kategorien: (1) Selbstmorde von betagten oder kranken Menschen, (2) Selbstmorde von Witwen und (3) Selbstmorde von Gefolgsleuten oder Dienern beim Tode ihres Herrn (Durkheim, 1973, S. 244). Weiter ergänzt er, dass sich der Mensch das Leben nimmt, weil er dazu verpflichtet ist und nicht sein Wille es plant und die Angst besteht, der Schande ausgesetzt zu sein, oder die Angst vor religiösen Strafen. Der gesellschaftliche Druck ist demnach ausschlaggebend für die Suizidhandlung (Durkheim, 1973, S. 244).

Der anomische Suizid findet seine Wurzeln in der Gesellschaft und deren wirtschaftlichen Konstellation. Nach Durkheim steigt die Suizidrate besonders in Wirtschaftskrisen. Die dadurch entstehende Arbeitslosigkeit und Aussichtslosigkeit sind wesentliche Faktoren für den Suizid. Er sieht hier nicht die finanzielle Einbuße der jeweiligen Personen als primären Faktor, sondern vielmehr das Problem in der gestörten „kollektiven Ordnung“ der Gesellschaft. Somit weisen die Definitionen des egoistischen und altruistischen Suizids Gemeinsamkeiten auf. Beide lösen eine Suizidhandlung durch ein gestörtes Involviert sein in einer bestehenden Gesellschaft aus.

Aus medizinischer und pflegerischer Sicht kann als Erklärungsversuch die Handlungstheorie herangezogen werden, die sich im Gegensatz zu Durkheims Überlegungen (die sich hauptsächlich gesellschaftspolitischen Konstellationen, sowie deren Auswirkung widmen), intensiv auf die subjektive Ebene des Suizids bezieht.

Nach handlungstheoretischen Überlegungen (Michel, 2004) wird Suizid als eine Handlung und nicht als Krankheit betrachtet. Michel (2004) ist daher der Ansicht, dass eine suizidale Handlung das Resultat einer schrittweisen Entwicklung ist.

„Die Handlung besteht zuerst als Möglichkeit in den Gedanken (Suizidberichterstattung), später ist es ein Spielen mit dem Gedanken (wenn es mir mal schlecht geht, könnte Suizid ja evtl. eine Lösung sein), ein Konkretisieren [...] ein Speichern von Plänen.“ (Michel, 2004, S. 60).

Weiter sieht er Handlungen als Ausdruck von zielorientierten Systemen, welche sich hierarchisch gliedern lassen. Michel (2004) betont, dass suizidale Handlungen entstehen, wenn bestimmte Bedürfnisse nicht mehr erfüllt werden

können, oder das Identitätsgefühl sich in akuter Gefahr befindet. Somit hat jeder Betroffene eine persönliche Leidensgeschichte, die ausschlaggebend für die Suizidhandlung ist. In einer Untersuchung von suizidalen Patienten erkannten Michel & Valach (1997) ein handlungstheoretisches Muster, welches Ziele, Intentionen, Pläne, Strategien, Entscheidungen, Evaluationen, Wahl, Erfolg und Fehler beinhalten (Michel & Valach, 1997, S. 214). Ein wesentlicher Aspekt der handlungstheoretischen Überlegung findet sich in der Biografie des Betroffenen. Begriffe wie beispielshalber „Karriere“, „Beziehung“ oder „Suiziderfahrungen“ werden mit einbezogen, sowie eine subjektive Interpretation des eigenen Lebens.

„A suicide action in this view often is the result of several career (or life development) failures (occupational failures, relationship failures, personal integrity failure) and is a way of ending a bad story. Suicide therefore appears as one of several possible solutions (or goals) – in some situations it may appear to be the only one left.” (Michel & Valach, 1997, S. 215).

Nach der Handlungstheorie ist eine suizidale Handlung eine Lösung für ein vorliegendes Problem, das vorerst als unüberwindbar angesehen wird. In der Studie von Michel & Valach (1997) wurden suizidale Patienten über ihre suizidalen Absichten und Handlungen interviewt, um die zielorientierten Motive der Handlung genauer zu erforschen. Für viele Patienten galt eine suizidale Handlung als Lösung einer aussichtslosen Situation. Starker Leidensdruck, interpersonelle Faktoren sowie Hoffnungslosigkeit stellen alternative Methoden in den Schatten und lassen infolgedessen den Akt des Suizids in den Vordergrund treten. Die Mehrheit der Patienten nannte Faktoren wie „Einsamkeit“ oder „Beziehungsprobleme“, die sie als ausschlaggebend für ihre problematische Situation sehen. Der eigene Gesundheitsstatus, mental und physisch, wird hierbei als weniger wichtig angesehen. Auf die Frage, welche Person ihnen in dieser Situation helfen könnte, nannten mehr als die Hälfte der Befragten, dass ihnen niemanden helfen könne, lediglich 10 % nannten eine Person aus dem Gesundheitswesen.

52 % der Patienten würden keine Hilfe von außenstehenden Personen annehmen, nur 23% würden Hilfe zulassen (27 % ohne Antwort). Bei der Befragung von Patienten nach einem Suizidversuch (1 Jahr danach), nannten 82 % der Patienten eine positive Veränderung in ihrem Leben. Antworten wie „neuer

Start ins Leben“, „das Leben ist es wert zu leben“ und „Finden neuer Ziele“ wurden gesammelt (Michel & Valach, 1997, S. 217).

Die Handlungstheorie verfolgt das Ziel, die Entwicklung einer suizidalen Handlung zu hinterfragen, sowie mögliche Faktoren und deren Ursachen zu erforschen. Der systematische Prozess zeichnet die Absichten und Ziele suizidaler Patienten ab, und gibt Anstoß für mögliche Lösungsmaßnahmen, die wiederum im direkten Patientenkontakt eingesetzt werden können.

Als weiteren Erklärungsversuch eignet sich das „Gezeitenmodell“ (engl. The Tidal Model) nach Barker & Buchanan-Barker (2005), welches als pflegetheoretisches Modell besonders relevant für die Pflegepraxis ist. Anders als in der Handlungstheorie sieht das „Gezeitenmodell“ die Person des Patienten als zentrales Element und nicht die Handlung, oder eine Krankheit. Das Modell basiert auf persönliche Erlebnisse von Patienten, sowie der Pflege „mit“, statt „für“ Patienten. Es orientiert sich am holistischen Pflegemodell und fördert das Selbstmanagement sowie die Regeneration der betroffenen Personen. Bereits in über 100 Projekten im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland, wurde das Gezeitenmodell in ambulanten und stationären Einrichtungen zur Pflege von dementen und älteren Patienten angewandt. Barkers Gezeitenmodell befasst sich mit einer alternativen Philosophie vom Sterbeprozess und dem Tod selbst. Als erstes „Recovery“ Modell wurde es direkt in der Praxis von Pflegenden entwickelt. Ziel des Modells ist es, die Bedürfnisse der jeweiligen Person zu ermitteln, um die Wahrscheinlichkeit potenzieller Probleme und Schwierigkeiten für die Zukunft zu beheben, beziehungsweise diesen entgegen zu wirken. Der Fokus liegt hierbei in der direkten Hilfe, dem Ermitteln und Entwickeln von Lösungen (Barker, 2001).

Als zentrales Element des Pflegemodells wird das „Wasser“ herangezogen. Als Metapher zieht Barker (2001) die Vorstellung heran, dass das Leben eine Reise im Ozean der Erfahrungen sei. Alle Menschen machen eine Entwicklung durch, die Erfahrungen wie Krankheit / Gesundheit beinhaltet.

„As critical points in the life journey the person experiences storms or even piracy (crisis). At other times the ship may begin to take in water and the person may face the prospect of drowning or shipwreck (breakdown). The person may

need to be guided to a safe haven to undertake repairs, or to recover from the trauma (rehabilitation). Once the ship is made intact or the person has regained the necessary sea-legs, the ship may set sail again, aiming to put the person back on the life course (recovery).” (Barker, 2001, S. 233-240).

Diese bildliche Formulierung zeigt, dass das Leben von Krisen gekennzeichnet ist, die hier „Sturm“ oder „Piraterie“ genannt werden. Bei Schiffsbruch muss die jeweilige Person gerettet, und in Sicherheit gebracht werden, um sich von dem Trauma erholen zu können. Der „Recoveryprozess“ zielt auf die Rückführung in die gewohnte Lebenssituation. In Pflegesprache würde dies bedeuten, dass der Mensch in Krisensituationen an Halt und Stabilität verliert, und folglich auf Hilfe anderer angewiesen ist. Speziell in suizidalen Krisen, benötigt der Mensch ein stabiles Netz und Zuneigung, um sich dieser Situation entziehen zu können.

Auf die Frage, warum sich Personen suizidieren, werden im Gezeitenmodell folgende fünf Hauptgründe genannt: (1) Der Wunsch aus der Hoffnungslosigkeit und der Verzweiflung zu entfliehen, (2) der Wunsch von Schmerzen oder dem weiteren Verfall des eigenen Körpers zu entkommen (z. B. bei chronischer Krankheit), (3) der Wunsch ins nächste Leben hinüberzutreten (Glauben an das Leben danach), (4) Personen mit imperativen Stimmen, sowie (5) der Wunsch, sein Umfeld durch den eigenen Suizid („altruistischer Suizid“) zu schützen (Barker & Buchanan-Barker, 2005, S. 66-67). Um die genannten Gründe in der Pflege zu bewältigen, bedarf es einem Suizidrisikoassessment, das maßgeblich für den Pflegeprozess ist. Barker & Buchanan-Barker (2005) sehen in diesem Zusammenhang, wie in **Abbildung 1** grafisch dargestellt, folgende Schritte vor:

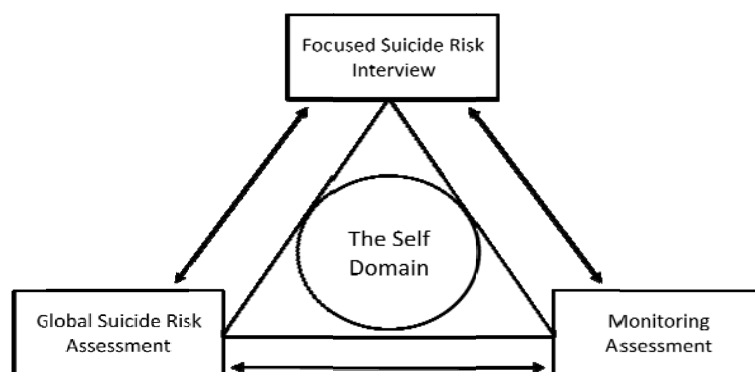


Abbildung 1: Der Prozess des Suizidrisikoassessments nach Barker & Buchanan-Barker (2005, S. 71).

Zu Beginn wird ein personenzentriertes Interview geführt, welches versucht, eine Arbeitsbeziehung mit dem Patienten herzustellen. Innerhalb des Gespräches sollen Gedanken, Gefühle und Glauben verdeutlicht werden, um das Lebensverhältnis des Patienten zu verstehen, das für eine Suizidhandlung ausschlaggebend ist. Anschließend wird eine globale Bewertung der potenziellen Risikofaktoren durchgeführt, und aus verschiedenen Perspektiven, wie beispielsweise aus der sozialen oder medizinischen Sicht, betrachtet. Die Erfahrungen des Patienten werden bewertet und nach Wichtigkeit kategorisiert. Besonders wichtige Kriterien werden in den Prozess integriert, um den speziellen Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden (Barker & Buchanan-Barker, 2005, S. 71).

2.3 Risikofaktoren und Risikogruppen

Eine Reihe von Merkmalen kann auf eine vorhandene Suizidalität hinweisen, beziehungsweise diese charakterisieren. Die Fähigkeit, Suizidalität zu erkennen und diese richtig einzuschätzen, bedarf einer guten Wahrnehmung der betroffenen Person, sowie fundiertem Grundwissen zum Phänomen „Suizid“. Sehr häufig stellt es sich als schwierig heraus, Merkmale richtig zu interpretieren. Jeder Mensch verhält sich anders und reagiert verschieden auf bestimmte Situationen und externe Einflüsse, welche als mögliche Risikofaktoren angesehen werden (z. B. Arbeitslosigkeit, Trauer, Stress). Aus wissenschaftlicher Sicht konnten jedoch verschiedene Faktoren identifiziert werden, die ein Risiko für suizidale Handlungen darstellen.

Hinterhuber & Fleischhacker (1997) kategorisieren Risikofaktoren in drei Hauptgruppen: Alter, Krankheitsgruppen sowie: (1) *Alter*: Pubertät, späteres Klimakterium, höheres Lebensalter, (2) *Krankheitsgruppen*: depressive Störung, Schizophrenien, Drogenabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Alkoholismus, neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, (3) *Lebensumstände*: Vereinsamung, Entwurzelung, soziale Isolation, Haft, langfristige, Krankenhausaufenthalte, Einweisung in Erziehungsheime, Altersheime, Hospitäler, existenzielle Verunsicherung, Verkehrsunfälle und Entzug des Führerscheins (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 232).

Kielholz (1971) ergänzt hierbei die *Umweltverhältnisse*, die ebenfalls ein Risiko darstellen wie beispielsweise: (1) *Zerrüttete Familienverhältnisse während der Kindheit („broken home“)*, (2) *Verlust oder primäres Fehlen mitmenschlicher Kontakte (Liebesenttäuschung, Vereinsamung, Ausgestoßensein)*, (3) *Verlust der Arbeit, Fehlen eines Aufgabenkreises, finanzielle Sorgen* und (4) *Fehlen religiöser Bindungen* (Kielholz, 1971, S. 14).

Eink & Haltenhof (2006) betonen, dass Personen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer neuen Identitätsfindung und dem zusätzlichen Verlust von sozialen Bindungen besonders gefährdet sind (Eink & Haltenhof, 2006, S. 30). Das Fehlen von sozialen Netzen, unter anderem der Verlust von gewohnten Konstellationen, ist nach Durkheim (1973) ein wesentlicher Faktor, welcher suizidale Handlungen auszulösen vermag.

„Im Vorfeld suizidaler Handlungen finden sich häufig Beziehungsprobleme, Verlustereignisse, Kränkungen, Überforderungen privater oder beruflicher Natur sowie wirtschaftlicher Schwierigkeiten.“ (Eink & Haltenhof, 2006, S. 50).

Als besonders gefährdete Gruppen zählen folglich: Personen, die ihre Arbeit verloren haben, finanziell geschwächt sind, Alleinerziehende, Menschen mit psychischen Erkrankungen (besonders mit Mehrfachdiagnosen), chronisch Kranke (AIDS, Krebs ...), oder Personen mit terminalen Erkrankungen.

Depressive Störungen sind nach Wittchen (1998) hauptsächliche Faktoren einer suizidalen Handlung. Er betont, dass 70 % aller Suizidopfer (**Abbildung 2**) unmittelbar vor ihrem Tod an einer Depression gelitten haben. Infolgedessen ist „Depression“ an erster Stelle der Risikofaktoren. Unter Depression versteht Kielholz (1971) *„ein Syndrom, das aus einer Trias besteht, die sich aus trauriger oder ängstlicher Grundstimmung, Hemmung des Denkens und Störungen der zentrifugalen psychischen und psychomotorischen Funktionen zusammensetzt.“* (Kielholz, 1971, S. 11). Das Phänomen „Depression“ weist daher eine Liste unzähliger Faktoren und Ursachen auf, die für die Entstehung verantwortlich sind.

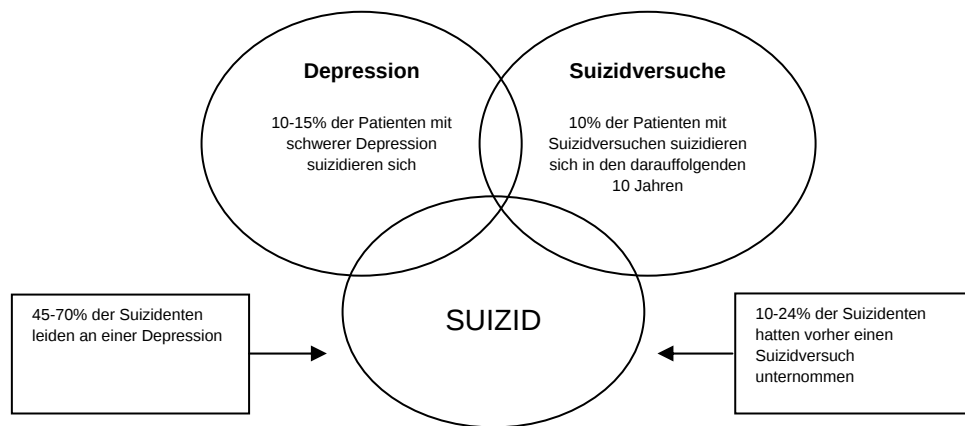


Abbildung 2: Zusammenhang von Depressionen und Suizidhandlungen (Kasper & Volz, 2003, S. 120)

2.4 Prävalenz von Suizid

Laut WHO (2009) nahmen sich im Jahr 2000 geschätzte eine Million Menschen weltweit das Leben. In **Tabelle 1** werden die aktuellen Suizidraten der WHO abgebildet. Hierbei ist zu erkennen, dass Länder in den Ostregionen stark von Suizid betroffen sind. Besonders Litauen, Weißrussland, Russland und Kasachstan, Länder der ehemaligen UdSSR, weisen die höchsten Suizidraten weltweit auf. Allgemein betrachtet, nehmen sich mehr Männer als Frauen das Leben. Jedoch ist es erstaunlich, dass besonders in den östlichen Ländern 4-6mal so viele Männer wie Frauen betroffen sind.

	Suizidrate absolut bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr	Suizidrate Männer bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr	Suizidrate Frauen bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr	Jahr
Land				
Aserbaidshon	1,1	1,8	0,5	2002
Armenien	1,8	3,2	0,5	2003
Georgien	2,2	3,4	1,1	2001
Tadschikistan	2,6	2,9	2,3	2001
Griechenland	3,5	5,9	1,2	2006
Albanien	4	4,7	3,3	2003
Usbekistan	5,5	8,1	3	2003
Israel	6,2	10,4	2,1	2003
Vereinigtes Königreich	6,7	10,4	3,2	2005
Mazedonien	6,8	9,5	4	2003
Italien	7,1	11	3,4	2003
Thailand	7,8	12	3,8	2002
Spanien	7,8	12	3,8	2005
Turkmenistan	8,6	13,8	3,5	1998
Argentinien	8,7	14,1	3,5	2003

Kirgistan	9,2	15,3	3,2	2005
Holland	9,3	12,7	6	2004
Irland	9,7	16,3	3,2	2005
Indien	10,5	12,8	8	2002
Australien	10,8	17,1	4,7	2003
USA	11	17,7	4,5	2005
Portugal	11	17,5	4,9	2003
Kanada	11,3	17,3	5,4	2004
Norwegen	11,5	15,7	7,4	2005
Neuseeland	11,9	19,8	4,2	2000
Rumänien	12,5	21,5	4	2004
Slowakei	12,6	22,3	3,4	2005
Bulgarien	13	19,7	6,7	2004
Deutschland	13	19,7	6,6	2004
Schweden	13,2	19,5	7,1	2002
Dänemark	13,6	19,2	8,1	2001
Österreich	15,6	24,7	7	2006
Polen	15,8	27,8	4,6	2005
Tschechien	16,3	25,5	5,6	2005
Hongkong	17,4	22	13,1	2005
Schweiz	17,5	24,7	10,5	2005
Frankreich	17,6	26,4	9,2	2005
Moldavien	17,8	31,5	5,1	2006
Serbien	19,5	28,4	11,1	2006
Finnland	20,1	31,1	9,6	2006
Estland	20,3	35,5	7,3	2005
Korea	21,9	29,6	14,1	2006
Ukraine	22,6	40,9	7	2005
Japan	23,7	34,8	13,2	2006
Lettland	24,5	42	9	2005
Kasachstan	25,9	45	8,1	2005
Ungarn	26	42,3	11,2	2005
Slowenien	26,3	42,1	11,1	2006
Russland	32,2	58,1	9,8	2005
Weißrussland	35,1	63,3	10,3	2003
Litauen	38,6	68,1	12,9	2005

Tabelle 1: Suizidraten weltweit nach aktuellen Angaben der (WHO, 2009)

Eine Analyse der Suizidraten von 1980 – 1995 (**Tabelle 2**) zeigte, dass in beinahe allen Ländern der ehemaligen UdSSR, ausgenommen Litauen, die Suizidrate nach dem Bruch gestiegen ist. Besonders in Litauen ist die absolute Suizidrate von 1980/1981 von 33,6 auf 34,1 (1990) gestiegen, auf 26,1 im Jahre 1995 gesunken, in den letzten Jahren wieder auf 38,6 (2005) gestiegen und stellt weltweit den Spitzenreiter dar. Nach 1990 erhöhten sich besonders in den Ländern wie Estland, Russland, Weißrussland, Lettland, Kasachstan und der Ukraine die Suizidraten und befanden sich 1995 alle im Bereich über 30 – 41,5 Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahr.

	1980/1981	1990	1995
	Suizidrate absolut bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr	Suizidrate absolut bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr	Suizidrate absolut bezogen auf 100.000 Einwohner / Jahr
Armenien	3	2,8	3,5
Tadschikistan	3,9	4,4	3,5
Aserbajdschan	4,6	1,6	0,7
Georgien	6,2	3,6	4,1
Usbekistan	7,2	7,2	6,5
Turkmenistan	8,7	8,1	5,4
Kirgistan	13,8	12,5	13,5
Moldavien	19,8	14,8	18,5
Kasachstan	22,5	19,1	28,6
Ukraine	23,7	20,7	28,4
Weißrussland	24,6	20,4	31,2
Lettland	32,8	26	40,7
Litauen	33,6	34,1	26,1
Russland	34,6	26,5	41,5
Estland	36,7	27,1	40,1

Tabelle 2: Übersicht der Suizidraten der ehemaligen UdSSR Staaten von 1980 – 1995

Auf der Suche nach Gründen für Suizidhandlungen, besonders in den ehemaligen UdSSR Ländern, könnte eine Vielzahl an Faktoren ausschlaggebend sein. Die ehemalige UdSSR war atheistisch, das bedeutet, dass keiner das Recht hatte, seine Religion auszuüben. Nach Kielholz (1971) ist das Fehlen religiöser Bindungen, ein wesentlicher Faktor, der zu Suizidhandlungen führen kann. Weiter ist Osteuropa bekannt für den übermäßigen Alkoholkonsum, besonders bei Männern, der möglicherweise die Rate erhöht.

Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Armut ergänzen die Reihe an potenziellen Auslösern und sind hierbei von hohem Stellenwert. Jedoch stellt sich die Frage, weshalb reiche Länder wie Österreich und die Schweiz, mit einer Suizidrate über 15, sich weltweit im Mittelfeld befinden. Beide Länder verfügen über gute Gesundheits-, Pensions- und Versicherungssysteme, auch die Arbeitslosenraten im Vergleich zu anderen europäischen Ländern unterscheiden sich nicht signifikant. Die Statistik Austria (2009) gab bekannt, dass im Jahre 2006 Suizid, etwa doppelt so häufig als Todesursache in Österreich vermerkt wurde, wie Verkehrsunfälle. In mittleren Altersgruppen sind Suizide besonders auffällig.

Betrachtet man nun die aktuellen Zahlen der Gesamtstatistik aus religiösen Perspektiven, werden im Islam sowie im Christentum, suizidale Handlungen als Todsünde angesehen. Der Islam und das Christentum distanzieren sich daher von Handlungen, die nicht von Gott selbst bestimmt sind. Beispielsweise ist im Koran, Sure 3, 145 zu lesen:

„Zu sterben steht niemandem zu, es sei denn mit Allahs Erlaubnis – ein Beschluss mit vorbestimmter Frist. Und wer den Lohn dieser Welt begehrt, Wir werden ihm davon geben; und wer den Lohn des zukünftigen Lebens begehrt, Wir werden ihm davon geben; und Wir werden die Dankbaren belohnen.“ (Päuser & Conrady, 2007, S. 68).

Der Koran belohnt Gläubige mit dem Eintritt ins Paradies. Um dies zu erreichen, befolgen Muslime streng die Regeln des Korans, der folgendes angibt:

„Diejenigen, die den Bund Gottes halten und die Verpflichtungen nicht brechen, und die verbinden, was Gott zu verbinden befohlen hat, ihren Herrn fürchten und Angst vor einer bösen Abrechnung haben, und die geduldig sind in der Suche nach dem Antlitz ihres Herrn, das Gebet verrichten und von dem, was Wir Ihnen beschert haben, geheim und offen spenden, und das Böse mit dem Guten abwehren, diese werden die jenseitige Wohnstätte erhalten, die Gärten von Eden, in die sie eingehen werden, sie und diejenigen von ihren Vätern, ihren Gattinnen und ihrer Nachkommenschaft, die Gutes getan haben. Und die Engel treten zu ihnen ein durch alle Tore: „Friede sei über euch dafür, dass ihr geduldig waret“ (Khoury, 1996, S. 70-71).

Aus Angst vor Bestrafung, sowie aus Respekt zur Religion, werden Suizidhandlungen abgelehnt. Insofern wäre die geringe Suizidrate in den muslimischen Ländern der ehemaligen UdSSR, wie Aserbaidshan und Tadschikistan, erklärbar. Armenien und Georgien sind fast zur Gänze orthodox. Besonders in Armenien ist der Glaube tief verwurzelt, und das Familienleben steht im Mittelpunkt der armenischen Bevölkerung. Daher könnte die Theorie Durkheims bejaht werden, dass Menschen aus stabilen Familienkonstellationen, sich nur selten suizidieren, jedoch ein hohes Risiko aufweisen, wenn der Halt im Familienverband nicht aufrecht erhalten werden kann, aus welchen Gründen auch immer. Im asiatischen Raum, teilen sich Korea und Japan ähnliche Werte und befinden sich auf den Plätzen 8 und 10. Insbesondere Junge und Alte, sind häufig in Japans Suizidstatistik vertreten. Viele betagte Japaner, besonders in der Zeit nach der Pensionierung, entwickeln das Gefühl, unnütz für die Gesellschaft zu sein.

„Tritt noch die Angst vor Krankheit und Elend hinzu, erscheint das Leben unerträglich“ (Pinguet, 1991, S. 44).

Die Angst, jemanden zu belasten oder zu versagen, fördert die japanische Opfermentalität. Ein vorhandenes Problem, welches unüberbrückbar erscheint, kann nach japanischem Ehrgefühl, nur mit einer suizidalen Handlung gelöst werden, um sich von seiner Schuld zu befreien. Pinguet (1991) ist der Ansicht, dass suizidale Handlungen Gesten der Auflehnung gegen die Anforderungen der Eltern sind, oder auch eine Akt der Selbstbestrafung. Der enorme Leistungsdruck und die ständige Angst, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, führen besonders bei jugendlichen Japanern zu suizidalen Handlungen (Pinguet, 1991, S. 51).

Die USA befinden sich mit einer Suizidrate von 11, weltweit im unteren Drittel der Suizidhäufigkeiten. Diese eher geringe Rate könnte darauf zu schließen sein, dass ein Suizid in einigen amerikanischen Bundesstaaten, erst in der Suizidstatistik berücksichtigt wird, *„wenn der Betreffende seine Absicht schriftlich in einem Abschiedsbrief festgehalten hat.“* (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 229). Es kann nur spekuliert werden, um wie viel die tatsächliche Suizidrate, die aktuell vorliegenden Werte übertrifft. Weiter können die gegenwärtigen Zahlen des Vereinigten Königreichs angezweifelt werden, da diese einen Gerichtsbeschluss verlangen, um einen Suizid in die Statistik aufnehmen zu können. Ähnlich in Dänemark, die nur dann einen Suizid zählen, *„wenn der Betroffene an Ort und Stelle der Tat verstirbt“* (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 229), wie dies allerdings genau nachzuweisen ist, erscheint unklar.

Hinterhuber & Fleischhacker (1997) vertreten weiter den Standpunkt, dass sich hinter nicht eindeutigen Unfällen häufig Suizide verbergen und *„Experten schätzen, dass 1-10% der tödlichen Verkehrsunfälle durch Suizidhandlungen bedingt sind.“* (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 229). Eine genaue Statistik aller Suizide zu erheben, erscheint daher schwierig.

2.4.1 Suizidmethoden und Geschlechterunterschiede

Wie in **Abbildung 3** zu erkennen, sind Erhängen, Erdrosseln und Ersticken auf Platz 1 der Suizidmethoden in Österreich. Männer und Frauen weisen hierbei ähnliche Werte auf, wobei Männer öfter (49,2 %) auf diese Methode zurückgreifen als Frauen (36,4 %). Suizide durch Feuerwaffen und Explosivstoffen werden jedoch fast ausnahmslos von Männern durchgeführt. Methoden wie Vergiftung (z. B. durch einen Medikamentencocktail), Sturz aus der Höhe und Ertrinken werden hingegen vorwiegend von Frauen angewandt. Es lässt sich damit klar der Unterschied der jeweiligen Methoden zwischen Frauen und Männern erkennen: Frauen greifen häufiger zu den „sanfteren“ Methoden als Männer, die eher die „harten“, sowie aufsehenerregenden Methoden wählen. Männer wollen die Tat schnell und sicher durchführen, um die Handlung möglichst nicht zu überleben. Frauen hingegen wenden oftmals Methoden an, welche noch große Chancen bestehen, lebensrettende Maßnahmen einzuleiten.

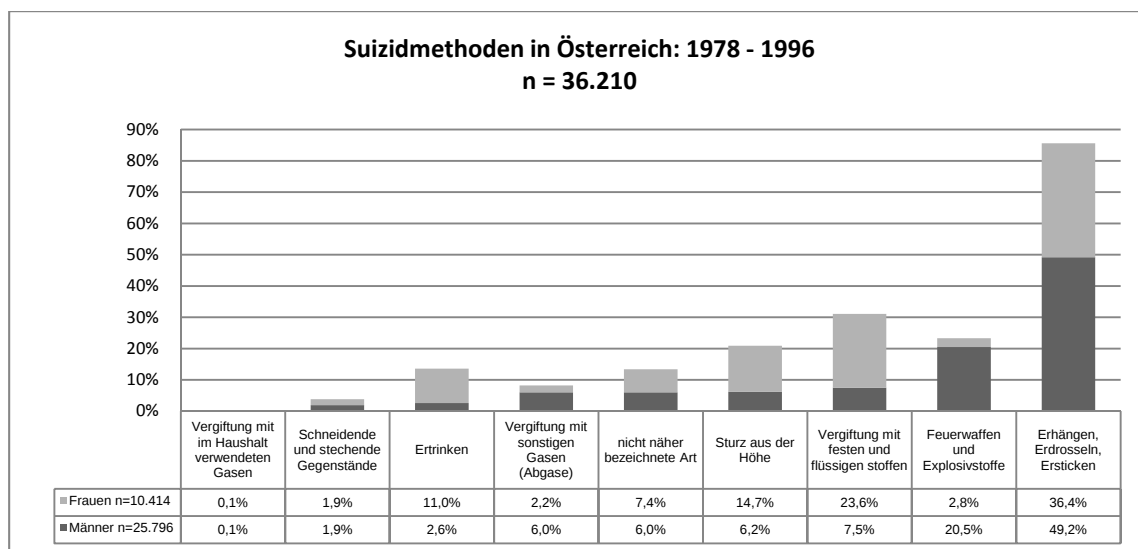


Abbildung 3: Suizidmethoden in Österreich: 1978 - 1996 (Sonneck, Stein, & Voracek, 2003)

Dadurch ist auch erklärbar, warum Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen als Männer. Hinterhuber & Fleischhacker (1997) erkannten, dass Frauen in der Altersgruppe bis 30 Jahre 100mal häufiger Parasuizide als Suizide unternehmen. Die maßgeblichen Gründe sind hierbei „*chronische Partnerschaftsprobleme, finanzielle Sorgen und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten*“ (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 231).

Gefährdungsfaktoren und -momente	Suizidrisiko	Risiko für einen Suizidversuch
Männer	++++	++
Frauen	++++	++++
2. -3. Lebensjahrzehnt	+	++++
Höheres Lebensalter	++++	+
Belastungsreaktionen	+	++++
Neurotische Störungen	+++	++++
Depressive Störungen	++++	+
Schizophrene Störungen	+++	+
Chronischer Alkoholismus	++++	++++
Chronischer Medikamentenabusus	++++	+++
Zwischenmenschliche Konflikte	+	++++
Berufsschwierigkeiten	+	++
Finanzielle Schwierigkeiten	+	+
Vereinsamung, Entwurzelung	++	+
Haft, Krankenhausaufenthalt etc.	+	+

Tabelle 3: Suizidrisiko und Risiko für einen Suizidversuch nach Gefährdungsfaktoren und -momenten (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 231)

In **Tabelle 3** nach Hinterhuber und Fleischhacker (1997) wird verdeutlicht, dass Faktoren wie „neurotische Störungen“, „Belastungsreaktionen“, „chronischer Alkoholismus“ und „zwischenmenschliche Konflikte“ zu Suizidversuchen führen. Besonders Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer. Faktoren wie „chronischer Alkoholismus“ und „chronischer Medikamentenabusus“ sind in der Spalte Suizidrisiko und Risiko für einen Suizidversuch gleichermaßen vertreten. Auffällig sind „depressive Störungen“, die durchaus ein Suizidrisiko darstellen können, aber letztendlich nicht zwingend einen Suizidversuch implizieren. Anders bei „neurotischen Störungen“, die ein hohes Risiko für Suizidversuche aufweisen, und eine Suizidhandlung häufiger hervorrufen (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 231). Haring (1989) betont in diesem Zusammenhang, dass bei der Mehrzahl der Suizidanten überwiegend affektive Störungen vorliegen, wie beispielsweise Verstimmung und Erregung (Haring, 1989, S. 256).

„Nicht selten sind Kurzschlussreaktionen, bei denen zwischen dem ersten Suizidgedanken und der Tat nur wenige Stunden liegen [...] Alkoholiker und Drogenabhängige begehen Suizid aus depressiver Verstimmung oder Panik. Gelegentlich kann der Appell an die Umwelt eine Rolle spielen.“ (Haring, 1989, S. 256).

Kurzschlussreaktionen können meist nicht mehr verhindert werden, jedoch besteht die Möglichkeit, Symptome und Warnzeichen der Personen wahrzunehmen und Hilfe anzubieten. Durch professionelle Hilfe kann eine unüberlegte Suizidhandlung verhindert, und die Suizidalität behandelt werden.

„Eine hohe Gefahr für Suizidversuche und Suizide besteht generell bei Personen, die sich in einer ausweglosen Situation fühlen, die sich überfordert, alleingelassen, verzweifelt, hoffnungslos fühlen, die resigniert sind, die fürchten, verlassen zu werden.“ (Sauter, Abderhalden, Needham, & Wolff, 2004, S. 944).

Dieses emotionale Zerwürfnis mit sich selbst, ist oftmals für viele Menschen aus dem Umfeld des Betroffenen offensichtlich, wird aber dennoch als Suizidrisiko unterschätzt. Die Kombination von Aussichtslosigkeit und Hoffnungslosigkeit entwickelt sich über eine gewisse Zeit oftmals zu einer schweren Depression, die unbehandelt in einer suizidalen Handlung enden kann.

Das Pflegekonzept *„Hoffnung und Hoffnungslosigkeit“ (Hope and Hopelessness)*, befasst sich mit den Phänomenen der Hoffnung und Hoffnungslosigkeit und deren Wechselspiel, sowie mit dem Einfluss auf den Menschen. Farran, Herth, & Popovich (1998) sehen die Folgen von Hoffnungslosigkeit in negativen emotionalen Reaktionen, bis hin zu psychischer und physischer Krankheit und vorzeitigem Tod. Hoffnung hingegen wirkt als Schutzmechanismus. Langfristige Hoffnungslosigkeit hingegen gefährdet die *„...physische, psychische und spirituelle Gesundheit und Lebensqualität eines Menschen...“* (Farran et al., 1998, S. 39).

Farran et al. (1998) verstehen Hoffnung als eine treibende Kraft in Krisensituationen und als kreativitätsfördernden *„Prozess, der dazu anregt, sich Alternativen im Umgang mit den ungünstigen Umständen auszudenken.“* (Farran et al., 1998, S. 5).

Hoffnung als problemorientierte Bewältigungsstrategie umfasst die Problemdefinition, Identifikation von möglichen Alternativen, die Kosten und Nutzen der jeweiligen Alternative abwägen, und die Wahl der passenden Alternative und deren Umsetzung (Farran et al., 1998, S. 19). Folglich werden Wege gefunden, die eine Lösung näher bringen sollen. Bei suizidalen Patienten

ist es von großer Bedeutung, dass alternative Möglichkeiten für deren Leben zu finden, und sie dabei begleiten.

2.5 Prävention, Behandlung, Pflege von suizidalen Patienten

2.5.1 Präventionsstrategien

Hartmann & Fleischhacker (1997) definieren primäre Prävention als *„Beseitigung oder Verringerung der Inzidenz einer Erkrankung“*; sekundäre Prävention als *„Früherfassung und Frühbehandlung sowie Rezidivprophylaxe bzw. Verkürzung und / oder Minderung des Krankheitsverlaufs“* und tertiäre Prävention als *„Vermeidung oder Linderung von bleibenden Behinderungen“* (Hartmann & Fleischhacker, 1997, S. 255). Primäre Prävention befasst sich daher allgemein mit der Vermeidung von Erkrankungen, sowie deren Verbreitung so gering möglich zu halten. Sekundäre Prävention hingegen beabsichtigt, ein weiteres Fortschreiten einer bestehenden Erkrankung zu minimieren, oder die Krankheitsdauer zu verkürzen. In Bezug auf Suizidalität bedeutet dies, dass ein Suizidversuch bei suizidalen Patienten durch präventive Interventionen verhindert werden soll. Hartmann & Fleischhacker (1997) ergänzen: *„Der Wirkbereich der sekundären Prävention ist die frühzeitige Diagnosestellung, die prompte und adäquate Behandlung sowie die Rezidivprophylaxe bei Erkrankungen, die häufig einen rezidivierenden Verlauf aufweisen [...] Ziel ist es, die Prävalenz von Erkrankungsfällen zu verringern und den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen, sodass Folgeerkrankungen und Behinderungen verhütet werden können“* (Hartmann & Fleischhacker, 1997, S. 256). Tertiäre Prävention hat das Ziel, den Schweregrad einer Erkrankung zu reduzieren und die Lebensqualität, sowie das verbliebene Gesundheitspotenzial zu stärken (Rennen-Allhoff & Schaeffer, 2000).

Nach Fenner (2008) zielt die primäre Prävention, auf eine Optimierung der Lebensbedingungen der Bevölkerung ab, um potenzielle Suizidwünsche und Handlungen vorzubeugen, und streben sowohl mit strukturellen, als auch kommunikativen Maßnahmen auf die Verhütung erstmaliger Suizidversuche an (Fenner, 2008, S. 96). Rudolf & Tölle (1984) empfinden hingegen die primäre Prävention bei bereits gefährdeten Personen als nicht relevant, da diese eine

„Kurzschlussreaktion“, beziehungsweise eine „Konfliktsituation“ nicht verhindern könne. Vielmehr sehen sie Potenzial in der sekundären Prävention, die in der Lage ist, die Suizidgefahr zu erkennen, und Interventionen rechtzeitig zu setzen. Somit ist die sekundäre Prävention besonders in der Pflege von großer Relevanz, aufgrund der Tatsache, dass Pflegepersonen in einem speziellen Naheverhältnis zum suizidalen Patienten stehen, Veränderungen früh erkennen, und darauffolgend angemessen intervenieren können. Die tertiäre Prävention bei Patienten nach einem Suizidversuch beinhaltet zum Teil eine langfristige Psychotherapie, und ist in diesen Fällen kaum mehr Aufgabenfeld der Pflege. Aufgrund dieser Definitionen wurde der Fokus in dieser Arbeit auf die sekundäre Prävention gesetzt, um etwaigen Interventionsbedarf bei suizidalen Patienten zu ermitteln, die für die Pflege von besonderer Bedeutung sind.

Sekundärprävention wurde erst nach dem Zweiten Weltkrieg angewandt und umgesetzt. Der österreichische Psychiater Erwin Ringel gründete in Wien die erste „Lebensmüdenfürsorge“, parallel dazu wurden weltweit Telefonseelsorgestellen mit dem Motto „Before you commit suicide, ring me up“ eingerichtet (Fenner, 2008, S. 95). Ab diesem Zeitpunkt entstanden immer mehr Kriseninterventionszentren, Fürsorgestellen und psychiatrische Einrichtungen für betroffene Personen.

2.5.2 Pflege

Für Pflegende in psychiatrischen Einrichtungen ist der Umgang mit suizidalen Patienten eine häufige Aufgabe und zugleich eine große Herausforderung. Sie übernehmen in ihrer Rolle als Pflegende, die Verantwortung für die jeweilige Person, und müssen die bestmögliche Pflege anbieten, um den Patienten vor suizidalen Handlungen zu schützen. Welche Methode hierbei am besten geeignet ist, wirft immer wieder Fragen aus der Praxis an die Forschung auf.

Der spezielle Umgang mit suizidalen Patienten muss erlernt werden, und bedarf einer soliden Ausbildung im psychiatrischen Bereich, sowie Erfahrung und Handlungskompetenzen. Die eigene Angst vor dem Tod und die eventuelle Voreingenommenheit gegenüber suizidalen Patienten, dürfen hierbei keine Rolle spielen. Der Mensch muss als Ganzes gesehen werden, dazu gehören

biografische, soziodemografische Daten, sowie medizinische Befunde von bereits vorhandenen Erkrankungen. Wie bereits im **Kapitel 2** erwähnt, entsteht Suizidalität aufgrund mehrerer Faktoren, die in Summe zur Suizidhandlung führen können. Um den Menschen somit ganzheitlich zu sehen, bedarf es einer ausführlichen Auseinandersetzung mit dem Patienten. Die schrittweise Dokumentation zeichnet das Leben des Patienten nieder, und bildet somit die Basis einer holistischen Pflege und Betreuung. Von großer Bedeutung ist hier die Bezugspflege, welche über die gesamte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus aufrechterhalten wird. Vetter (1989) sieht die wichtigste Aufgabe der Bezugsperson darin,

„...eine tragfähige Beziehung aufzubauen und dem Patienten zu ermöglichen, angstfrei über seine Suizidphantasien zu sprechen [...] im weiteren Verlauf sollte durch Herausfinden der Gründe, die zu den suizidalen Tendenzen führen, dem Patienten geholfen werden, eine realistische Einstellung zu seinen Problemen zu gewinnen und aktiv an Lösungsmöglichkeiten zu arbeiten.“ (Vetter, 1989, S. 126).

Müller-Spahn & Hoffmann-Richter (2000) betonen, dass Suizidhinweise immer ernst genommen werden müssen, und einer genaueren Beurteilung der möglichen Suizidalität bedürfen. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Patienten ist in diesem Falle unerlässlich und maßgeblich für den weiteren Verlauf.

2.5.2.1 Assessment

Die genaue Abschätzung / Einschätzung von Suizidalität, bedarf einer Erhebung mittels Assessmentinstrumenten. Zur Zeit der Professionalisierung der Pflege, scheint die Anwendung wissenschaftlich erforschter Assessmentinstrumente für die Praxis von besonderer Bedeutung. Pflegeassessments dienen einer systematischen Informationssammlung, und verschaffen einen Gesamtüberblick pflegerischer Grundinformationen. Die gesammelten Daten geben Hinweis auf potenzielle Probleme, oder direkt auf ein Problem. Darauffolgend können Pflegediagnosen formuliert werden (Gordon, 2003, S. 21).

Sauter et al. (2004) sind der Ansicht, dass die Abschätzung von Suizidalität bei einzelnen Patienten sich als äußerst schwierig herausstellt, und eine einmalige Messung nicht ausreichend ist. Das bedeutet, dass der Patient immer wieder neu eingeschätzt werden muss, um eventuelle Veränderungen während des Krankenhausaufenthalts festhalten zu können. Zur Einschätzung der Suizidalität wird gerne der deutschsprachige Fragenkatalog von Pöldinger angewandt. Hierbei handelt es sich um 16 Fragen, welche mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Kozel, Grieser, Rieder, Seifritz, & Abderhalden (2007) weisen darauf hin, dass die Einschätzung nach Pöldinger vor allem als Gesprächsgrundlage zur Beurteilung des akuten Suizidrisikos dient.

Die Nurses` Global Assessment of Suicide Risk– Skala (NGASR) ist ein globales Einschätzungsinstrument und wurde von Cutcliffe und Barker in England entwickelt. Die aus 15 Items bestehende Skala umfasst evidenzbasierte Risikofaktoren, welche mit Punkten versehen sind. In der deutschen Version, die erstmals an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern auf einer gerontopsychiatrischen Station ihre Verwendung fand, wurde mit einem weiteren Item ergänzt. Experten empfehlen die Gesamtpunkte folgendermaßen zu interpretieren: 0-5 Punkte = geringes Risiko; 6-8 Punkte = mäßiges Risiko; 9-11 Punkte = hohes Risiko; aufwärts = sehr hohes Risiko (Kozel et al., 2007, S.17 - 26).

2.5.2.2 Pflegediagnosen (NANDA)

Pflegediagnosen dienen der Bezeichnung von bestimmten klinischen Pflegephänomenen, und bilden die Grundlage „für die Auswahl von pflegerischen Interventionen und Pflegezielen um erwünschte Pflegeergebnisse zu erreichen.“ (Maletzki & Stegmayer, 2003, S. 6). Sie dienen einerseits zur Vereinheitlichung von Pflegeproblemen und andererseits können Pflegehandlungen wissenschaftlich auf ihre Effektivität überprüft werden. Ziel der *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* ist die Entwicklung einer verbindlichen Terminologie, einer Klassifizierung, welche regelmäßig überprüft und aktualisiert wird (Budnik, 2009, S. 73).

Die Pflegediagnose „Suizidgefahr“ (*“Risk for Suicide“*) wurde im Jahr 2000 in die Sammlung von NANDA Pflegediagnosen aufgenommen (NANDA, 2005, S. 13). Die Definition beinhaltet das Risiko einer selbst verschuldeten, lebensbedrohlichen Verletzung. Eine Reihe von möglichen Risikofaktoren werden hierbei in mehreren Kategorien unterteilt, welche in **Tabelle 4** ersichtlich sind.

Verhaltensbedingte Faktoren Impulsivität Veränderungen der Lebenseinstellungen, des Verhaltens oder von Schulleistungen Veräußerung des Eigentums Kauf einer Waffe Verfassen eines Testaments Änderung des Testaments Horten von Medikamenten Plötzliche Euphorie nach einer schweren Depression	Situationsbedingte Faktoren Alleinlebend Ruhestand Ortsveränderung Heimeinweisung Ökonomische Unsicherheit Verlust der Autonomie / Unabhängigkeit Vorhandensein einer Waffe im Haus Jugendliche, die in einem ungewöhnlichen Setting leben (z. B. geschlossene Einrichtung für Jugendlichen, Gefängnisse, Betreutes Wohnen, Wohngruppe)
Physische Faktoren Körperliches Leiden, terminale Erkrankung Chronische Schmerzen	Demografische Faktoren Alter: ältere Personen, junge männliche Erwachsene, Jugendliche Ethnie: weiße, südeurasische Personen Geschlecht: männlich geschieden, verwitwet
Psychologische Faktoren Suizid in der Familiengeschichte Substanzenabusus Psychiatrische Erkrankung / Störung (z. B. Depression, Schizophrenie, bipolare Psychose) Missbrauch in der Kindheit Schuldgefühl Schwule oder lesbische Jugendliche	Soziale Faktoren Verlust einer wichtigen Beziehung Auseinanderbrechen der Familie Trauer, Trauerfall Defizitäres Unterstützungssystem Einsamkeit Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit Soziale Isolation Konflikt mit dem Gesetz oder Disziplinarproblem Suizid als Nachahmungseffekt
Verbale Faktoren Drohungen, sich selbst zu töten Äußerungen des Wunsches zu sterben, dem Ganzen ein Ende zu setzen“	

Tabelle 4: NANDA "Suizidrisiko" Risikofaktoren (NANDA-I,2007, S. 217)

2.5.2.3 Pflegeinterventionen (NIC)

Unter dem Begriff „Pflegeintervention“, ist eine Zusammenstellung einzelner Maßnahmen zu verstehen. Pflegende und Patienten erarbeiten gemeinsam passende Interventionen (Schädle-Deininger, 2006, S. 106). Nursing Intervention Classification (NIC) beschreibt Pflegehandlungen, und umfasst mögliche Interventionen, die auf Pflegediagnosen basieren (Chitty, 2005, S. 402).

Nach der Nursing Interventions Classification (NIC) wird eine Reihe von Interventionen aufgelistet, welche der Prävention von Suiziden dienen.

Suizidprävention wird definiert als, „*Reducing the risk of self-inflicted harm with intent to end life*“ (McCloskey & Bulechek, 2000, S. 620).

34 Aktivitäten werden angegeben und detailliert beschrieben, diese umfassen zusammengefasst:

(1) *Erkennen und Wahrnehmung*: Erkennen von Risikofaktoren und suizidalem Verhalten und deren Einschätzung, genaue Dokumentation sämtlicher Veränderungen des Patienten (Gefühls- und Verhaltensveränderungen...)

(2) *Sicherheit*: Medikamentenadministration und die genaue Kontrolle der Tabletteneinnahme, Reduktion von Gefahrenzonen (Fenster verriegeln), Patient in die Nähe des Schwesternzimmers verlegen, Zimmerkontrollen, entfernen von selbst gefährdeten Gegenständen (Rasierklingen, Waffen etc.)

(3) *Kommunikation*: Miteinbeziehung des Patienten in die Pflegeplanung und Behandlung, Erlernen von neuen Coping – Strategien, eine direkte, nicht urteilende Kommunikation zu Suizidalität, intensive Gesprächsführung, Suizidgedanken offen ansprechen, Patientenüberwachung, Behandlungsvereinbarungen (z. B.: Non-Suizid-Verträge), Familienangehörige und Freunde aktiv miteinbeziehen und Hilfestellungen anbieten, sowie Anweisungen für die Entlassung vermitteln (McCloskey & Bulechek, 2000, S. 620-621).

2.5.2.4 Pflegeergebnisse (NOC)

Sowohl NANDA, NIC und die NOC (Nursing Outcome Classification) stellen eine standardisierte Sprache für die Pflegepraxis dar (Johnson, Mass & Moorhead, 2005, S. 24). Pflegeergebnisse dienen der Evaluation von Interventionen, und beabsichtigen eine transparente Darstellung der Maßnahmen. In der Pflege werden qualitativ hochwertige Interventionen gefordert, welche zusätzlich effektiv und kostenreduzierend sind. Die Effektivität der Interventionen muss durch Pflegekräfte messbar sein, und die Pflegepraxis im Handeln beeinflussen. Die NOC – Forschung verfolgt daher 3 Ziele: (1) Identifizierung, Benennung, Validierung und Klassifizierung von pflegebezogenen Patientenergebnissen, (2)

Überprüfung der Klassifikation in der Pflegepraxis und (3) Bewertung /
Überprüfung von Ergebnissen (Johnson et al., 2005, S. 56-57).

3 Fragestellung

3.1 Forschungsfragen

„Welche qualitativen und quantitativen empirischen Studien gibt es zu sekundärpräventiven pflegerischen Interventionen bei suizidalen Patienten?“

„Wie gut ist die Wirksamkeit von sekundärpräventiven pflegerischen Interventionen bei suizidalen Patienten nachgewiesen?“

3.2 Ziel und erwarteter Nutzen

Ziele der Arbeit sind, einen Gesamtüberblick über den Stand der Forschung zu pflegerischen Interventionen bei suizidalen Patienten zu erstellen, deren Effektivität zu ermitteln, sowie Schlussfolgerungen für die Praxis und die Forschung abzuleiten.

Um einen speziellen Fokus auf präventive pflegerische Intervention bei suizidalen Patienten zu lenken, wurde die „sekundäre Prävention“ bei suizidalen Patienten ins Auge gefasst. Der Forschungsschwerpunkt „Prävention“ wurde nach Studiensichtung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterteilt.

Das Ziel ist es, einen systematischen Überblick über den Stand der Pflegeforschung zum Thema „Sekundäre Prävention bei suizidalen Patienten – aus Sicht der Pflegeforschung“ zu erstellen, sämtliche Studienergebnisse zu präsentieren und zu vergleichen. Auf Basis der Studienanalyse wurden die einzelnen Studien schrittweise eingeschätzt und zusammengefasst. Sämtliche Ergebnisse wurden nach Anwendbarkeit und Effektivität überprüft, mit dem Ziel, effiziente Interventionen für die Pflegepraxis zu eruieren.

4 Methode

Eine systematische Literaturanalyse dient der Zusammenfassung und der inhaltlichen Analyse der gesammelten Studien. Systematisch werden diese zerlegt, kategorisiert, bewertet und untereinander verglichen. Ziel hierbei ist es, den aktuellen Wissensstand zum Forschungsproblem zu eruieren. Zunächst muss eine Forschungsfrage formuliert und passende Studien gefunden werden. Diese werden systematisch bewertet, selektiert, zusammengefasst und auf Anwendbarkeit überprüft (Glasziou, Irwig, Bain, & Colditz, 2001, S. 2).

Die kritische Analyse liefert eine objektive Zusammenfassung der erhobenen Studien, bildet die Basis für weitere Forschungsprojekte, und dient der Pflegepraxis als Zusammenstellung von aktuellem Wissen zum Thema. Studienergebnisse werden in eigenen Worten formuliert und enthalten keine persönliche Ansichten, sondern eine wertfreie Zusammenfassung. In den folgenden Unterkapiteln werden die Vorgehensweisen der Studiensuche, der Selektion und der Bearbeitung erklärt.

4.1 Vorgehen bei der Literatursuche

Um einen möglichst breiten Überblick zu erlangen, wurde mit folgenden Keywords über Medline gesucht:

„Suicide“[Mesh] UND nurs* OHNE „Suicide, Assisted“[Mesh], deutsch- und englischsprachige Artikel.

Unter assistiertem Suizid, versteht man *„die Beihilfe der Selbsttötung durch Ärzte oder Mitglieder von Laienvereinigungen [...] einem Kranken hilft, sich ein todbringendes Mittel zu beschaffen, und es ihn ggf., darreicht, dass der Kranke sich dieses Mittel jedoch selbst zuführt.“* (Eink & Haltenhof, 2006, S. 17). Da es sich dabei nicht um eine Intervention zur Verhütung von Suizid handelt, wurde dieser Aspekt bereits bei der Suche ausgeschlossen.

4.2 Vorgehen bei der Auswahl

Die gefundenen Referenzen wurden aufgrund der Abstracts von mehreren Personen in einem Konsensverfahren nach Typ der Publikation und thematischem Schwerpunkt kategorisiert.

Ausgeschlossen wurden sämtliche Fachartikel, Reviews oder Artikel ohne Pflegebezug und Abstracts, die sich nur peripher mit der eigentlichen Thematik beschäftigen, oder rein medizinische Erkenntnisse wiedergeben.

Für eine erste inhaltliche Kategorisierung wurden qualitative und quantitative empirische Artikel eingeschlossen, welche sich mit Interventionen (die sich an den Patienten oder an das Pflegepersonal richten) auseinandersetzen, sowie Studien (z. B. vergleichende Studien), die sich mit Patienten und Pflegenden beschäftigen, die beispielsweise schon eine Schulung zur Suizidprävention erhalten haben. Als pflegerische Intervention versteht man eine Handlung, die teilweise, oder nur von einer Pflegeperson ausgeführt wird. In dieser ersten inhaltlichen Kategorisierung wurden die Studien nach Themenschwerpunkten gruppiert.

Die Artikel zum Themenbereich „Prävention, Intervention / Postvention“ wurden unter Berücksichtigung der Definitionen (**Kapitel 2**) in einem weiteren Schritt, einer der drei Präventionsformen zugeteilt: Primäre Prävention (Interventionen bei „gesunden“ Personen); sekundäre Prävention (Interventionen bei suizidalen Patienten) und tertiäre Prävention (Interventionen bei Patienten nach Suizidversuch).

Für die detaillierte Analyse in dieser Arbeit wurden somit empirisch qualitative oder quantitative Studien zur sekundären Prävention eingeschlossen.

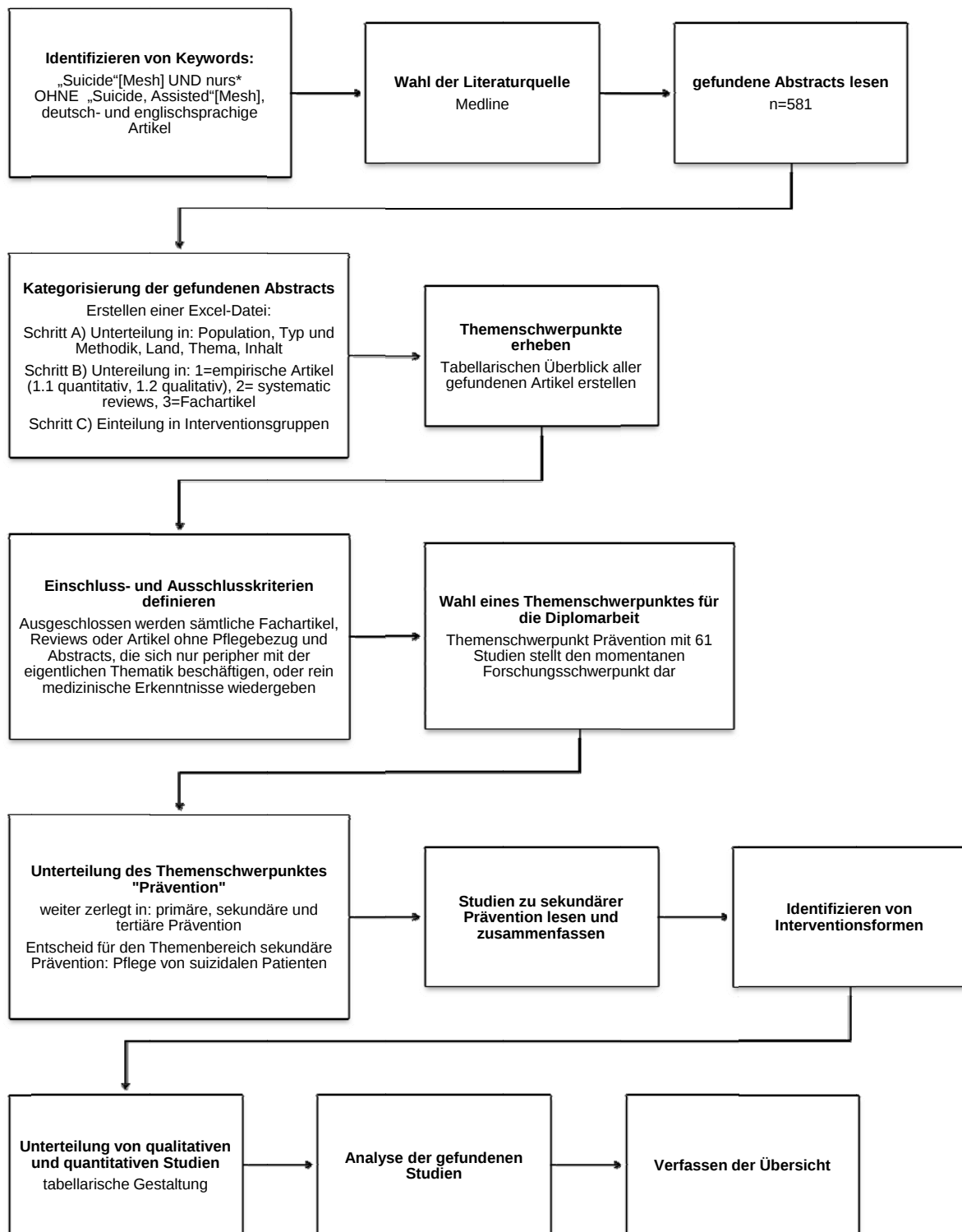


Abbildung 4: Ablauf der Auswahl

4.3 Vorgehen bei der Bearbeitung

Die Studien der sekundären Prävention wurden einer genaueren Analyse unterzogen und tabellarisch nach folgenden Kriterien aufgearbeitet (5.1.1 bis 5.1.3):

- (1) *Qualitative Studien*: Autor/en, Jahr, Land, Design, Methodologie, Setting / Stichprobe, Art der Intervention, Fragestellung, Ergebnis, Bemerkungen.
- (2) *Quantitative Studien*: Autor/en, Jahr, Land, Design, Setting / Stichprobe, Art der Intervention, Outcomemass, Ergebnis, Bemerkungen.

Insgesamt wurden 21 Studien in die Analyse miteinbezogen, davon 11 quantitative, 9 qualitative Studien und eine Studie mit gemischten Methoden. Zunächst werden die Studienergebnisse zusammengefasst und den jeweiligen Interventionsgruppen zugeordnet. Qualitative und quantitative Studien werden getrennt voneinander tabellarisch dargestellt.

In **Tabelle 6** werden Studienqualität als auch Evidenzstärke nach den *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines* (Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh, & White, 2007) zusammengefasst dargestellt.

Einschätzung der Studien nach Evidenzstärke:

Niveau 1 = Experimentelle Studien (RCT, Metaanalyse von RCTs)

Niveau 2 = Quasi-experimentelle Studien

Niveau 3 = Nicht-experimentelle Studien, qualitative Studien, Meta Synthesen (Newhouse et al., 2007, S. 207).

Qualitätseinschätzung der Evidenz:

A = hohe Qualität: konsistente Resultate, ausreichende Probandenanzahl, definitive Schlussfolgerungen

B = gute Qualität: recht konsistente Resultate, genügende Probandengruppe, ziemlich definitive Schlussfolgerungen

C = niedrige Qualität: oder größere Mängel: wenig Evidenz mit inkonsistenten Resultaten, keine ausreichende Probandengruppe, kaum allgemeingültige Schlussfolgerungen (Newhouse et al., 2007, S. 207).

5 Ergebnisse

5.1 Übersicht

Die primäre Suche in Medline ergab 581 Artikel. Davon wurden 355 ausgeschlossen (Fachartikel, Artikel ohne Pflegebezug etc.). Von den verbleibenden 226 Artikeln waren 61 Artikel über Studien zum Thema Prävention/Intervention/Postvention. Nach Unterteilung der Präventionsformen in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, konnten 21 Studien für die sekundäre Prävention herangezogen werden, und daraus resultierend folgende Interventionen identifiziert werden konnten:

a) *Non-Suizid-Verträge*, b) *Engmaschige Überwachung*, c) *Training und Präventionsprogramme*, d) *Psychotherapeutische Interventionen*, e) *Theorien, Modelle und Konzepte*.

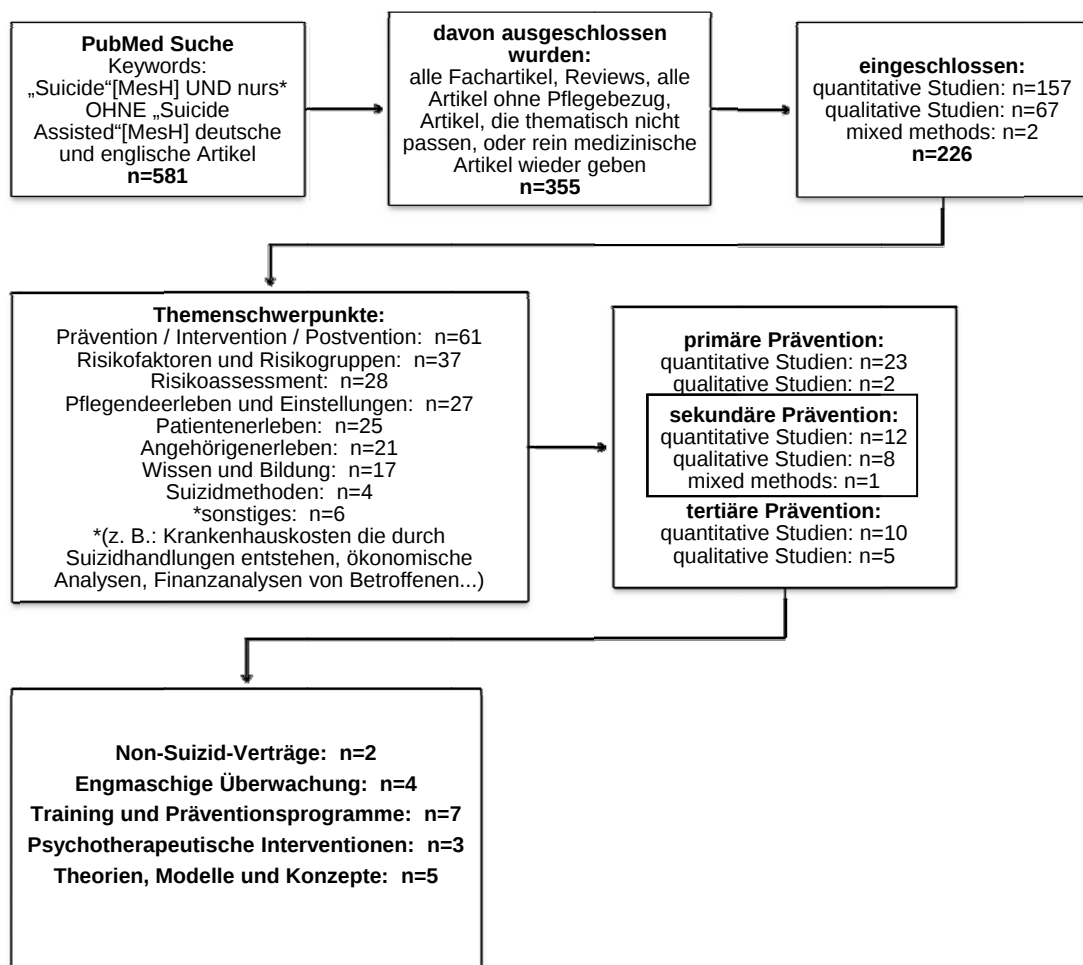


Abbildung 5: Auflistung der gewählten Studien

<i>Intervention</i>	Anzahl qualitativer Studien	Anzahl quantitativer Studien	Anzahl mixed-methods Studien
<i>a) Non-Suizid-Verträge</i>	-	2	-
<i>b) Engmaschige Überwachung</i>	2	2	-
<i>c) Training und Präventionsprogramme</i>	-	7	-
<i>d) Psychotherapeutische Interventionen</i>	2	1	-
<i>e) Theorien, Modelle und Konzepte</i>	4	-	1

Tabelle 5: Übersicht der Interventionsformen nach Methodik

5.1.1 Quantitative Studien

Autoren, Jahr	Design	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Outcomemass	Ergebnis	Bemerkungen
<i>Non-Suizid Verträge</i>						
Drew, B. L. (2001). USA	Retro-spektive Korrelations-studie	577 Patientenakten, psych-iatrische Einrichtungen von 2 Allgemeinkrankenhäusern	Non-Suizid Verträge (NSV)	Einfluss von NSV auf Suizidalität und Selbstverletzung	Bei 33% aller Patienten wurde ein Non-Suizid-Vertrag angewandt. 72% davon verbal. Patienten mit NSV verletzten sich 5mal häufiger als Patienten ohne NSV.	Einschränkung erhöht das Risiko. Keine Evidenz, dass NSV Selbstverletzung oder suizidales Verhalten präventiv entgegenwirkt.
Page, S. A., & King, M. C. (2008). Kanada	Retro-spektive Befragung	n=524, Rücklauf 312 = 60.5% (Psychiater, Psychologen, Pflegende, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten) Ambulanter psychiatrischer Dienst	Non-Suizid Verträge (NSV)	Einschätzung der Wirksamkeit von NSV durch Therapeuten	50% der Teilnehmer sind der Ansicht, dass NSV das Suizidrisiko minimieren – die restlichen 50% sind jedoch der Meinung, dass NSV die "Angst" beim Personal reduziert. 31,4% hatten die Erfahrung gemacht, dass sich Patienten trotz NSV einen Suizidversuch hatten. 27 Teilnehmer erlebten einen Suizidversuch nach NSV.	Patienten sehen NSV als nicht besonders effektiv an und fühlen sich durch die Vereinbarung in ihrer Autonomie eingeschränkt. Personen aus nicht-medizinischen Disziplinen wenden NSV häufiger an.
<i>Engmaschige Überwachung:</i>						
Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). England	Random. Befragung mittels Fragebogen	24 Einrichtungen (89%) inklusive 23 Beobachtungs dokumente in 8 Regionen (städtische, vorstädtische und ländliche) des „National Health Service“	Kontinuierliche Überwachung (constant Observation, CO)	Einschätzung der Effektivität von CO	Von 24 Einrichtungen verwenden nur 2 dieselbe Terminologie für die Differenzierung der Überwachungs-stufen und deren Intensität. Nur 37% Institutionen verwenden Assessment-instrumente. CO wird allgemein als effektive Intervention angesehen und dient der Reduktion von Selbstverletzung oder Suiziden sowie Aggression.	Problematik von CO: fehlende finanzielle Ressourcen sowie mangelndes Pflegepersonal auf den Stationen. Aufgrund der Studien-erkenntnisse, wurde ein standardisiertes Observations-dokument mit einheitlichen „Observation Levels“ eingeführt.

Autoren, Jahr	Design	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Outcomemass	Ergebnis	Bemerkungen
Shugar, G., & Rehaluk, R. (1990). Kanada	Komparative Studie, retrospektiv	Insgesamt N=807, 102 (13%) davon unter Überwachung + 102 Kontrollfälle; 8 Stationen in psychiatrischem Krankenhaus	Kontinuierliche <i>Überwachung</i> (continuos observation, CO)	Vergleich von Patienten unter CO und Patienten ohne CO. Gründe für CO, und Vergleich der psychiatrischen Diagnosen sowie soziodemografischen Faktoren aller Patienten.	Diagnose wie „affektive Psychosen“, „Schizophrenie“ und „Persönlichkeitsstörungen“ in der CO Gruppe dreimal so häufig. Patienten in der Kontrollgruppe häufiger Diagnosen wie „Drogen- und Alkoholmissbrauch“ „Stressreaktionen“ „Anpassungsreaktionen“. Erhebung von 6 soziodemografischen / klinischen Faktoren. Die Effektivität von CO ist in dieser Studie nur schwierig zu ermitteln. Sie wird als zusätzliche Intervention zur medikamentösen Therapie angewandt.	CO wird als eine zeit- sowie kostenintensive Intervention angesehen, die sowohl die persönlichen Ressourcen des Pflegepersonals ausschöpfen und andererseits den Patienten stark beeinträchtigen.
<i>Training und Präventionsprogramme:</i>						
Ramberg, I. L., & Wasserman, D. (2003) Schweden	Querschnittstudie; Befragung	n=883, Rücklauf = 57,4% = (70,8% bei Psychiatern 56,5% bei Pflegenden (ambulant und stationär); "Stockholm County Council"	Training und Supervision in der Arbeit mit suizidalen Patienten	Einschätzung der Wirksamkeit von "Training und Supervision" und die Beeinflussung der Pflege von suizidalen Patienten	43% der psychiatrischen Pflegepersonen und 35 % der Pflegeassistentinnen gaben an, ausreichend im Umgang mit suizidalen Patienten geschult zu sein. 77 % des Pflegepersonals wünschen sich mehr Training, Supervision sowie eindeutige Richtlinien im Umgang mit suizidalen Patienten.	Training im Umgang mit suizidalen Patienten, speziell im Umgang mit Emotionen sollte forciert werden.
Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Brasilien	Pretest, Posttest design	102 nicht-psychiatrische klinische und 40 nicht-klinische Mitarbeiter ; Universitätskrankenhaus	Training in Suizidprävention	Einstellung gegenüber suizidalen Patienten gemessen mit SBAQ (Suicide Behavior Attitude Questionnaire)	Nach dem Training: Kompetenter ($p<0,001$) und weniger hilflos im Umgang ($p=0,002/0,005$), weniger Angst $p<0,001/0,001$, verbesserte Fähigkeiten suizidales Verhalten zu erkennen $p<0,001$.	Der Bedarf an präventiven Trainings im Bereich Suizidalität besteht. Die Effektivität konnte nachgewiesen werden sowie eine Verbesserung im Umgang mit suizidalen Patienten.

Autoren, Jahr	Design	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Outcomemass	Ergebnis	Bemerkungen
Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Australia	Querschnitt- studie; Befragung	N=134 (Rücklauf 55,8%) Gesundheitspersonal; Krankenhaus	Training in Suizidprävention	Einstellungen gegenüber Suizidpräventionstraining von Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen mittels „ATSP scale“ (Attitudes to Suicide Prevention“)	Personen mit Suizidpräventions- training, haben eine bessere Einstellung ($p < 0.05$) gegenüber Suizidprävention. Die Anzahl der Berufsjahre, mit suizidalen Patienten, zeigten keine signifikante Beziehung zu den Einstellungen mittels der ATSP-Skala	Effektive Suizidpräventionsschulung, Einstellungen können verbessert werden
Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). England	Querschnitt- studie; Befragung	218 Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, Rücklauf 77%; Manchester Health District	Training in Suizidrisiko- einschätzung und Prävention	Einstellungen zu Suizidprävention, Einschätzung mittels ASP- Skala (Attitudes to Suicide Prevention)	Negativste Einstellung zu Suizidprävention bei: Allgemein- medizinern und Notfallpflege- personen; positivste Einstellung bei: Psychiatrischen Gemeinde- pflegepersonen; Assoziation zwischen Religion und Einstellungen zu Suizid ($p=0,049$); Katholiken haben eine negativere Einstellung als Personen ohne Bekenntnis ($p=0,08$). Negativste Einstellung bei Personen mit einer hohen Anzahl von Berufsjahren ($p=0,08$)	Personen die bereits ein Training absolvierten, haben eine positivere Einstellung zu Suizidprävention – Training.
Nutting, P. A., Dickinson, L. M., Rubenstein, L. V., Keeley, R. D., Smith, J. L., & Elliott, C. E. (2005). USA	Komparative Studie	179 –Kliniker (Hausärzte, Allgemeinärzte, Nurse Practitioners); 232 depressive Patienten mit Suizidgedanken; Primary Care und Health Maintenance Organization (HMO) Practices	Erkennen von Suizidgedanken mit zwei verschiedenen Instrumenten (QuEST, MHAP)	Anzahl der identifizierten Fälle mit Suizidgedanken	Von 880 Patienten konnten 232 (26.4%) mit Suizidgedanken ermittelt werden. Nach 6 Monaten hatten die Patienten noch immer die gleichen Suizidgedanken und Intensität. QuEST Intervention war besser geeignet zur Identifikation von Personen mit Suizidgedanken als MHAP (70% vs. 46,8%). Beide Interventionen sind nicht in der Lage, Suizidgedanken langfristig zu reduzieren.	Guidelines zur Identifizierung von suizidalen depressiven Patienten sollte entwickelt werden. Interventionen haben keine Auswirkung auf die Verringerung von suizidalen Gedanken.

Autoren, Jahr	Design	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Outcomemass	Ergebnis	Bemerkungen
Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). USA	RCT	N = 307 Interventionsgruppe 105 suizidgefährdete Studenten Kontrollgruppe 202 Studenten ohne Schulprobleme; 5 städtische High Schools, grade 9-12	Schulbasiertes Präventionsprogramm zur Reduktion von Suizidrisiken, Risikofaktoren und die Förderung von positiven Faktoren bei suizidgefährdeten Schülern	Reduktion von Depressivität und suizidalem Verhalten, Reduktion von Drogenverwicklungen und Steigerung der Schulleistungen	In allen 3 Gruppen eine signifikante Senkung von suizidalem Risiko- verhalten festgestellt werden: Depression ($p < 0,001$), Hoffnungs- losigkeit ($p < 0,001$), Stress ($p < 0,001$), Wut ($p < 0,019$). Förderung von positiven Faktoren: Beherrschung ($p < 0,027$), Selbst- bewusstsein ($p < 0,001$), soziale Netzwerkunterstützung ($p < 0,001$).	Effektive Intervention in Schulen zur Reduktion von suizidalen Verhalten bei Jugendlichen.
Porter, L. S., Astacio, M., & Sobong, L. C. (1997). USA	Retro- spektive, deskriptive Korrelations- studie	American veterans, n=271 veterans affairs medical center (VAMC) – crisis intervention hotline (CIH) in South Florida	Telephone – Hotline – Assessment	Charakteristika von VAMC – CIH User und Suizidmethoden sowie auslösende Faktoren. Erhebung mittels SCAC	Männer (91 %); > 66 % bereits geplant sich selbst zu verletzen oder zu suizidieren; auslösende Faktoren „Einsamkeit“ und „Alkoholismus“; Methoden wie „Tablettenüberdosis“ und „Suizid durch Schusswaffen“ wurden häufig genannt; Suizid durch „Tabletten- oder Drogenmissbrauch“ zu 56 %. Kaum Evidenz, dass die Suizidinzidenz reduziert werden kann; die Ergebnisse zeigten jedoch, dass Suizidprävention und Krisen – Interventionshotlines gerne genutzt werden.	Anrufer fühlten sich nach dem Gespräch erleichtert und gaben an, dass sie jemanden zum Reden in der Krisensituation gesucht haben.
<i>Psychotherapeutische Intervention:</i>						
Walsh, S. M. (1993). USA	Pretest – Posttest design	39 suizidale Jugendliche, Interventionsgruppe n=21 und Kontrollgruppe n=18 Alter 13-17 Jahre; Private psychiatrische Klinik	Künstlerisch- therapeutische Arbeit mit Zukunftsbildern	Self esteem inventory(SEI), Future Time Perspective Inventory (FTP), Beck Depression Inventory (BDI)	Zwischen den Gruppen gab es keinen signifikanten Unterschied nach Pretest. Eine Trendanalyse ergab, dass die Interventionsgruppe bei FTP und BDI größeren Fortschritt zeigten als die Kontrollgruppe.	Obwohl keine statistische signifikante Verbesserung beider Gruppen vorliegt, konnte eine subjektive Verbesserung der Patienten in der Interventionsgruppe vermerkt werden.

5.1.2 Qualitative Studien

Autoren, Jahr	Design, Methodologie	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Fragestellung	Ergebnis	Bemerkungen
<i>Psychotherapeutische Interventionen:</i>						
Reilly, C. E. (1998). USA	Einzelfall – studie	28-jährige Patientin nach Suizidversuch, depressive Störung, generalisierte Angststörung; Beck Institute for Cognitive Therapy and Research;	Kognitive Therapie, (Therapie nach Aaron T. Beck: spezielle Behandlung bei therapieresistenten Patienten)	Einfluss der kognitiven Therapie auf Suizidalität	Insgesamt 40 Sitzungen, nach der 10.Sitzung eine wiederholte suizidale Krise; nach Therapieende konnte die Patientin ihre Ziele und Wünsche umsetzen und mit ihrer Angst besser umgehen und diese akzeptieren • Strukturierte Aktivitäten • Gefühlstagebuch • Hoffnungslosigkeit reduzieren	Diese Therapie fokussiert auf den Perfektionismus, die soziale Sensibilität sowie auf die Hoffnungslosigkeit des Patienten.
Walsh, S. M., & Minor-Schork, D. (1997). USA	Qualitative Interviews, phänomenologisch, semi-strukturiert	11 Patienten, 4 weibliche und 7 männliche Patienten davon 6 verfügbar für das follow-up interview, 2 Monate später; (13-18 Jahre alt, Durchschnitt 15 Jahre); Psychiatrische Station einer Uniklinik	„Future image intervention“	Auswirkungen der „future image intervention“ bei suizidalen stationären Jugendlichen	6 Themen konnten nach den Interviews ermittelt werden: • Identitätsfindung • Zurückerlangung von Humor • Wiederaufleben von Träumen • Kontrollgewinn • Vorfremde • anfängliche Irritation.	Hoffnungslosigkeit kann reduziert werden; Mitarbeiter erkannten, dass die Intervention den kommunikativen Prozess mit suizidalen Patienten intensiviert werden kann.
<i>Engmaschige Überwachung:</i>						
Cleary, M., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. (1999). Australien	Qualitative Inhaltsanalyse, kombiniert mit Grounded Theory	10 registrierte Pflegefachpersonen; psychiatrisches Krankenhaus in Sydney	Engmaschige Überwachung	Erforschen der Pflegepraxis sowie Umgang mit „special observation“ bei suizidalen Patienten im Akutspital	9 Themen konnten identifiziert werden: • Sicherheit • Therapeutische Beziehung • Unterstützung von Pflegenden und Patienten • Konsequenzen von engmaschiger Überwachung für das Pflegepersonal • Kontinuität der pflegerischen Versorgung	Pflegende verfügen über zu wenig Wissen zum Thema Suizidalität. Weiter wurde „special observation“ als stressig empfunden und, dass Ärzte zu schnell eine „special observation“ verordnen.

Autoren, Jahr	Design, Methodologie	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Fragestellung	Ergebnis	Bemerkungen
					• Peer-Support • Suizidindikatoren • Verantwortung und Rechte • Pflegende, Ärzte und Krankenhaushierarchie	
Duffy, D. (1995). England	Grounded Theory, semi-strukturierte Interviews	10 psychiatrische Pflegekräfte; Psychiatrische Akutstation (66 Betten)	Special Observation	Umsetzung von „special observation“ bei stationären suizidalen Patienten durch das psychiatrische Pflegepersonal	9 konzeptuelle Kategorien konnten gebildet werden: <i>personalzentrierte Kategorien:</i> • Initiierung engmaschiger Überwachung • Abänderung der engmaschigen Überwachung • Beendigung engmaschiger Überwachung • Kommunikation von Patientenakten <i>patientenzentrierte Kategorien:</i> • Prävention von Selbstverletzung • Verbindung herstellen • Einschätzung • Verhaltensänderung des Patienten • verlorene Zeit 2 Kernkategorien abstrahiert werden, welche „Kontrolle“ und „Hilfe“	Pflegepersonen erhalten kein offizielles Training oder klinische Supervision für „special observation“ und wird als „low-status“ Aktivität angesehen, welche von unqualifizierten Pflegekräften initiiert werden kann. Gefordert werden standardisierte Richtlinien für „special observation“, sowie die Integration von Patientenbedürfnissen.
<i>Theorien, Modelle und Konzepte:</i>						
Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S., & Smith, P. (2007). USA	Grounded Theory	20 psychiatrische Pflegekräfte; „Mental Health Service“ UK	Reconnecting suicidal patients with humanity	Umgang mit suizidalen Patienten, sowie deren Rückführung in den Alltag	3 Hauptelemente konnten identifiziert werden: • das Reflektieren des Menschenbilds • das Zurückführen des Individuums in die Menschheit • leben lernen Schaffen einer interpersonellen Atmosphäre, pflegebasierte Mensch	Pflegerisches Wissen sowie Kommunikation mit suizidalen Patienten sind für die Zurückführung in den Lebensalltag ausschlaggebend.

Autoren, Jahr	Design, Methodologie	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Fragestellung	Ergebnis	Bemerkungen
					zu Mensch Kommunikation, Zuhören und Verstehen.	
Sun, F. K., & Long, A. (2008). Taiwan	Grounded Theory	15 Ex-Patienten und 15 Familienangehörige; 2 Krankenhäuser in Taiwan	Pflegetheorie für suizidale Patienten	Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie, Pflege durch Familienangehörige von suizidalen Ex-Patienten nach Krankenhausentlassung	Identifizierte Kategorien: • Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden • Wahrnehmungsprozess vor dem Suizidversuch • selbstzerstörerische Handlungsweisen • Familienumgebung • chinesische Kultur • Auswirkung der Pflege • Barrieren der Pflege • Tag und Nacht auf der Hut sein • Aufrechterhaltung von Tätigkeiten des täglichen Lebens • das Schaffen einer pflegenden Umgebung • die Wiedergewinnung des Lebenswunsches • wiederkehrende suizidale Gedanken und Versuche	Personen mit guten Familienbeziehungen konnten besser mit ihrer Suizidalität umgehen. Personen hingegen mit schlechteren Familienverhältnissen sehen sich als Belastung für die Familie.
Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. (2006). Taiwan	Grounded Theory	15 Pflegepersonen (weiblich, 21-49 J.), 15 Patienten (9 weiblich, 6 männlich, 16-47J.) in 3 Krankenhäuser in Taiwan;	Pflegetheorie für suizidale Patienten	Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie; Untersuchen und erforschen von Einstellungen der Pflege bei suizidalen Patienten in psychiatrischen Einrichtungen	Identifizierte Kategorien: • Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden • Wahrnehmungsprozess vor dem Suizidversuch • selbstzerstörerische Handlungsweisen • Teamwork • Umfeld der psychiatrischen Einrichtung • Einstellungen und Glauben des Pflegepersonals beeinflussen die	Die Studie verdeutlicht die Wichtigkeit der Integration von Wissen und dynamischen Aktions- und Interaktionsstrategien– in der direkten Pflege von suizidalen Patienten.

Autoren, Jahr	Design, Methodologie	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Fragestellung	Ergebnis	Bemerkungen
					Pflege • Barrieren der Pflege • negative Gefühle und Gedanken des Patienten zu den gebotenen Pflegeleistungen • Unterstützungssystem • holistisches Assessment gewährleisten • Schutz gewährleisten • Basispflege gewährleisten • Heilung gewährleisten • die Wiedergewinnung des Lebenswunsches • wiederkehrende suizidale Gedanken und Versuche Hauptkategorie: Beziehung zwischen Pflegepersonen und deren Patienten.	
Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. (2005). Taiwan	Grounded Theory	15 Pflegekräfte (weiblich, 21-49J.) 15 Patienten weiblich n=9, männlich n=6 (11 Patienten hatten bereit einen Suizidversuch unternommen); 3 Krankenhäuser in Taiwan;	Aktion/Interaktion Strategien	Entwicklung einer Pflegetheorie zur Unterstützung des Pflegepersonals im Umgang mit Suizidprävention	Aktion/Interaktion-Strategien: • holistisches Suizidassessment • Gewährleistung von Schutz • Gewährleistung von Basispflege • Gewährleistung von erweiterten Pflegeleistungen Bedarf von erweiterten Kommunikationsfähigkeiten	Psychiatrische Pflegekräfte benötigen vertiefende Kommunikationsschulungen, speziell im Umgang mit suizidalen Patienten.

5.1.3 Mixed Methods

Autoren, Jahr	Design, Methodologie	Setting, Stichprobe	Art der Intervention	Fragestellung	Ergebnis	Bemerkungen
<i>Theorien, Modelle und Konzepte:</i>						
Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B., & Gustafsson, B. (2007). Schweden	Qualitative Inhaltsanalyse + quantitative Befragung Mixed-methods	29 Pflegepersonen (weiblich n=23, männlich n=6); Krankenhaus in Stockholm	Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence Model (SAUC)	Entwicklung von SAUC + Beschreibung psychiatrischer Pflege von suizidalen Patienten	SAUC Modell dient der Unterstützung von Pflegenden und erweist sich als nützlich in der Beschreibung von Pflege bei Suizidalität. SAUC Modell erwies sich als nützlich in der Beschreibung der Pflege von suizidalen Patienten.	Pflegetheorie kann die Pflegepraxis unterstützen und aufgrund des generierten Wissens ist eine systematische Pflege möglich – die wiederum gut evaluiert werden kann.

5.2 Intervention: Non-Suizid-Verträge

Drew (2001) untersuchte in einer retrospektiven Korrelationsstudie, die Anwendung von Non-Suizid-Verträgen (NSV) und deren Einfluss auf Suizidalität und Selbstverletzung. In zwei amerikanischen psychiatrischen Krankenhäusern wurden dafür 577 Patientenakten ausgewählt, um die Prävalenz von Non-Suizid-Verträgen, sowie deren Effektivität zu ermitteln. Drew (2001) stellte fest, dass bei 60 % der Patienten die Diagnose „Affektive Störung“ vorlag – davon 40 % mit einer „Major Depression“ und 20 % mit „bipolaren Störungen“. Die restlichen 40 % wiesen Diagnosen wie „Schizophrenie“ oder „schizoaffektive Störungen“ auf. 56 % der Patienten wurden aufgrund ihrer Suizidgedanken (41,6 %), oder ihres suizidalen Verhaltens (14 %) in das Krankenhaus eingewiesen (Drew, 2001, S. 102). Bei jedem dritten Patienten wurden Non-Suizid-Verträge eingesetzt (3/4 davon verbal). Die Analyse zeigte, dass sich Patienten mit NSV fünfmal häufiger absichtlich verletzten, als Patienten ohne NSV. Je länger der Kontakt mit derselben Pflegeperson während des Krankenhausaufenthalts bestand, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit einer Selbstverletzung. Der Einsatz von NSV ist daher nach Ansicht des Autors nicht in der Lage, selbstverletzendes und suizidales Verhalten zu reduzieren. Drew (2001) empfiehlt eine genauere Untersuchung von Non-Suizid-Verträgen, bezüglich ihrer konkreten Anwendung und Effektivität (Drew, 2001, S. 105).

Page & King (2008) erforschten die Wirksamkeit von Non-Suizid-Verträgen und befragten insgesamt 312 Personen aus dem Gesundheitswesen (Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Pflegende). Meinungen zu NSV wurden gesammelt: Häufigkeit der Intervention, Entscheidung für oder gegen NSV, Ausmaß von Training in der Anwendung von NSV und Suizidversuche während NSV (Page & King, 2008, S. 171). Zur Hinterfragung der Effektivität von Non-Suizid-Verträgen wurde ein Fragebogen (bestehend aus 20 offenen und Multiple-choice Fragen) eingesetzt. 83 % der Befragten wendeten NSV an, dennoch erhielt nur die Hälfte eine spezielle Schulung in der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen. 31,4 % der Befragten erlebten einen Patientensuizid, oder einen Suizidversuch während der Anwendung von NSV. 12,9 % hatten einen Patientensuizid, oder einen Suizidversuch nach der Anwendung von NSV erlebt. Die Hälfte der befragten Personen war der Ansicht, dass das Suizidrisiko durch

den Einsatz von NSV reduziert werden kann. Die restlichen 50 % waren jedoch der Überzeugung, dass die Anwendung von NSV vor allem das Personal entlastet, und die eigene Angst vor möglichen Suizidhandlungen reduziert.

5.3 Intervention: engmaschige Überwachung

Bowers, Gournay, & Duffy (2000) beabsichtigten in *“Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies”*, die Intervention *“Kontinuierliche Überwachung”* zu erforschen, welche als typische Pflegeintervention in psychiatrischen Einrichtungen gehandhabt wird, um Suiziden präventiv entgegenzuwirken. In Anbetracht der umfangreichen Begriffsvariationen dieser Intervention, zielten Bowers et al. (2000) auf die Erforschung der Begriffe von „special“, „close“ und „constant observation“ ab, und deren Umsetzung in der Praxis. 24 Einrichtungen erklärten sich bereit, den Fragebogen zu beantworten. Dadurch konnten Variationen von Überwachungsdefinitionen, Einstufung und Umsetzung der Intervention gesammelt werden. 88 % der Institutionen konnten schriftliche Überwachungsdokumente nachweisen, die Anwendung von systematischen Risikoassessments war jedoch mit 37 % eine Seltenheit.

Von allen 24 Einrichtungen verwendeten nur zwei dieselbe Terminologie für die Differenzierung der Überwachungsstufen und deren Intensität. Die Bezeichnungen umfassten Begriffe wie „constant“, „close“, „general“, „frequent“, „intermittent“, „discreet“, „continious“, „routine“, „maximum“, „periodic“, „one-to-one“, „total“, „primary“, „unobtrusive“ (Bowers et al., 2000, S. 440). 50 % der befragten Institutionen gaben an, dass die Intervention autonom von qualifizierten Pflegepersonen durchgeführt werden kann, und eine durchschnittliche Überwachungszeit von 72 h zu vermerken war. Als besonderes Problem in der Umsetzung der Intervention wurde der Mangel an Personal und finanzieller Ressourcen genannt. Als Hauptgründe für die Umsetzung der Intervention wurden „potenzielles Selbstgefährdungsrisiko / Suizidrisiko“, „aktuelle Selbstverletzung und Suizidrisiko“ und „aggressives Verhalten“ angegeben (Bowers et al., 2000, S. 442). Pflegepersonen waren der Ansicht, dass die Intervention als effektiv zu betrachten ist, und das Risiko von Selbstgefährdung

und Suizidversuchen dadurch reduziert werden kann. Die Intensivierung der Pflege-Patienten-Beziehung, sowie rechtzeitiges Erkennen von Verhaltensveränderungen wurden hierbei weiter genannt.

Die Intervention „kontinuierliche Überwachung“ wurde ebenfalls von Shugar & Rehaluk (1990) untersucht. In einer vergleichenden, retrospektiven Studie wurden insgesamt 102 Patienten (Interventionsgruppe) unter „continuous observation“ (CO), und 102 Patienten (Kontrollgruppe) ohne CO miteinander verglichen. Patienten ohne CO befanden sich im gleichen Milieu und erhielten die gleiche Behandlung wie Patienten aus der Interventionsgruppe. Die Ergebnisse zeigten, dass 40 % der Patienten am ersten Tag des Krankenhausaufenthalts unter CO gesetzt wurden, und 70 % der Patienten in der ersten Woche. Gründe wie „Potenzielle Selbstverletzung“, „Stimulationssenkung der Umgebung“, „aktuelle Selbstverletzung“ wurden am häufigsten genannt. Diagnosen wie affektive Psychosen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen wurden in beiden Gruppen gleichermaßen vermerkt, jedoch wiesen Patienten in der Interventionsgruppe dreimal so häufig die Subdiagnose „affektive Psychose“ auf (Shugar & Rehaluk, 1990, S. 50).

Patienten in der Kontrollgruppe zeigten hingegen häufiger Diagnosen wie „Drogen- und Alkoholmissbrauch“ ($p < 0,05$), „Stressreaktionen“ ($p < 0,05$) oder „Anpassungsreaktionen“ ($p < 0,05$) auf. Sechs klinische und demografische Faktoren, welche für die Anwendung von CO ausschlaggebend sind, wurden ermittelt: (1) selbstverletzende Handlungen in der Vergangenheit, 2,5-mal so häufig (2) unfreiwilliger Krankenhausaufenthalt, 4-mal so häufig, (3) Patienten aus niedrigeren Sozialklassen (social class IV und V), doppelt so häufig, (4) Gewaltbereitschaft gegenüber Gegenständen, 2,5-mal so häufig, (5) mehr Frauen ($n = 57$) als Männer ($n = 45$) und (6) Gewaltbereitschaft gegenüber anderen Personen, 2-mal so häufig (Shugar & Rehaluk, 1990, S. 51).

39 Patienten der CO – Gruppe wiesen eine erhöhte Gewaltbereitschaft gegenüber anderen Personen auf. Dies korrelierte positiv mit der Gewaltbereitschaft gegenüber Gegenständen ($p < 0,01$), mit der Anzahl von Anzeigen im Strafregister ($p < 0,0001$), männliches Geschlecht ($p < 0,0001$), jüngere Altersgruppe ($p < 0,05$) und der Diagnose „Schizophrenie“ ($p < 0,05$).

Patienten in beiden Gruppen erhielten eher zusätzlich medikamentöse Zusatzbehandlungen: intramuskuläre Medikation ($p < 0,02$) sowie physische und mechanische Fixierungen ($p < 0,005$). Die Resultate der Studie zeigten weiter, dass CO in den meisten Fällen mit einer zusätzlichen Therapie, welche eine Verabreichung von oraler oder intramuskulärer Medikation mit sich bringt, ergänzt wurde. In dieser Studie konnte die Effektivität von CO nicht nachgewiesen werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass Patienten unter CO einen 1,5-mal längeren Krankenhausaufenthalt als Patienten aus der Kontrollgruppe haben. Shugar & Rehaluk (1990) ergänzten, dass diese Intervention alleine nicht ausreichend ist, um eine suizidale Handlung zu verhindern.

Duffy (1995) legte in der qualitativen Studie *„Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients“* den thematischen Schwerpunkt auf die Beantwortung der Frage, wie psychiatrisches Pflegepersonal „special observation“ bei stationären suizidalen Patienten anwenden. Semistrukturierte Interviews wurden mit 10 Pflegenden aus einer psychiatrischen Akutstation durchgeführt. Aus den Inhalten der Interviews konnte eine gegenstandsbezogene Theorie entwickelt werden. 9 konzeptuelle Kategorien wurden hierbei identifiziert: **(A) personalzentrierte Kategorien:** (1) Initiierung engmaschiger Überwachung, (2) Abänderung der engmaschigen Überwachung, (3) Beendigung engmaschiger Überwachung und (4) Kommunikation von Patientenakten sowie **(B) patientenzentrierte Kategorien:** (5) Prävention von Selbstverletzung, (6) Verbindung herstellen, (7) Einschätzung, (8) Verhaltensänderung des Patienten und (9) verlorene Zeit (Duffy, 1995, S. 946-948).

Aus den neun genannten Kategorien konnten zwei Kernkategorien abstrahiert werden, welche „Kontrolle“ und „Hilfe“ ergaben, und somit das ambivalente Verhältnis in der Pflege von suizidalen Patienten verdeutlichten. Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegepersonen keine Schulung in der Durchführung von „engmaschiger Überwachung“ erhalten haben, und die Intervention als eine „low status“ Aktivität gesehen wird, die durchaus von unqualifizierten Pflegepersonen durchgeführt werden kann. Pflegepersonen bevorzugten in der Pflege von suizidalen Patienten paternalistische Methoden, um mögliche Suizidhandlungen

auf der Station zu verhindern. Engmaschige Überwachung wird auf Anweisung eines Arztes durchgeführt und nicht hinterfragt. Assessments zur Messung des Suizidrisikos wurden dafür nicht angewandt, sondern auf Verdacht eingeschätzt. Häufig wurde die Intervention von Pflegenden als langweilig oder beängstigend empfunden. Aufgrund des zeitlichen Aufwands und der Intensität der pflegerischen Leistungen, fühlten sich viele Pflegende selbst isoliert (Duffy, 1995, S. 948).

Cleary, Jordan, Horsfall, Mazourdier, & Delany (1999) erforschten den Umgang engmaschiger Überwachung bei suizidalen Patienten im Akutspital. Semi-strukturierte Interviews mit 10 Pflegenden wurden mittels Inhaltsanalyse und der Grounded Theory analysiert. Daraus resultierend konnten 9 Themen identifiziert werden: (1) Sicherheit, (2) Therapeutische Beziehung, (3) Unterstützung von Pflegenden und Patienten, (4) Konsequenzen von engmaschiger Überwachung für das Pflegepersonal, (5) Kontinuität der pflegerischen Versorgung, (6) Peer-Support, (7) Suizidindikatoren, (8) Verantwortung und Rechte und (9) Pflegende, Ärzte und Krankenhaushierarchie (Cleary et al., 1999, S. 463-465).

Die Gewährleistung einer sicheren Umgebung und der individuellen Einschätzung der Suizidalität wurde von Pflegenden in der Prävention von Suizidalität als äußerst relevant angesehen. Die therapeutische Beziehung setzt Eigenschaften wie beispielsweise „Ehrlichkeit“, „Offenheit“, „Empathie“ und „Unvoreingenommen sein“ voraus und sind maßgeblich, um das Vertrauen des Patienten zu stärken. Zunächst sehen Pflegende „engmaschige Überwachung“ als gute Möglichkeit an, eine enge Beziehung mit dem Patienten aufzubauen und dadurch die inneren Zustände sowie Gedanken, Ängste und Gefühle zu erforschen. Zumal wird diese Intervention als stressig empfunden und von Patienten als ermüdend, streng und einschränkend wahrgenommen (Cleary et al., 1999, S. 466). Weiter wurde der Konflikt zwischen Pflegenden und Ärzten angesprochen, der aufgrund der straffen Krankenhaushierarchie nur schwer zu lösen ist. Oftmals werden nicht suizidale Patienten von Ärzten als suizidal eingeschätzt und daraufhin überwacht, was möglicherweise das Gegenteil bewirkt. Aufgrund dessen wird eine einheitliche Einschätzung von Suizidalität

gefordert, um Interventionen dann einzusetzen, wenn diese als wirklich notwendig erachtet werden.

5.4 Intervention: Training und Präventionsprogramme

In einer Querschnittbefragung von Ramberg & Wasserman (2003) wurden insgesamt 883 Personen (Psychiater und Pflegende) zur Einschätzung der Wirksamkeit von „Training und Supervision“ und der Beeinflussung der Pflege von suizidalen Patienten befragt. Die Klarheit des Jobs wurde mit insgesamt sechs Fragen erforscht: (1) Welches Wissen, welche Informationen sind in der Arbeit mit suizidalen Patienten wichtig? (2) Nicht zu wissen, was in der Arbeit mit suizidalen Patienten abverlangt wird. (3) Schlechte und unklare Anweisungen in der Arbeit von suizidalen Patienten. (4) Verschiedene Ansichten unter Vorgesetzten in der Arbeit mit suizidalen Patienten; Was soll mit suizidalen Patienten gemacht werden? (5) Unmögliche bzw. nicht mit sich zu vereinbarende Anforderungen der Stationsmitarbeiter. (6) Konfrontation mit übermäßigen Erwartungen suizidaler Patienten (Ramberg & Wasserman, 2003, S. 366).

Die statistische Analyse zeigte, dass 39 % der Pflegenden unsicher im Umgang mit suizidalen Patienten sind. 12 bis 24 % der Befragten ergänzten, dass sie teilweise über zu wenig Wissen verfügen, keine ausreichenden Informationen im speziellen Umgang mit suizidalen Patienten erhalten, und mit zu hohen Erwartungen von suizidalen Patienten konfrontiert werden. Weniger als 43 % der psychiatrischen Pflegekräfte und 35 % der Pflegehelfer, welche im direkten Kontakt mit suizidalen Patienten stehen, schätzten sich selbst als ausreichend geschult ein. Psychiater hingegen sind zu 74 % dieser Meinung. 77 % aller Pflegekräfte wünschen sich dennoch mehr Trainingseinheiten.

Supervision wurde zu 34% Psychiatern, 72% der Pflegenden und 75% der Pflegehelfer ($p < 0,001$) in Anspruch genommen; 88 % wünschten sich, dass dieses Angebot erweitert wird (Ramberg & Wasserman, 2003, S. 367). Ein weiterer Bedarf wurde von 66 % der Psychiater und 88 % des Pflegepersonals betont. Rund Dreiviertel der Pflegenden wünschen sich jedoch mehr Training,

und nur 5 % der Pflegenden gaben an, dass sie regelmäßig an Trainings teilgenommen haben.

Berlim, Perizzolo, Lejderman, Fleck, & Joiner (2007) untersuchten in der Studie „*Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior?*“ und evaluierten dazu die Einstellungen von 142 (40 aus nichtmedizinischen Berufsgruppen [z. B. Sicherheitsdienst] und 102 Klinikangestellten [z. B. Pflegehelfer]) Personen mithilfe des *Suicide Behavior Attitude Questionnaire* [SBAQ] vor einer dreistündigen Suizidpräventionsschulung. Das Trainingsprogramm beinhaltete den Wissenstransfer verschiedenster Aspekte von Suizidalität, wie beispielsweise: Epidemiologie, Ätiologie, Gesundheitseinschränkungen, Risikofaktoren, Basis – Assessment und Management, Grundlagenwissen sowie Empfehlungen. Der Schulungsinhalt selbst, basierte auf dem Dokument „*Preventing Suicide: A Resource for Primary Health Care Workers*“, welches im Jahr 2000 von der WHO erstellt wurde (Berlim et al., 2007, S. 235).

Das SBAQ ist ein selbstadministrierendes Instrument, welches 21 Statements zu bestimmten Einstellungen liefert und nach einer visuellen Analogskala (0-10) bewertet wird. Beide Personengruppen (medizinisches und nicht-medizinisches Personal) wurden gegenübergestellt und verglichen. Signifikante Veränderungen nach der Intervention konnten in beiden Gruppen nachgewiesen werden.

Berlim et al. (2007) fassten die wichtigsten Ergebnisse zusammen, die die Wichtigkeit von Suizidpräventionsschulungen unterstreichen:

- Die Befragten fühlten sich kompetenter im Umgang mit Personen nach einem Suizidversuch ($p < 0,001$ in beiden Gruppen)
- Fühlten sich weniger ohnmächtig bei Gegenübertretung mit suizidalen Personen ($p = 0,002$ klinisches Personal, $p = 0,005$ nicht – klinisches Personal),
- Hatten weniger Angst, Personen auf ihre Suizidalität anzusprechen ($p < 0,0001$ klinisches Personal, $p = 0,001$ nicht – klinisches Personal),

- Verbesserten ihre Fähigkeiten, suizidales Verhalten zu erkennen ($p < 0,001$ klinisches Personal, $p = 0,001$ nicht – klinisches Personal),
- Und fühlten sich in der Lage, suizidale Patienten helfen zu können ($p < 0,0001$ klinisches Personal, $p = 0,001$ nicht – klinisches Personal) (Berlim et al., 2007, S. 236).

Herron, Ticehurst, Appleby, Perry, & Cordingley (2001) verfolgten zwei wesentliche Forschungsziele: (1) die Entwicklung eines reliablen Fragenbogens, um Einstellungen gegenüber Suizidprävention zu ermitteln, und (2) die Untersuchung der Einstellungen gegenüber Suizidprävention von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen.

Im ersten Teil der Studie wurde die Entwicklung eines Fragebogens (Attitudes to Suicide Prevention ASP) um Einstellungen gegenüber Suizidprävention zu erheben, dargestellt. Anschließend wurden 218 Fachleute aus dem Gesundheitswesen, mithilfe des ASP befragt und statistisch ausgewertet. Insgesamt konnten 168 Fragebögen in die Analyse mit einbezogen werden, davon 35 (74 %) Psychiater in Ausbildung, 56 (97 %), psychiatrische Gemeindepflegepersonen, 35 (70 %) Allgemeinmediziner, 42 (67 %) Notfallpflegepersonen (Herron et al., 2001, S. 344).

Die Ergebnisse zeigten, dass die negativsten Einstellungen bei Allgemeinmedizinerinnen und Notfallpflegepersonen zu vermerken waren. Die positivsten Einstellungen hingegen wurden bei psychiatrischen Gemeindepflegepersonen gemessen. Signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Professionen wurden in neun verschiedenen Items gefunden, in zwei weiteren Items konnte nur ein Unterschied mit einem grenzwertigen Wert von $p < 0,1$ beobachtet werden. Bei insgesamt 6 von 11 Items, zeigten Notfallpflegepersonen die negativsten Einstellungen, Allgemeinmediziner in 3 von 11 Items, und psychiatrische Gemeindepflegepersonen in nur 2 von 11 Items. Bei insgesamt 8 Items hatten psychiatrische Gemeindepflegepersonen die positivsten Ergebnisse.

Eine weitere Analyse zeigte, dass eine Assoziation zwischen Einstellung zu Suizid und Religion bestand ($p = 0,049$). Katholiken wiesen negativere

Einstellungen als Personen ohne Bekenntnis auf ($p = 0,08$). Ein weiterer Unterschied konnte zwischen der Anzahl von Berufsjahren vermerkt werden: negativere Einstellung gegenüber Suizidpräventionsprogrammen korrelierten mit einer höheren Anzahl von Berufsjahren ($p = 0,08$), jedoch wurde kein Unterschied mit Alter ($p = 0,27$) genannt (Herron et al., 2001, S. 344).

Brunero, Smith, Bates, & Fairbrother (2008) zielten in ihrer Studie auf die Erforschung von Faktoren, welche mit Einstellung gegenüber Suizidprävention assoziiert werden. Die Forschungsfragen umfassen: (1) Haben Mitarbeiter mit Suizidpräventionstraining positivere Einstellungen?, (2) Haben Mitarbeiter mit Berufserfahrung im Umgang mit suizidalen Patienten positivere Einstellungen?, und (3) Haben Pflegekräfte, die bereits mit Suizidalität konfrontiert worden sind, positivere Einstellungen?.

Mithilfe der ATSP – Skala (Attitudes to Suicide Prevention), welche auch in der Studie von Herron et al. (2001) Verwendung fand, wurden die Einstellungen von insgesamt 134 (von 240) Personen aus dem Gesundheitswesen gemessen. Ein problembasiertes Schulungsprogramm, welches ein einstündiges Gruppengespräch (6-15 Personen / Gruppe) und Infomaterial beinhaltet, wurde entwickelt (Brunero et al., 2008, S. 589). Innerhalb der Schulung wurden Themen wie Suizidraten, Risikofaktoren oder Management mit suizidalen Patienten diskutiert. Die teilnehmenden Personen wurden vor und nach der Intervention befragt und statistisch analysiert. Die Resultate der Analyse zeigten, dass Personen nach der Intervention ($n = 44$) eine signifikant nachweisbare bessere Einstellung ($p < 0.05$) zu Suizidprävention hatten, als Personen ohne vorherige Trainingseinheiten ($n = 90$). Die Anzahl der Berufsjahre mit suizidalen Patienten, zeigten keine signifikante Beziehung zu den Einstellungen mittels der ATSP-Skala (Brunero et al., 2008, S.590).

Nutting, Dickinson, Rubenstein, Keeley, Smith, & Elliot (2005) erforschten in der komparativen Studie *„Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care“*, in zwei verschiedenen Interventionen *“The Quality Enhancement by Strategic Teaming”* (QuEST) und *“Mental Health Awareness Project”* (MHAO), die Ermittlung von Suizidgedanken depressiver Patienten durch „primary care clinicians“.

Die QuEST Intervention beinhaltete eine Ausbildung von Pflegepersonen, um pflegerische Dienstleistungen zu protokollieren. MHAO Intervention hingegen konzentrierte sich darauf, die Pflegequalität zu verbessern, basierend auf zwei verschiedenen Qualitätsleitbildern. Darauf aufbauend wurden Ziele zur Verbesserung in der Pflege von depressiven Patienten formuliert. Beide Interventionen beinhalteten Informationsmaterial zum Thema „Suizid“, ein spezifisches Training in Erkennung von Suizidrisiken und deren Prävention. Insgesamt 179 Kliniker Allgemeinmediziner, allgemeines Pflegepersonal und 232 depressive Patienten mit Suizidgedanken wurden in die Studie miteinbezogen.

Alle Teilnehmer (Ärzte und Pflegepersonen) nahmen an insgesamt 4 Konferenzen teil, um mit den Depressionsrichtlinien der „Agency for Health Care and Policy Research“ vertraut zu werden. In einem 8-stündigen Training (QuEST) wurden verschiedene Behandlungsoptionen bei depressiven Patienten, und Möglichkeiten Patienten aktiv in den Behandlungsprozess zu integrieren genannt. Das MHAP – Projekt besteht aus einem 4 ½ -stündigen Training zur Verbesserung der Pflege von depressiven Patienten. Von insgesamt 880 Patienten wurden 232 (26,4 %) suizidale Patienten für die Studie herangezogen, davon hatten 93 (40,1 %) einen Suizid geplant, und 28 (12,1 %) einen Suizidversuch in den vergangenen 12 Monaten unternommen.

Die Ergebnisse der Interventionen zeigten, dass doppelt so viele depressive Patienten mit Suizidgedanken identifiziert werden konnten. Nach 6 Monaten wiesen Patienten noch immer die gleiche Intensität von Suizidgedanken auf. Daraus resultierend kann der Intervention keine Effektivität nachgewiesen werden.

Eggert, Thompson, Herting, & Nicholas (1995) untersuchten in einer randomisierten – kontrollierten Studie *„Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program“*, die Effektivität eines schulbasierten Präventionsprogramms. Dieses Programm beabsichtigt, Suizidrisikofaktoren zu reduzieren und positive Faktoren zu fördern. Die Umsetzung fand in fünf verschiedenen städtischen Highschools statt. Insgesamt nahmen 307 Schüler teil, davon wiesen 105 Schüler Suizidrisikofaktoren auf,

weiter wurden 202 Schüler ohne Schulprobleme, oder sonstigen Risikofaktoren für die Studie herangezogen. Das Präventionsprogramm „Personal Growth Class (PGC)“ konnte als Wahlfach in der Highschool besucht werden. Die Jugendlichen wurden ermutigt, dieses Wahlfach für ein Semester zu besuchen. Insgesamt wurden 3 Gruppen gebildet:

Gruppe 1: Assessmentprotokoll + 1 Semester PGC1 (n=36); Dauer: 5 Monate oder 90 Schultage

Gruppe 2: Assessmentprotokoll + 2 Semester PGC2 (n=34); Dauer: 10 Monate oder 180 Schultage

Gruppe 3: nur Assessmentprotokoll (n=35)

Die „Personal Growth“ Klassen wurden in kleinen Gruppen (12 Schüler) geführt, jeweils eine Gruppe pro Highschool. Die Interventionen wurden von Lehrern, Beratern oder Schulschwestern durchgeführt (Eggert et al., 1995, S. 280).

Die fundamentalen Elemente des Programms enthalten: (1) soziale Unterstützung und gegenseitiges helfen in den Gruppen; Beziehungsaufbau aller teilnehmenden Personen; (2) die Aktivitäten zielen darauf ab, Stimmungsveränderungen, Änderungen der Schulleistungen, sowie mögliches Involviert sein in Drogenkreisen, zu beobachten und diese zu protokollieren; (3) Training um das Selbstbewusstsein zu erhöhen; erlernen von Fähigkeiten wie: Entscheidungsfindung, Beherrschung, Wutbekämpfung, Umgang mit Depressivität, Stressmanagement und zwischenmenschliche Kommunikation.

Die Ziele der Intervention umfassten: (1) Reduktion von Depressivität und suizidalem Verhalten, (2) Reduktion von Drogenverwicklungen und (3) Steigerung der Schulleistungen. Innerhalb der Studie wurden drei Messungen durchgeführt: (1) Messung vor der Intervention, (2) Messung nach 5 Monaten und (3) Messung nach 10 Monaten.

Mittels Trendanalyse wurde die Effektivität der Intervention in allen drei Gruppen gemessen. Es wurde davon ausgegangen, dass in allen Gruppen eine Veränderung messbar ist, jedoch mit der Annahme, dass diese verstärkt in den PGC1 und PGC2 zu erkennen ist. Die Ergebnisse zeigten, dass bei über 85 % der Jugendlichen in Gruppe 1 und Gruppe 3, suizidales Risikoverhalten um 25 %

reduziert werden konnte; 65 % der Gruppe 2 wiesen hierbei ähnliche Werte auf. Im Allgemeinen kann in allen 3 Gruppen eine signifikante Senkung von suizidalem Risikoverhalten festgestellt werden: Depression ($p < 0,001$), Hoffnungslosigkeit ($p < 0,001$), Stress ($p < 0,001$), Wut ($p < 0,019$). Förderung von positiven Faktoren: Beherrschung ($p < 0,027$), Selbstbewusstsein ($p < 0,001$), soziale Netzwerkunterstützung ($p < 0,001$). Die Ergebnisse zeigten weiter, dass in den Gruppen 1 und 2 die Veränderungen stärker als in Gruppe 3 zu vermerken sind.

Porter, Astacio, & Sobong (1997) beabsichtigten in der Studie, die Benutzer von Kriseninterventionshotlines (crisis intervention hotline, CIH) zu charakterisieren, und die Coping - Methoden suizidaler Personen zu identifizieren. In einem medizinischen Veteranenzentrum (VAMC) können sich Veteranen mit einer Kriseninterventionshotline in Verbindung setzen, ihre momentane Problematik schildern und Hilfe in Anspruch nehmen. Porter et al. (1997) betonten hierbei, dass besonders Veteranen, aufgrund ihrer sozioökonomischen und gesundheitlichen Problematik, einem höheren Suizidrisiko ausgesetzt sind.

Die Datensammlung erfolgte mittels Sichtung der gesammelten CIH – Gesprächsdokumente. Eine randomisierte Stichprobengröße wurde aus insgesamt 2800 Gesprächen gezogen. Insgesamt wurden 271 Dokumente in die Studie miteinbezogen.

Die Forschungsfragen umfassen: (1) Welche Charakteristik weisen CIH – User auf? (2) Was sind die auslösenden Faktoren der Inanspruchnahme von CIH?, (3) Welche Suizidmethoden werden allgemein angewandt?, (4) Welcher Zusammenhang besteht zwischen Risikofaktoren und Suizidversuchen?, und (5) Welche Handlungen werden von Pflegepersonen allgemein angewandt?.

(1): fast 81 % der Altersgruppe von < 50 Jahren, hauptsächlich Männer (91 %) haben geplant, sich selbst zu verletzen oder zu suizidieren (> 66 %), als sie sich mit der Telefonhotline in Verbindung setzten. 41 % hatten bereits einen Suizidversuch unternommen. (2): als auslösende Faktoren wurden primär „Einsamkeit“ und „Alkoholismus“ genannt. Weniger als 10 % wurden mit

„Drogenmissbrauch“ und „Obdachlosigkeit“ assoziiert. Der Faktor „Arbeitslosigkeit“ wurde hierbei häufiger genannt als „Drogenproblem“, weniger als 5 % nennen „Schmerzen“ oder „HIV“ als Auslöser für ihre Suizidalität. (3): Während des Kontakts äußerten mehr als 68 % der Anrufer, dass sie ihren Suizid bereits genau geplant haben. Methoden wie „Tablettenüberdosis“ und „Suizid durch Schusswaffen“ wurden häufig genannt. Suizid durch „Tabletten- oder Drogenmissbrauch“ zu 56 %, davon 14 % durch eine Überdosis Kokain. (4): Personen, die mit der Telefonhotline in Kontakt traten und Suizidpläne schilderten, wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, bereits suizidale Handlungen in der Vergangenheit durchgeführt zu haben. Drogenüberdosis und Stresssituationen korrelierten hierbei stark. (5): Nach Äußerungen von genauen Suizidplänen, wurden Pflegende sofort aktiv, und informierten die Polizei welche die Einlieferung der Psychiatrie veranlassten.

5.5 Intervention: Psychotherapeutische Interventionen

In einer Einzelfallstudie von Reilly (1998) wurde der Einfluss der kognitiven Therapie nach Aaron T. Beck, welche speziell bei therapieresistenten Patienten angewendet wird, bei einer suizidalen Patientin erforscht. Die Behandlung beinhaltet strukturierte Aktivitäten, ein Gefühlstagebuch, die Sozialisierung in das kognitive Modell und die Reduktion von Hoffnungslosigkeit. Durch gezielte Aktivitäten wurde die Patientin mobilisiert, um in den Alltag zurückzufinden. Ziele waren hierbei, Wünsche und Zukunftspläne umzusetzen, besser mit Angst umzugehen und die Situation zu akzeptieren. Diese Intervention konzentriert sich auf den Perfektionismus, auf die soziale Sensibilität und Hoffnungslosigkeit. Das Erlernen von Problemlösungsstrategien wurde in den Behandlungsprozess integriert. Nach Beendigung dieser Therapie konnten suizidale Phasen stabilisiert und Verbesserungen im Wohlbefinden der Patientin vermerkt werden.

Eine weitere mögliche psychotherapeutische Intervention wird in der Studie von Walsh (1993) untersucht. 39 suizidale Jugendliche, davon 21 in der Interventionsgruppe und 18 in der Kontrollgruppe, nahmen während ihres Krankenhausaufenthalts in einer psychiatrischen Privatklinik an einer „Zukunftsbild – Intervention“ teil. Die Interventionsgruppe fertigte in einer

dreistündigen Sitzung Poster ihres Selbstbildes an, und notierten dazu ihre Zukunftswünsche. Die Kontrollgruppe wurde währenddessen drei Stunden mit Freizeitaktivitäten beschäftigt. Insgesamt wurden 3 Messinstrumente eingesetzt: Self esteem inventory (SEI), Future Time Perspective (FTP) und Beck Depression Inventory (BDI) um Veränderungen vor und nach der Intervention messen zu können. Die künstlerisch therapeutische Arbeit mit Zukunftsbildern zeigte, dass keine messbare Veränderungen vorhanden waren. Die Effektivität konnte somit nicht nachgewiesen werden. Zwischen beiden Gruppen gab es somit keinen signifikanten Unterschied nach Pretest. Jedoch zeigte eine Trendanalyse, dass unter der Anwendung der „Zukunftsbild – Intervention“ und der Messung mit FTP und BDI ein positiver Fortschritt zu verzeichnen war. Weiter konnte in der Interventionsgruppe ein verkürzter Krankenhausaufenthalt vermerkt werden ($p=0,08$).

In der qualitativen Folgestudie der „Zukunftsbild – Intervention“ von Walsh & Minor-Schork (1997), nahmen 11 suizidale Jugendliche während ihres Krankenhausaufenthalts an der Intervention teil, und wurden 48 h danach, sowie zwei Monate später interviewt. Die Intervention umfasste eine Diskussion der Zukunftspläne, Wünsche der Jugendlichen und einer kreativen Komponente, welche die Gestaltung eines Selbstporträts und den dazugehörigen Gedanken beinhaltete. Die entstandenen Plakate konnten anschließend mit nach Hause genommen werden, mit dem Ziel, dass suizidale Jugendliche in Krisen ihre positive Zukunft vor Augen haben. 6 Themen konnten nach dem Interview mit den suizidalen Jugendlichen identifiziert werden: (1) Identitätsfindung, (2) Zurückerlangung von Humor, (3) Wiederaufleben von Träumen, (4) Kontrollgewinn, (5) Vorfreude und (6) anfängliche Irritation.

Die Ergebnisse der Analyse ergaben weiter, dass die Hoffnungslosigkeit der teilnehmenden Jugendlichen reduziert, und die Intervention selbst positiv angenommen wurde. Nach anfänglicher Skepsis nahmen alle Probanden teil, und fühlten sich nach der Intervention motiviert, ihr Leben in Zukunft positiver zu gestalten. Während der Intervention konnten Pflegende besonders gut mit den Jugendlichen ins Gespräch treten und die Beziehung dadurch stärken. Diese Intervention wurde von beiden Seiten positiv aufgenommen und als effektiv eingestuft.

5.6 Intervention: Theorien, Modelle und Konzepte

Cutcliffe, Stevenson, Jackson, & Smith (2007) wendeten in „*Reconnecting the person with Humanity*“ die Grounded Theory an und zielten auf die Theoriebildung im Umgang suizidaler Patienten ab, sowie deren Rückführung in den Alltag. Die präventive Intervention dieser theoretischen Überlegung befasste sich somit mit der Handlung, den suizidalen Patienten wieder mit der Menschheit zu verbinden und dadurch eine Suizidhandlung zu verhindern. Die Datensammlung erfolgte mittels 20 semi-strukturierten Interviews, welche konstant inhaltlich gegenübergestellt wurden.

Drei Hauptelemente der Theorie konnten identifiziert werden, welche (1) das Reflektieren des Menschenbilds, (2) das Zurückführen des Individuums in die Menschheit, und (3) leben lernen, umfassen (Cutcliffe et al., 2007, S. 209). Um diese 3 Hauptelemente erreichen zu können, ist das Schaffen einer interpersonellen Atmosphäre, eine pflegebasierte Mensch-zu-Mensch-Kommunikation, Verstehen und Zuhören, ohne die Person für seine Handlung zu verurteilen, ausschlaggebend. Diese Erkenntnisse zeigten den Bedarf an pflegerischem Wissen und Kommunikationsfähigkeiten des Pflegepersonals in der speziellen Pflege von Suizidalität, und implizierten einen weiteren Bildungsbedarf des Pflegepersonals, um der Qualität gerecht zu werden.

Sun & Long (2008) interviewten in 2 verschiedenen Krankenhäusern 15 ehemalige Patienten und 15 Familienangehörige, und zielten auf die Erforschung von Pflegehandlungen durch Familienangehörige bei suizidalen Patienten nach der Krankenhausentlassung ab. Durch die Analyse der Interviews konnte eine gegenstandsbezogene Theorie „*A theory to guide family and carers of people who are at risk of suicide*“ entwickelt werden. 12 Kategorien konnten identifiziert werden: (1) Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden, (2) Wahrnehmungsprozess vor dem Suizidversuch, (3) selbstzerstörerische Handlungsweisen, (4) Familienumgebung, (5) chinesische Kultur, (6) Auswirkung der Pflege, (7) Barrieren der Pflege, (8) Tag und Nacht auf der Hut sein, (9) Aufrechterhaltung von Tätigkeiten des täglichen Lebens, (10) das Schaffen einer pflegenden Umgebung, (11) die Wiedergewinnung des Lebenswunsches, und (12) wiederkehrende suizidale Gedanken und Versuche.

Die Ergebnisse zeigten, dass die chinesische Kultur eine wesentliche Rolle in der Pflege von suizidalen Familienangehörigen spielt. Das Schamgefühl ist tief verwurzelt und die Kultur sieht Suizid als Stigma. Die Pflege wird dadurch beeinflusst und belastet zusätzlich den suizidalen Patienten nach der Krankenhausentlassung. Viele sehen sich selbst als Belastung für die Familie, und würden gerne aus dem Leben scheiden. Sun & Long (2008) erkannten, dass Patienten aus stabilen Familienbeziehungen, besser mit Suizidalität umgehen können (Sun & Long, 2008, S. 1944).

Weiter erstaunlich war hierbei, dass Familienangehörige sich vermehrt körperlich pflegerischen Handlungen widmeten, die zum größten Teil anstrengend und zeitintensiv sind, und sich weniger mit der Psyche des suizidalen Patienten auseinandersetzten. Die Resultate zeigten, dass spezielle Schulungsprogramme für pflegende Angehörige von besonderer Wichtigkeit sind, um Suizidalität nach dem Krankenhausaufenthalt präventiv entgegenzuwirken. Das Pflegepersonal übernimmt somit eine Schlüsselfunktion in der Betreuung und Schulung von suizidalen Patienten und deren Angehörigen.

In einer weiteren Studie aus dem asiatischen Raum (Sun, Long, Boore, & Tsao, 2006) wurden 15 Pflegepersonen und 15 Patienten in drei verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern in Taiwan interviewt. Die semi-strukturierten Interviews wurden nach Strauss & Corbin analysiert und ergaben 15 Kategorien, welche sich teilweise mit den Kategorien der vorherigen Studie (Sun & Long, 2008) überschneiden: (1) Unfähigkeit, mit dem Leben fertig zu werden, (2) Wahrnehmungsprozess vor dem Suizidversuch, (3) selbstzerstörerische Handlungsweisen, (4) Teamwork, (5) Umfeld der psychiatrischen Einrichtung, (6) Einstellungen und Glauben des Pflegepersonals beeinflussen die Pflege, (7) Barrieren der Pflege, (8) negative Gefühle und Gedanken des Patienten zu den gebotenen Pflegeleistungen, (9) Unterstützungssystem, (10) holistisches Assessment gewährleisten, (11) Schutz gewährleisten, (12) Basispflege gewährleisten, (13) Heilung gewährleisten, (14) die Wiedergewinnung des Lebenswunsches, (15) wiederkehrende suizidale Gedanken und Versuche. *„The theory for the nursing care of patients at risk of suicide“* findet seinen Schwerpunkt in der Beziehung zwischen psychiatrischen Pflegepersonen und suizidalen Patienten, und verdeutlicht die Wichtigkeit der Integration von

Pflegewissen und den Aktions- und Interaktionsstrategien in der direkten Pflege. Die Ergebnisse zeigten, dass die genaue Erforschung von Risikofaktoren und Ursachen wesentliche Faktoren sind, um das Verständnis für Suizidalität des Pflegepersonals zu unterstützen. Um Risikofaktoren zu erkennen, wurden Methoden wie „umsichtige Überwachung“, „Interviewfähigkeiten“, „das Erkennen von Warnsignalen“, sowie „das Zusammentragen von Informationen über Suizidhinweise“ angewandt.

Sun, Long, Boore, & Tsao (2005) untersuchten in ihrer Studie, als präventive Intervention, Aktions- und Interaktionsstrategien bei suizidalen Patienten in psychiatrischen Einrichtungen. Die Datensammlung umfasste zunächst eine Beobachtung von Patienten und Pflegenden, und dem anschließenden Interview von insgesamt 15 Patienten und 15 Pflegenden, aus drei verschiedenen Krankenhäusern in Taiwan. Darauf aufbauend, konnte eine Theorie zur Unterstützung des Pflegepersonals im Umgang mit suizidalen Patienten entwickelt werden. Das Aktions- und Interaktionsmodell beinhaltet vier wesentliche Punkte: **(1) Ein holistisches Suizidassessment:** (a) die umsichtige Beobachtung des Pflegepersonals, (b) Interviews, (c) Warnsignale, (d) Informationsaustausch, **(2) die Gewährleistung von Schutz:** (a) Monitoring und Supervision, (b) den Patienten vor gefährlichen Gegenständen schützen, (c) die Patientensicherheit aufrechterhalten, (d) Präventionsstrategien in Krisensituationen, **(3) von Basispflege:** (a) mentale und emotionale Pflege, (b) körperliche Pflege, und **(4) von erweiterten Pflegehandlungen:** (a) die Gestaltung anteilnehmender Pflege, (b) die Rolle der Pflegekraft, (c) Kommunikationsfähigkeiten und (d) Instillieren von Hoffnung. Die Resultate der beiden Interviewgruppen zeigten klare Unterschiede in der Auffassung von Pflege und dem Umgang mit suizidalen Patienten. Patienten gaben an, dass sie des Öfteren mit negativen Gefühlen, sowie Einstellungen des Pflegepersonals konfrontiert wurden. Pflegepersonen betonten, dass sie strikte Überwachungsmethoden (1 zu 1 Überwachung) bevorzugen, um die Sicherheit des Patienten gewährleisten zu können.

Die Studie von Larsson, Nilsson, Runeson, & Gustafsson (2007) beinhaltete eine Mischung aus einer qualitativen Inhaltsanalyse, sowie einer quantitativen Befragung von insgesamt 29 Pflegepersonen. Der präventive Ansatz wird mittels Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence Modell (SAUC) untersucht. Die Studie beschreibt die anfängliche Entwicklung des Modells, welche durch eine qualitative Inhaltsanalyse entstanden ist, und der darauf folgenden Befragung mittels quantitativen Methoden. Das SAUC – Modell dient der Unterstützung von Pflegenden im Umgang mit suizidalen Patienten, und erwies sich als nützlich in der Beschreibung von Pflege bei Suizidalität (Larsson et al., 2007, S. 223).

Larsson et al. (2007) beschäftigten sich insbesondere mit folgenden Forschungsfragen: (1) Sind sich Pflegepersonen der Bedeutung im Umgang mit suizidalen Patienten bewusst?, (2) Verfügen Pflegepersonen über ausreichende Handlungsstrategien, um suizidale Patienten zu stärken?.

Um vorhandene Ziel- und Handlungsstrategien, sowie dem Bewusstsein des Pflegepersonals genauer zu untersuchen, wurde das SAUC – Modell herangezogen, um den Fokus auf die „Pflege“ zu richten. Das Pflegepersonal nannte Aspekte wie „zugänglich sein für den Patienten“, „Akzeptanz“, „Verständnis“, „aufmerksamer und respektvoller Umgang“, welche besonders wichtig in der Pflege von suizidalen Patienten sind. Die Beobachtung von nonverbalen Äußerungen des suizidalen Patienten erschien hierbei von größter Bedeutung. Viele der Pflegepersonen äußerten, dass sie besonders bei auffälligen Patienten genauer beobachteten und Gespräche führten, wenn ein mögliches Suizidrisiko erkennbar war.

Die Ergebnisse des SAUC-Modells zeigten, dass die jeweiligen Phasen nach Analyse der Befragung folgende Erklärungen beinhalteten:

S – Phase: Sympathy

Wird als Handlung definiert, welche Vorsicht, Zugänglichkeit, Unterstützung, Bestätigung und Geduld beinhalten, sowie das Erkennen von speziellen Bedürfnissen miteinbezieht. Von besonderer Bedeutung ist die Aufmerksamkeit und Verständnis des Pflegepersonals gegenüber Suizidalität.

A – Phase: Acceptance

Akzeptanz umfasst Handlungen, wie beispielsweise den Patienten nicht zu verurteilen, Respekt zeigen, aufmerksam zuhören, die Möglichkeit bieten, dass der Patient seine Suizidwünsche, sowie Hoffnungslosigkeit äußern kann. Akzeptanz bedeutet weiter, dass das Pflegepersonal den aktuellen Zustand des Patienten akzeptieren muss.

U – Phase: Understanding

Das Pflegepersonal akzeptiert den Zustand, versucht aber die Ursachen herauszufinden, wie Suizidpläne, -gefühle, -fantasien entstehen, und initiieren Patientengespräche.

C – Phase: Competence

Das Pflegepersonal betont, dass sie Entscheidungen und Handlungen von suizidalen Patienten erklären möchten, und somit eine respektvolle, wertschätzende Patientenbeziehung aufbauen wollen.

5.7 Evidenzeinschätzung nach den Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines

Unter evidenzbasierter Pflege versteht man, „*dass sich Pflegepersonen bei der Auswahl von Pflegemaßnahmen in differenzierter Weise des Standes der Forschung zu dem betreffenden Thema versichern*“ (Brunen & Herold, 2001, S. 110). Die Ergebnisse haben hierbei einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidungsfindung der pflegenden Personen (Newhouse et al., 2007). Um eine systematische Bewertung der Studien durchzuführen, wurde auf ein etabliertes Einschätzungssystem (*Johns Hopkins Nursing Evidence-Base Prattice Model and Guidlines*) zurückgegriffen. Die Evidenzeinschätzung umfasst: (a) Einteilung der Studien nach Niveau, (b) Zusammenfassung der Studienergebnisse, und (c) der Bewertung der Gesamtqualität (Definition siehe **4.3**). In **Tabelle 6** werden Studien mit **A** bewertet, wenn diese konsistente, in sich stimmige Resultate liefern, eine ausreichende Probandenzahl gewährleisten, und eine definitive Schlussfolgerung möglich ist. In der Studienanalyse konnte hierbei

nur eine Studie (RCT) mit **A** bewertet werden. 19 Studien konnten mit **B** bewertet werden: sie liefern zwar konsistente Resultate, die Probandenzahl ist ausreichend (aber nicht unbedingt optimal), sind in der Lage definitive Schlussfolgerungen zu ziehen, aber qualitativ nur mit „Gut“ zu bewerten. Eine Studie (Einzelfallstudie) wurde mit **C** bewertet, da die Ergebnisse kaum Evidenz wiedergeben, methodisch oberflächlich beschrieben, und eine allgemeine Schlussfolgerung nicht möglich ist.

Niveau	Anzahl der Studien	Zusammenfassung der Ergebnisse	Gesamtqualität
Niveau 1: Experimentelle Studien (RCT, Metaanalyse von RTCs)	1	<i>Training und Präventionsprogramme:</i> Signifikante Reduktion von suizidalem Verhalten - positive Faktoren konnten verstärkt werden. Effektive Intervention mit primär- und sekundärpräventivem Charakter.	A
Niveau 2: Quasi-experimentelle Studien	4	<i>Training und Präventionsprogramme:</i> Effektivität der Programme konnte nachgewiesen werden. Pflegende können nach der Intervention besser mit Suizidalität umgehen, Ängste reduzieren, Einstellungen gegenüber suizidale Patienten verbessern. Bedarf an weiteren Programmen wurde ermittelt. <i>Engmaschige Überwachung:</i> Effektivität der Intervention konnte nicht ermittelt werden. Kombination aus Intervention + zusätzlicher Therapie wird als effektiver eingeschätzt. <i>Psychotherapeutische Interventionen:</i> Zukunftsbild-Intervention ist nicht in der Lage, suizidales Verhalten zu reduzieren. Nach Intervention konnte keine messbare Verbesserung vermerkt werden.	B
Niveau 3: Nicht-experimentelle Studien, qualitative	15	<i>Non-Suizid-Verträge:</i> keine Effektivität nachweisbar, Verträge erhöhen die Selbstverletzungsgefahr, nur 50% der Pflegenden wurden im Umgang mit NSV	B

Niveau	Anzahl der Studien	Zusammenfassung der Ergebnisse	Gesamtqualität
Studien, Meta Synthesen		eingeschult. <i>Engmaschige Überwachung:</i> Intervention wird aus der Sicht der Pflegenden als effektiv eingestuft, dennoch ist die tatsächliche Effektivität nicht nachzuweisen, fehlendes Wissen im Umgang mit Überwachungsstrategien wurden genannt, Ambivalenz in der Pflege von suizidalen Patienten. <i>Training und Präventionsprogramme:</i> Bedarf an Suizidpräventionsprogrammen wird verdeutlicht; viele Pflegende sind nicht ausreichend im Umgang mit suizidalen Patienten geschult. <i>Psychotherapeutische Interventionen:</i> Eine subjektive Verbesserung konnte bei Patienten nach der Zukunftsbild-Intervention ermittelt werden. Ideale Methode zur Stärkung der Pflege-Patienten-Beziehung. <i>Theorien, Modelle und Konzepte:</i> Theoriebildung für den speziellen Umgang mit suizidalen Patienten, wichtigsten Elemente der Analyse zeigen: Ambivalenz der Pflege, mangelndes Wissen zu Suizidalität, Erlernen von Kommunikationsstrategien, Miteinbeziehung von Angehörigen in die Pflege von suizidalen Personen	
	1	<i>Psychotherapeutische Interventionen:</i> Effektivität der kognitiven Therapie kann nicht nachgewiesen werden.	C

Tabelle 6: Einschätzung der Studien nach John Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines

6 Diskussion

6.1 Inhaltliche Diskussion

Non-Suizid-Verträge, auch Anti-Suizid-Verträge (Dorrmann, 2005) oder „Kein Suizid-Vertrag“ (Farrow, 2003) genannt, ist eine *„therapeutische Intervention, um das Suizidrisiko bei Patienten in akuten Krisen zu reduzieren. In einem solchen Vertrag verspricht der Patient, sich nicht selbstgefährdend zu verhalten, wenn er suizidale Impulse wahrnimmt“* (Dorrmann, 2005, S. 39). Es ist somit eine Behandlungsvereinbarung, die entweder schriftlich, oder auch mündlich abgeschlossen werden kann. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist nach Dietz, Prökesen, & Voelzke (1998) *„ohne der Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Krise oder Erkrankungen nicht möglich“* (Prökesen & Voelzke, 1998, S. 21). Der Patient wird aufgefordert, seine Situation zu hinterfragen, und aktiv in den Behandlungsprozess integriert. Viele Experten äußern sich kritisch gegenüber der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen, und examinieren die Effektivität dieser Intervention. Non-Suizid-Verträge (NSV) sind aus Sicht der Ergebnisse der Studie *„Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings“* (Drew, 2001), nur von geringer Effektivität. Aufgrund der Erkenntnis, dass selbstverletzendes Verhalten durch die Anwendung von NSV sogar um das fünffache erhöht wird, stellt sich die Frage, inwieweit Non-Suizid-Verträge von Bedeutung für die Pflegepraxis sind. Page & King (2008) verdeutlichen den Bedarf an speziellen Schulungsprogrammen zur Umsetzung von Non-Suizid-Verträgen. In Anbetracht der Tatsache, dass 83 % der befragten Personen NSV anwenden, und nur die Hälfte eine Schulung in der Anwendung von NSV erhalten haben, unterstreicht dies den Handlungsbedarf. Non-Suizid-Verträge, wie bereits erwähnt, sind Verhandlungsvereinbarungen zwischen Therapeut und Patient, verfolgen primär das Ziel, dem Patienten bewusst zu machen, sich in suizidalen Krisen dem Therapeuten anzuvertrauen. Der Beziehungsaufbau sollte daher im Mittelpunkt der Intervention stehen. Vielen ungeschulten Pflegepersonen scheint dieser Therapieeffekt nicht bekannt zu sein, sie sehen viel mehr den Sinn darin, sich selbst abzusichern und zu schützen. Aus Angst, möglicherweise mit Suizidversuchen von Patienten konfrontiert zu werden, wird die Umsetzung von

paternalistischen Pflegehandlungen begünstigt. Erstaunlich ist hierbei, dass Therapeuten aus nicht medizinischen Disziplinen, Non-Suizid-Verträge häufiger einsetzen, das wiederum einen akuten Schulungsbedarf im Umgang mit suizidalen Patienten, in stationären Einrichtungen verdeutlicht (Page & King, 2008). Aus Sicht der Studienergebnisse kann der Intervention keine Effektivität zugesprochen werden. Die simple Vereinbarung von Non-Suizid-Verträgen kann eine suizidale Handlung nicht verhindern. Die Kombination von Non-Suizid-Verträgen und einer intensiven Gesprächsführung zwischen Pflegenden und Patienten kann wiederum Positives erreichen. Dessen ungeachtet müssen Gesprächs- und Beratungsstrategien speziell im Umgang mit suizidalen Patienten erlernt werden. Weiter wurde in den Studienergebnissen verdeutlicht, dass der Großteil der durchführenden Personen von NSV nicht in der Handhabung der Intervention geschult sind. Die nicht nachweisbare Effektivität könnte dadurch erklärt werden.

Anders als bei den Non-Suizid-Verträgen, wird „engmaschige Überwachung“ als Standardintervention bei hochsuizidalen Patienten eingesetzt. Suizidale Handlungen oder selbstgefährdendes Verhalten können aufgrund der Intervention rechtzeitig erkannt werden. Durch regelmäßige Zimmerkontrollen des Pflegepersonals können selbstverletzende Gegenstände, wie beispielsweise Rasierklingen, Tablettensammlungen entfernt werden, und dadurch geplanten Suizid verhindern. In den gefundenen Studien ist ersichtlich, dass es eine Reihe von Begriffsdefinitionen der „engmaschigen Überwachung“ gibt, die sich jedoch in Art und Stärke voneinander differenzieren. Als therapeutischen Effekt der Intervention sieht Stevens (1971) die Förderung eines positiven Selbstbildes des Patienten. Krieger (1976) ist sogar der Auffassung, dass suizidale Patienten durch die enge Beziehung zu Pflegenden, Problemlösungsstrategien erlernen, und somit besser mit ihrer Situation umgehen können. Die effektive Umsetzung der Intervention bedarf eines soliden Basiswissens des Pflegepersonals um Warnsignale, wie suizidale Gedanken, Gefühle und Verhaltensänderungen eindeutig zu erkennen, sowie diese richtig abzuschätzen, und folgerichtig zu intervenieren (Cleary et al., 1999).

Bowers, Gournay, & Duffy (2000) können zwar die Effektivität der Intervention nicht nachweisen, zeigen jedoch, dass die Notwendigkeit von einheitlichen

Überwachungsdefinitionen besteht. Die Vielfalt der Definitionen in den verschiedensten Einrichtungen und der Erkenntnis, dass lediglich zwei Institutionen die gleiche Terminologie verwenden, verdeutlicht die Komplexität der bestehenden „Überwachungsstrategien“. Die Intervention selbst, wird von Pflegekräften als effektiv eingeschätzt, besonders der Aspekt der Intensivierung der Pflege – Patienten – Beziehung, ist von besonderer Relevanz. Die Anwendung von CO wird von Shugar & Rehaluk (1990) prinzipiell als sinnvoll angesehen, jedoch wird der Kombination aus Intervention und zusätzlicher Therapie (medikamentös) mehr Nutzen beigemessen (Shugar & Rehaluk, 1990, S. 53). Cleary et al. (1999) und Shugar & Rehaluk (1990), teilen sich die Meinung, dass die Anwendung von CO einem soliden Wissen zum Phänomen „Suizidalität“, und den dazugehörigen facettenreichen Faktoren bedarf. Shugar & Rehaluk (1990) stellten weiter fest, dass Faktoren wie „Gewaltbereitschaft“, welche sich gegen Personen oder auch Gegenstände richtet, maßgeblich für die Initiierung von CO sind. Folglich ist „Gewalt“ ein Themenbereich, der genauer untersucht werden muss. Die Durchführung von CO wird aufgrund dieser Erkenntnis erschwert, und ist daher ausschlaggebend für die Umsetzung freiheitsentziehender Maßnahmen. Patienten aus niedrigeren „social classes“ (III – V) stellen einen weiteren Problempunkt für die Pflegekräfte dar. Die Kombination aus „Gewaltbereitschaft“ und „niedrigeren Sozialklassen“ stellen Pflegepersonen vor neue Herausforderungen, und lösen „Angstgefühle“ aus, welche die „Sicherheit“ des Patienten in den Vordergrund rücken, und folglich eine Isolierung des Patienten mit sich bringt, um Gewalthandlungen gegen sich selbst, oder andere Personen zu verhindern. Zwei Hauptfaktoren, welche die Anwendung von engmaschiger Überwachung charakterisieren, umfassen „Kontrolle“ und „Hilfe“ (Duffy, 1995), und verdeutlichen die Ambivalenz der Pflege, speziell im Umgang mit suizidalen Patienten. Die Tatsache, dass keine Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Suizidrisikos verwendet werden, sondern vielmehr auf der persönlichen Einschätzung basiert, veranschaulicht die geringe Professionalität im Umgang mit suizidalen Patienten. „Special Observation“, als präventive Intervention, bedarf einem speziellen Training und der Anwendung von Assessmentinstrumenten. Weiter wird die Integration von speziellen Pflegebedürfnissen suizidaler Patienten in den Prozess der engmaschigen Überwachung als oberste Priorität angesehen.

Cleary et al. (1999) verdeutlicht die Ambivalenz im Umgang mit der Intervention. Einerseits wird die Umsetzung der Intervention begrüßt, um eine Patientenbeziehung aufzubauen, andererseits wird sie als anstrengend wahrgenommen. Als weiteres Problem werden Kommunikationsprobleme in den starren Hierarchien im Krankenhaus, die in der Gestaltung von präventiven Maßnahmen nur wenig Spielraum lassen, angesprochen. Die Tatsache, dass weiter keine Assessmentinstrumente zur systematischen Einschätzung des Suizidrisikos verwendet werden, erschwert die Überprüfung der Effektivität von engmaschigen Überwachungen. Daraus resultierend wird der Bedarf an Einschätzungsinstrumenten aufgezeigt. Dieser Bedarf wurde in den Studienergebnissen der Intervention „Training und Präventionsprogramme“ immer wieder thematisiert und verdeutlicht. Training und Präventionsprogramme zielen primär auf die Verhinderung von suizidalen Handlungen, auf die Früherkennung von Risikofaktoren, sowie den besseren Umgang mit suizidalen Patienten ab. Das Bewusstsein der Pflegenden zum Thema „Suizidalität“ soll durch spezielle Schulungsprogramme gefördert werden, um somit die bestmögliche Pflege sicher zu stellen. Die Effektivität von Schulungsmaßnahmen muss jedoch belegbar sein, und ist somit Aufgabe der Pflegeforschung diese genauer zu überprüfen.

Regelmäßige Trainingseinheiten im Umgang mit suizidalen Patienten sind nach Ramberg & Wasserman (2003) maßgeblich für effektive pflegerische Maßnahmen. Die Tatsache, dass nur weniger als die Hälfte der Befragten über eine adäquate Schulung verfügen, verdeutlicht die Wichtigkeit von weiteren Schulungsmaßnahmen. Auf die Frage, ob Supervision das Training im Umgang mit suizidalen Patienten ersetzen kann, erkannten Ramberg & Wasserman (2003), dass Supervision zwar den Trainingseffekt wirksam unterstützt, aber das fehlende angemessene Basiswissen in der Behandlung und Pflege von suizidalen Patienten nicht ersetzen kann (Ramberg & Wasserman, 2003, S. 369).

Ramberg & Wasserman (2003) heben hervor, dass die Arbeit mit suizidalen Patienten mit emotionaler Beanspruchung gekoppelt ist. Pflege, die normalerweise nach Empathie strebt, handelt in der Betreuung von suizidalen Patienten häufig ambivalent. Die Autoren ergänzen: *„Training in suicidology*

should both address facts and provide skills for dealing with difficult emotions in the encounter with suicidal patients.” (Ramberg & Wasserman, 2003, S. 369).

Diese Studie kann die Effektivität der eigentlichen Intervention nicht nachweisen, unterstreichen jedoch den Bedarf von vertiefenden Trainingseinheiten. Durch spezielle Trainings- und Präventionsprogramme kann das Bewusstsein der Pflegenden geschärft werden. Sie leisten somit eine solide Basis, suizidale Handlungen und suizidales Verhalten rechtzeitig zu erkennen, und diesen präventiv entgegenzuwirken.

Im Gegensatz zu Ramberg & Wasserman (2003) konnten Berlim et al. (2007) die Effektivität von Suizidpräventionsschulungen belegen. Personen aus klinischen und auch nicht klinischen Berufsgruppen, zeigten eine signifikante Verbesserung im Umgang mit suizidalen Patienten. Die Schulung selbst, ist einfach und schnell durchzuführen. Aufgrund ihrer Simplizität und Effektivität ist dieser Intervention großer Stellenwert beizumessen. Natürlich müssen diese Programme von Personen aus dem Gesundheitswesen genutzt werden. Herron et al. (2001) erforschten dazu die Einstellungen von Mitarbeitern aus dem Gesundheitswesen, gegenüber Suizidpräventionsschulungen. Aus vier verschiedenen Berufsgruppen konnten die positivsten Einstellungen bei psychiatrischen Pflegepersonen gemessen werden. Notfallpflegepersonen weisen im Gegensatz dazu, die negativsten Einstellungen auf. Genauere Gründe werden jedoch nicht angegeben. Somit kann die Vermutung geäußert werden, dass Pflegekräfte mit einer psychiatrischen Fachausbildung, sich dem Pflegeaufwand von suizidalen Patienten bewusst sind, und daher regelmäßige Trainingseinheiten befürworten. Brunero et al. (2008) konnten ebenfalls die Effektivität der Intervention aufzeigen. Nach dem Training konnten signifikante Verbesserungen gemessen werden. Personen aus klinischen und auch nicht klinischen Professionen sind nach der Schulung in der Lage, besser mit Suizidalität umzugehen. Nutting et al. (2005) untersuchten in ihrer Studie zwei verschiedene Interventionen, welche auf eigens konstruierten Schulungsprogrammen basieren. Beide Interventionen sind geeignet, depressive Patienten mit Suizidgedanken zu erkennen. Diese Intervention ist zwar für die Pflege bedeutsam, dennoch ist sie nicht in der Lage, Suizidalität zu reduzieren. Weiter sind die Ergebnisse der Intervention nicht klar verständlich. Zunächst werden zwei Interventionen genannt und miteinander

verglichen, und anschließend einer dritten Intervention (normale Pflegebehandlung) gegenübergestellt. Die Datensammlung der dritten Intervention wurde in der Studie nicht weiter thematisiert.

Berlim et al. (2007), Brunero et al. (2008), Nutting et al. (2005) und Ramberg & Wasserman (2003) konnten in ihren Studien die Reduktion von Suizidalität nicht ermitteln. Jedoch ist man der Ansicht, dass geschulte Pflegepersonen besser mit suizidalen Patienten umgehen können. Dies wiederum soll eine positive Atmosphäre schaffen, in der sich suizidale Patienten geborgen und verstanden fühlen.

Eggert et al. (1995) unterstreichen die Wichtigkeit von Präventionsprogrammen in Schulen. Die Effektivität der Intervention ist nachweisbar und bestens geeignet Risikofaktoren, welche mit Suizidalität assoziiert werden, zu reduzieren. In allen Gruppen (gefährdete und nicht gefährdete Schüler) konnte eine signifikante Verbesserung gemessen werden. Die Intervention ist aus primär- und sekundärpräventiver Sicht gut durchdacht und umsetzbar: Schüler ohne Risiko können durch intensive Betreuung und Aufklärung zum Thema Suizid-Suizidalität sensibilisiert werden; Schüler mit bereits vorhandener Suizidalität sind in der Lage, ihre Situation zu hinterfragen, und werden weiter vom Programmleiter ermutigt, neue Handlungsstrategien zu erlernen. Die Pflegekraft (beziehungsweise der Berater oder Lehrer) übernimmt hier die Schlüsselfigur, Wissen zu vermitteln. Dieses Programm wurde in Schulen getestet und zeigt folglich, dass sekundärpräventive Ansätze nicht nur in Kliniken von Bedeutung sind. Mit der Ansicht, dass suizidgefährdete Schüler von heute, möglicherweise suizidale Patienten von morgen sein können, ist diese Intervention in Schulen, oder in sonstigen Bildungseinrichtungen nur zu begrüßen. Dieses Präventionsprogramm zeichnet sich vor allem damit aus, dass es direkt bei den betroffenen Personen ansetzt, und ein kommunikativer Austausch zwischen Schülern und Leitern stattfindet.

Eine völlig andere Präventionsstrategie wird von Porter et al. (1997) genauer untersucht. Telefonhotlines dienen nach Porter et al. (1997) der anonymen Beratung von suizidalen Patienten. Der Patient kann seine Krisensituation in Ruhe schildern, ohne für seine Suizidalität „verurteilt“ zu werden. Durch intensive

Gespräche und Beruhigung seitens der beratenden Pflegeperson, können akute Suizidimpulse abgeschwächt werden. Wie bereits Ringel (1997) im präsuizidalen Syndrom erkannte, ist die Aussichtslosigkeit bei depressiven Patienten maßgeblich für eine suizidale Handlung. Erhält der Patient genau in dieser Zeit Unterstützung, kann ein Suizid möglicherweise rechtzeitig verhindert werden. In der Studie von Porter et al. (1997) konnte eine Reduktion der Suizidinzidenz nicht nachgewiesen werden, jedoch wird davon ausgegangen, dass Hotlines einen präventiven Aspekt besitzen. Anrufer fühlen sich nach den Gesprächen erleichtert, und schätzen die unkomplizierte Art und Weise der Inanspruchnahme von Hilfe. Als weitere Form von direkten Maßnahmen können psychotherapeutische Interventionsformen herangezogen werden. Psychotherapeutische Interventionen in der Pflege, wie beispielsweise die künstlerisch-therapeutische Arbeit mit Zukunftsbildern (Walsh, 1993; Walsh & Minor-Schork, 1997), dienen der individuellen Unterstützung von suizidalen Patienten. Die Form der „Kunsttherapie“ fördert das Selbstverständnis eines momentanen Zustandes, und regt die Hinterfragung von möglichen Ursachen an. Rotter (1994) definiert diese Intervention als „Maltherapie“ *„in denen Bilder / Bildnereien wesentlich einbezogen werden [...] bei den Bildern handelt es sich zum großen Teil um Selbstbildnisse, und es gibt eine Reihe von Bildern, auf denen die Klientin sich und ihren Partner darstellt und damit der verbalen Vermittlung ihres Beziehungsproblems eine zusätzliche Prägnanz verleiht“* (Rotter, 1995, S. 209). Rotter (1995) bezieht die Intervention auf die Behandlung von Beziehungsproblemen. Aus pflegerischer Perspektive, liegt der Fokus auf dem Phänomen „Suizidalität“. Zukunftswünsche und –pläne werden künstlerisch dargestellt und verbalisiert.

Als weitere Möglichkeit von psychotherapeutischen Interventionen wird die Methode der kognitiven Therapie (Reilly, 1998) herangezogen, die speziell auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingeht. Die kognitive Therapie nach Aaron T. Beck, welche bei therapieresistenten Patienten Verwendung findet, wurde von Reilly (1998) in einer Einzelfallstudie getestet. Die Erkenntnisse können nur schwer verallgemeinert werden, bieten dennoch einen positiven Ansatz im Umgang mit suizidalen Patienten. Diese Intervention ist in der Lage, suizidale Patienten zu stabilisieren, besitzt aber nicht die Potenz, Suizidalität zu

reduzieren. Dessen ungeachtet, erscheinen die therapeutischen Schritte für die direkte Betreuung von suizidalen Patienten durchaus relevant.

Walsh (1993) konnte in der quantitativen Studie keine signifikante Verbesserung nachweisen. Dennoch wurde eine subjektive Verbesserung der Patienten innerhalb der Interventionsgruppe vermerkt. In der Folgestudie von Walsh & Minor-Schork (1997) wurde die Intervention qualitativ untersucht, um subjektive Empfindungen genauer zu untersuchen. Um das Erleben der Patienten zu erforschen, werden phänomenologische Methoden angewandt, die das Ziel verfolgen „...die Erfahrungen und Erlebnisse von Menschen in ihrer eigenen Welt zu verstehen“ (Mayer, 2002, S. 74).

Die Resultate dieser Studie sind nicht unbedingt geeignet um allgemeine Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, da es sich nur um eine kleine Probandengruppe handelt. Bereits in der quantitativen Vorstudie dieser Intervention konnten keine signifikanten Verbesserungen oder Veränderungen erforscht werden, trotz allem ist die subjektive Empfindung der Jugendlichen nach der Intervention, in Anbetracht ihrer nicht nachweisbaren Effektivität, von großer Bedeutung. Der Großteil der Probanden verspürte eine subjektive Erleichterung und konnte seine anfängliche Hoffnungslosigkeit reduzieren. Aus Sicht der Pflege kann diese Intervention gut im Pflegealltag integriert werden, und fördert die Beziehung zu den Patienten. Der Thematik „Beziehung“ und der speziellen Pflege von suizidalen Patienten, widmete sich die Intervention „Theorie, Modelle und Konzepte“. Theoretische Überlegungen in der Pflege dienen der Beschreibung von Phänomenen, und können durch Konzepte präzise subsumiert werden. Theorien sind hingegen allegorische Visualisierungen der Realität, welche auf die Beschreibung von bestimmten Situationen, Ereignissen oder Bedingungen abzielen (Meleis, 1999, S. 42-43).

„Das Hauptziel einer Theorie ist, Erkenntnisse über pflegepraktische Situationen zu liefern und Forschung die Richtung zu weisen.“ (Meleis, 1999, S. 54.)

Im Gegenzug profitiert die Pflegepraxis von forschungsbasierten Erkenntnissen, welche in der Praxis umgesetzt werden können, und liefern folglich Anreize, diese zu modifizieren. In den miteinbezogenen Studien werden theoretische

Erkenntnisse, speziell im Umgang mit suizidalen Patienten thematisiert, und leisten einen wichtigen Beitrag innerhalb der sekundären Prävention von Suizidalität.

Mittels Grounded Theory möchte man *„gesellschaftliche Prozesse aus der Perspektive der menschlichen Interaktion untersuchen. Ziel ist die Schaffung von erklärenden Theorien für das menschliche Verhalten und für soziale Prozesse“* (Mayer, 2002, S. 74). Cutcliffe et al. (2007) nennen wichtige Punkte im Umgang mit suizidalen Patienten, liefern aber keine definitiven Handlungen, welche Suizide verhindern könnten. Als Basis für eine hochwertige Pflege-Patienten-Beziehung sind die Erkenntnisse wertvoll, und könnten gut in die Praxis umgesetzt werden.

Sun & Long (2008) ziehen theoretische Überlegungen heran, um das Phänomen Suizidalität genauer zu erforschen. Die Autoren eruierten 12 Kategorien, die die Pflege von suizidalen Patienten durch Familienangehörige charakterisieren. Die Problematik, dass Angehörige mit der Betreuung überfordert sind, und über keine angemessenen Handlungsstrategien verfügen, wird anhand der Resultate veranschaulicht. Aus Sicht der Pflegewissenschaft liefern diese Ergebnisse einen Anstoß, um spezielle Programme für Familienangehörige zu entwickeln. Sun et al. (2006) betonen weiter die Wichtigkeit der Integration von Pflegewissen und dynamischen Aktions- und Interaktionsstrategien in der direkten Pflege von suizidalen Patienten. Sun et al. (2005) ergänzen, dass psychiatrische Pflegekräfte vertiefende Kommunikationsschulungen benötigen, um ein besseres Verständnis gegenüber ihren Patienten entwickeln zu können. Diese Fähigkeit fördert die Pflege-Patienten-Beziehung und die frühzeitige Erkennung von Suizidalität.

Das SAUC-Modell (Larsson et al., 2007) stellt die ideale Pflege von suizidalen Patienten dar. Die Autoren betonen hierbei, dass das Pflegepersonal besonders seine Idealvorstellungen in der Pflege von suizidalen Patienten äußerte, und somit keinen Istzustand beschreiben. Der Sollzustand könnte durch Einhaltung des Modells erreicht werden, und bedarf somit einer intensiven Auseinandersetzung mit dieser theoretischen Überlegung. Die Ergebnisse dieses

Modells können für die Entwicklung von Schulungsprogrammen herangezogen werden.

Zusammenfassend liefern die theoretischen Überlegungen eine solide Basis, für die direkte Pflege von suizidalen Patienten. Um Suizidalität verhindern zu können, muss das Phänomen selbst verstanden werden. In allen Studien der Intervention „Theorie, Modelle, Konzepte“ werden die Faktoren „Kommunikation“ und „Schulung“ genannt. Diese Resultate heben hervor, dass der Bedarf an Trainingseinheiten im Umgang mit suizidalen Patienten und adäquate Gesprächsführung, für eine qualitativ hochwertige Pflege unumgänglich sind.

6.2 Diskussion des Vorgehens

Mit den Keywords „Suicide“ [Mesh] und nurs* ohne „Suicide, Assisted“[Mesh], deutsch- und englischsprachige Artikel wurden 581 Artikel erhoben. Dadurch konnten die aktuellen Themenschwerpunkte zum Thema „Suizid“, aus Sicht der Pflegeforschung, ermittelt werden. Nach Sichtung aller Abstracts, welche in einer umfangreichen Analyse nach Methodik, Population und Inhalt kategorisiert, und auf ihre Eignung für die pflegewissenschaftliche Forschung diskutiert worden sind, wurde der Forschungsschwerpunkt „sekundäre Prävention“ genauer untersucht.

Mit insgesamt 21 Studien sind die aktuellen Forschungserkenntnisse überschaubar, und zeigen den Bedarf an weiteren Untersuchungen. Durchaus hätte man in dieser Arbeit einen Gesamtüberblick über sämtliche Interventionsformen (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) schaffen, und auf ihre Effektivität prüfen können. Dennoch erschien der Aspekt der sekundären Prävention, für die direkte Pflege von suizidalen Patienten, von besonderer Bedeutung.

Aufgrund der umfassenden Analyse sämtlicher Abstracts konnte eine klare Tendenz zu direkten und auch indirekten Handlungsstrategien bei suizidalen Patienten in stationären Einrichtungen vermerkt werden. Daraus ergab sich die Idee, Interventionen zu finden, die sich speziell an suizidale Personen und Pflegende richten. Das Vorgehen der Analyse verfolgt daher das Ziel,

Maßnahmen zu finden (direkte oder indirekte), um die Pflegequalität zu verbessern, Ansätze zu liefern, die die Pflege von suizidalen Patienten erleichtern und suizidale Handlungen verringern können.

Die Studienergebnisse stellen den aktuellen Stand sekundär-präventiver Pflegeinterventionen, auf Basis der Suchmethodik (**Abbildung 4**) und des Auswahlverfahrens (**Abbildung 5, Tabelle 5**), dar. Aufgrund dieser Methodik sind mehrere Limitationen anzumerken:

Die Artikelsuche wurde mit nur einer Literaturlatenbank (Medline) durchgeführt: Durch Sichtung unveröffentlichter Publikationen, einer zusätzlichen Zeitschriftensuche und einer Literatursuche über mehrere Datenbanken mittels Schneeballverfahren, wäre eine umfangreichere Analyse möglich gewesen. Weiter hätte man auf weitere Quellenangaben der gefundenen Studien eingehen, und somit einen umfassenderen Überblick verschaffen können. In die Analyse wurden nur englisch- und deutschsprachige Artikel miteinbezogen, durch eine Ausweitung der Sprachen (Medline: Französisch, Spanisch, Italienisch, Japanisch, Russisch und Spanisch), hätte die Gesamtzahl der Studien erhöht werden können.

Auf Basis der durchgeführten Suchstrategie, könnte eine separate Artikelsuche zu den jeweiligen Interventionsformen durchgeführt werden. Möglicherweise hätten dadurch weitere Studien herangezogen werden können, welche bei der primären Suche nicht identifiziert werden konnten.

7 Schlussfolgerungen

Suizidalität ist ein Thema der Pflegewissenschaft und bedarf weiteren Untersuchungen, um effektive Handlungen für die Pflegepraxis zu erforschen. Die Problematik im Umgang mit suizidalen Patienten konnte in den analysierten Studien eindeutig ermittelt werden. Nach Sichtung der Studienergebnisse wurden 5 Schwerpunkte identifiziert:

- (1) Probleme im Umgang mit suizidalen Patienten / Bedarf an Schulungsmaßnahmen
- (2) Pflege-Patienten-Beziehung aufbauen und intensivieren / Erlernen von Kommunikationsstrategien
- (3) Unsystematische Einschätzungen / Anwendung von Assessmentinstrumenten
- (4) Ambivalenz der Pflege / Erlernen von neuen Handlungsstrategien und neuen Kompetenzen
- (5) Wissensdefizit / Entwicklung von speziellen Schulungsprogrammen

Der Mangel an Wissen wird immer wieder in den Studienergebnissen erwähnt. Pflegepersonen sind im Umgang mit suizidalen Patienten oftmals überfordert, wobei diese Überforderung auf eben dieses mangelnde Wissen zurückzuführen ist. Das Erkennen von Suizidrisikofaktoren, suizidalem Verhalten und Risikogruppen, ist unumgänglich für die effektive Planung von pflegerischen Maßnahmen. Die Anwendung von Assessmentinstrumenten wird in den Studienergebnissen gefordert, und dient der systematischen Einschätzung von Suizidalität. Die Kombination von Assessmentinstrumenten, Pflegediagnosen (NANDA), Pflegeinterventionen (NIC) und der systematischen Überprüfung von Pflegeergebnissen (NOC), können eine professionelle Pflege gewährleisten. Die Erkenntnis, dass Pflegepersonen, im Umgang mit präventiven Interventionen oftmals nicht geschult werden, lässt die Frage aufkeimen, warum diese dennoch durchgeführt werden.

Die Ambivalenz der Pflege stellt weiter ein Problem im direkten Umgang mit suizidalen Patienten dar. Das Verhältnis von „Helfen“ und „Kontrollieren“, konnte in der Studie von Duffy (2005) verdeutlicht werden. Engmaschige Überwachung

beispielsweise, führt bei unzureichend geschultem Pflegepersonal oftmals, wenn nicht sogar zwangsläufig, zu paternalistischem Verhalten gegenüber dieser Patientengruppe.

In der Pflege von suizidalen Patienten sollte die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten ein zentrales Element darstellen. In den analysierten Studien wurde dieser Aspekt bestätigt. Der Aufbau einer einfühlsamen und verständnisvollen Beziehung zum suizidalen Patienten erleichtert die Umsetzung von pflegerischen Maßnahmen. Die „Bezugspflege“, welche dem Patienten ermöglicht, angstfrei über seine Suizidfantasien zu sprechen, ist hierfür besonders prädestiniert (Vetter, 1989).

Drew (2001) erkannte in seiner Studie, dass die Gefahr der Selbstverletzung reduziert werden kann, wenn der Patient während seines Krankenhausaufenthaltes von ein und derselben Pflegeperson betreut wird. Diese Erkenntnis unterstreicht daher die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Bezugspflege. Die Implementierung der „Bezugspflege“ in psychiatrischen Einrichtungen könnte paternalistische Interventionen (wie beispielsweise 1-zu-1 Überwachung, strikte Kontrollen) ablösen, und durch die Intensivierung einer Pflege-Patienten-Beziehung ersetzt werden. Dafür müssen jedoch Kommunikationsstrategien in entsprechenden Schulungsprogrammen erlernt werden. Die Faktoren „Training“ und „Entwicklung von speziellen Schulungsprogrammen“ bilden den Schwerpunkt des Forschungsinteresses. Die Entwicklung und Umsetzung solcher Programme ist Aufgabe der Pflegewissenschaft, sowie der Pflegepraxis. Aus Sicht der Pflegeforschung bedarf es der Entwicklung adäquater Schulungsprogramme, welche (a) der gezielten Weiterbildung von Pflegenden in Bezug auf „Suizid – Suizidalität“, mit sekundär-präventiven Ansatz dienen, und unter anderem (b) die Anwendung von Assessmentinstrumenten erläutern, sowie (c) individuelle Handlungs- und Kommunikationsstrategien, im Umgang mit suizidgefährdeten Patienten vermitteln. Speziell ausgebildeten Pflegekräften sollte es dann möglich sein, den angestrebten Therapieerfolg maßgeblich mit zu beeinflussen, und darüber hinaus langfristig zu gewährleisten.

Literatur

- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing and empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 233-240.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Routledge.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 233-239.
- Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 437-444.
- Brunen, M.H., Herold, E.E. (Hrsg.). (2001). *Ambulante Pflege: Die Pflege gesunder und kranker Menschen*. (2. Aufl.). Hannover: Schlütersche.
- Bronisch, T. (1996). *Der Suizid*. München: Beck'sche Reihe.
- Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 588-594.
- Budnik, B. (2009). *Pflegeplanung leicht gemacht* (6. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Chitty, K. K. (2005). *Professional Nursing: Concepts & Challenges*. Missouri: Elsevier.
- Cleary, M., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 461-467.
- Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S., & Smith, P. (2007). Reconnecting the person with humanity: how psychiatric nurses work with suicidal people. *Crisis*, 28(4), 207-210.
- Dietz, A., Pörksen, N., & Voelzke, W. (Hrsg.). (1998). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Dorrmann, W. (2005). Pro und Contra von Verträgen bei Patienten in akuten suizidalen Krisen. *Verhaltenstherapie*, 15, 39-46.
- Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 99-106.
- Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 944-950.
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied/Berlin: Hermann Luchterhand.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296.
- Eink, M., & Haltenhof, H. (2006). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. M. (1998). *Hoffnung und Hoffnungslosigkeit: Konzepte für Pflegeforschung und -praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Farrow, T. L. (2003). 'No suicide contracts' in community crisis situations: a conceptual analysis. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 10(2), 199-202.
- Fenner, D. (2008). *Suizid - Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit: eine medizin-ethische Untersuchung* (8. Aufl.). Freiburg/München: Karl Alber.
- Finzen, A. (1997). *Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Glasziou, P., Irwig, L., Bain, C., & Colditz, G. (2001). *Systematic Reviews in Health Care: A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gordon, M. (2003). *Handbuch Pflegediagnosen: Das Buch zur Praxis* (4. Aufl.). München/Jena: Urban & Fischer.
- Haring, C. (1989). *Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342-347.
- Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. W. (Hrsg.). (1997). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.

- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (Hrsg.). (2005).
Pflegeergebnisklassifikation NOC. Bern: Hans Huber.
- Kasper, S., & Volz, H. P. (Hrsg.). (2003). *Psychiatrie compact*. Stuttgart: Thieme.
- Khoury, A. T. (Hrsg.). (1996). *Weisheiten des Koras*. Güterloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Kielholz, P. (1971). *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker* (3. Aufl.). München: J.F. Lehmanns.
- Kozel, B., Grieser, M., Rieder, P., Seifritz, E., & Abderhalden, C. (2007). Nurses` Global Assessment of Suicide Risk - Skala (NGASR): Die Interrater - Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 1(1), 17-26.
- Krieger, G. (1976). The management and mismanagement of a suicidal patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 411-413.
- Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B., & Gustafsson, B. (2007). Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(4), 222-232.
- Machleidt, W., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. K., & Rohde-Dachser, C. (2004). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (7. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Maletzki, W., & Stegmayer, A. (2003). *Klinikleitfaden Pflege* (5. Aufl.). München/Jena: Urban & Fischer.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (Hrsg.). (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3. Aufl.). Missouri: Mosby.
- Meleis, A. I. (1999). *Pflegetheorie. Gegenstand und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Michel, K. (2004). Depression ist eine Krankheit, Suizid eine Handlung. *Existenzanalyse*, 58-62.
- Michel, K., & Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*, 3, 213-221.
- Minois, G. (1996). *Geschichte des Selbstmordes*. Düsseldorf/Zürich: Artemi & Winkler.

- Möller, H.-J. (Hrsg.). (2000). *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Müller-Spahn, F., & Hoffmann-Richter, U. (2000). *Psychiatrische Notfälle*. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer.
- NANDA-I (2005). *NANDA - Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006*. Bern: Hans Huber.
- NANDA-I (2007). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2007-2008*. United States of America: NANDA International.
- Newhouse, R. P., Dearholt, S. L., Poe, S. S., Pugh, L. C., & White, K. M. (Hrsg.). (2007). *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Nutting, P. A., Dickinson, L. M., Rubenstein, L. V., Keeley, R. D., Smith, J. L., & Elliott, C. E. (2005). Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 529-536.
- Page, S. A., & King, M. C. (2008). No-suicide agreements: current practices and opinions in a Canadian urban health region. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 169-176.
- Päuser, D., & Conrady, E. (2007). *Bibel - Koran - Dialog*. Norderstedt: Grin.
- Pinguet, M. (1991). *Der Freitod in Japan: Ein Kulturvergleich*. Berlin: Mathias Gatza.
- Porter, L. S., Astacio, M., & Sobong, L. C. (1997). Telephone hotline assessment and counselling of suicidal military service veterans in the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 716-722.
- Ramberg, I. L., & Wasserman, D. (2003). The roles of knowledge and supervision in work with suicidal patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(5), 365-371.
- Reilly, C. E. (1998). Cognitive therapy for the suicidal patient: a case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(4), 26-31.
- Rennen-Allhoff, B., & Schaeffer, D. (Hrsg.). (2000). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa.
- Ringel, E. (1997). *Der Selbstmord* (6. Aufl.). Eschborn: Dietmar Klotz GmbH.
- Rotter, F. (1994). *Sozialpsychiatrie und Kunsttherapie: Therapeutische Inszenierungen im Vergleich*. Oplade: Westdeutscher Verlag

- Rudolf, G. A. E., & Tölle, R. (Hrsg.). (1984). *Prävention in der Psychiatrie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (Hrsg.). (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Schädle-Deininger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Shugar, G., & Rehaluk, R. (1990). Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 31(1), 48-55.
- Sonneck, G., Stein, C., & Voracek, M. (2003). *Suizid von Männern in Österreich: statistisch-epidemiologische Untersuchung*. Wien: Bundesministerium
- STATISTIK AUSTRIA (2009). zuletzt zugegriffen am 05.Juli 2009 unter http://statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/024255
- Stevens, B. J. (1971). A phenomenological approach to understand suicidal behaviour. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9, 33-35.
- Sun, F. K., & Long, A. (2008). A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1939-1948.
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. (2005). Nursing people who are suicidal on psychiatric wards in Taiwan: action/interaction strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 275-282.
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 680-690.
- Tomandl, G., Sonneck, G., & Stein, C. (2008). Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid, zuletzt zugegriffen am 13.August 2009 unter <http://www.univie.ac.at/krisenintervention/leitfaden.pdf>
- Vetter, B. (1989). *Psychiatrie: Ein systematisches Lehrbuch für Heil-, Sozial- und Pflegeberufe*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Walsh, S. M. (1993). Future images: an art intervention with suicidal adolescents. *Applied Nursing Research*, 6(3), 111-118.
- Walsh, S. M., & Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Applied Nursing Research*, 10(1), 19-26.
- WHO (2009). World Health Organisation, zuletzt zugegriffen am 04.Mai 2009 unter http://www.who.int/mental_health
- Wittchen, H. U. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Psychische Störungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis:

Abbildung 1	Der Prozess des Suizidrisikoassessments nach Barker & Buchanan-Barker (2005, S. 71).	10
Abbildung 2	Zusammenhang von Depressionen und Suizidhandlungen (Kasper & Volz, 2003, S. 120)	13
Abbildung 3	Suizidmethoden in Österreich: 1978 - 1996 (Sonneck, Stein, & Voracek, 2003)	18
Abbildung 4	Ablauf der Auswahl	31
Abbildung 5	Auflistung der gewählten Studien	33
Tabelle 1	Suizidraten weltweit nach aktuellen Angaben der (WHO, 2009)	14
Tabelle 2	Übersicht der Suizidraten der ehemaligen UdSSR Staaten von 1980 – 1995	15
Tabelle 3	Suizidrisiko und Risiko für einen Suizidversuch nach Gefährdungsfaktoren und -momenten (Hinterhuber & Fleischhacker, 1997, S. 231)	19
Tabelle 4	NANDA "Suizidrisiko" Risikofaktoren (NANDA-I, 2007, S. 217)	25
Tabelle 5	Übersicht der Interventionsformen nach Methodik	34
Tabelle 6	Einschätzung der Studien nach John Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines	64

Zusammenfassung

Suizid ist weltweit eines der größten Gesundheitsprobleme und stellt besonders das Personal psychiatrischer Einrichtungen vor große Herausforderungen. Der Umgang mit suizidalen Patienten selbst ist eine komplexe Aufgabe, bei der viele Pflegepersonen an ihre persönlichen Grenzen stoßen. Das Erkennen von Suizidalität bedarf einem soliden Fachwissen, Empathie und Verständnis. Das Hauptziel der Pflege ist es, den suizidalen Patienten vor suizidalen, sowie selbstgefährdenden Handlungen zu beschützen und ihn in seiner Notsituation umfassend zu unterstützen. Präventive Maßnahmen sind hierbei von besonderer Relevanz und in der Praxis unumgänglich. Suizidalität ist somit ein Thema der Pflegewissenschaft. Die Forschungsfragen dieser Arbeit umfassen: „Welche qualitativen und quantitativen empirischen Studien gibt es zu sekundär-präventiven pflegerischen Interventionen bei suizidalen Patienten?“ und „Wie gut ist die Wirksamkeit von sekundär-präventiven pflegerischen Interventionen bei suizidalen Patienten nachgewiesen?“ Um diese zu beantworten, wurde eine systematische Datenbankrecherche nach entsprechenden Studien durchgeführt. Aus insgesamt 581 gefundenen Abstracts wurden 21 Studien zum Themenschwerpunkt „sekundäre Prävention“ herangezogen, kategorisiert und analysiert. Folgende fünf Interventionen wurden identifiziert:

(1) Non-Suizid-Verträge, (2) Engmaschige Überwachung, (3) Training und Präventionsprogramme, (4) Psychotherapeutische Interventionen und (5) Theorien, Modelle und Konzepte.

Die gefundenen Interventionen wurden systematisch untersucht, miteinander verglichen und auf ihre Effektivität überprüft. Der aktuelle Forschungsstand zum Thema „Sekundäre Prävention“ wird dargelegt, Ergebnisse werden diskutiert und Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis gezogen.

Abstract

Suicide is worldwide one of the biggest health problems and puts especially the staff of psychiatric facilities in front of great challenges. The contact with suicidal patients is an extensive work; exceeding the competences of the nursing staff. Recognizing of suicidal tendencies needs to a respectable specialist knowledge, empathy and understanding. The main goal of care is to protect suicidal patients from suicidal as well as self-harming actions and to support them in crisis situations extensively. Preventive interventions are of special relevance and for nursing practice unavoidably. Suicidal tendency is therefore a research theme of the nursing science. The research questions of the diploma thesis enclose: „Which qualitative and quantitative empiric studies are there to secondary-preventive nursing interventions with suicidal patients? “and „How well is, the effectiveness proved by secondary-preventive nursing interventions with suicidal patients?“. To answer the research questions, a literature search was carried out via Medline. From a total of 581 abstracts 21 studies were pulled up for the subject main focus „secondary prevention“, were categorized and analysed. Five interventions were identified:

(1) Non-suicide-contracts, (2) Observation, (3) Trainings and Prevention Programmes, (4) Psychotherapeutic Interventions and (5) Theories, Models and Concepts.

The interventions strategies found were examined systematically, compared to each other and checked for their effectiveness. The status of current research about „secondary prevention“ is demonstrated, results are discussed and conclusions are drawn to support the nursing practice.

Anhang: Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice

Evidence Rating Scale

STRENGTH of the Evidence	
Level I	Experimental study/randomized controlled trial (RCT) or meta analysis of RCT
Level II	Quasi-experimental study
Level III	Non-experimental study, qualitative study, or meta-synthesis.
Level IV	Opinion of nationally recognized experts based on research evidence or expert consensus panel (systematic review, clinical practice guidelines)
Level V	Opinion of individual expert based on non-research evidence. (includes case studies; literature review; organizational experience e.g., quality improvement and financial data; clinical expertise, or personal experience)

QUALITY of the Evidence	
A High	Research
	Summative reviews
	Organizational
	Expert Opinion
B Good	Research
	Summative reviews
	Organizational
	Expert Opinion
C Low quality or major flaws	Research
	Summative reviews
	Organizational
	Expert Opinion

*A study rated an A would be of high quality, whereas a study rated a C would have major flaws that raise serious questions about the believability of the findings and should be automatically eliminated from consideration.

Newhouse R, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, & White K. (2007). The Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Rating Scale. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Hospital, Johns Hopkins University School of Nursing.

Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Research Evidence Appraisal

Evidence Level: _____

ARTICLE TITLE:				NUMBER:	
AUTHOR(S):				DATE:	
JOURNAL:					
SETTING:				SAMPLE (COMPOSITION/SIZE)	
☐ Experimental	☐ Meta-analysis	☐ Quasi-experimental	☐ Non-experimental	☐ Qualitative	☐ Meta-synthesis
Does this study apply to the population targeted by my practice question?				☐ Yes	☐ No
If the answer is No, STOP here (unless there are similar characteristics).					
Strength of Study Design					
• Was sample size adequate and appropriate? • Were study participants randomized? • Was there an intervention? • Was there a control group? • If there was more than one group, were groups equally treated, except for the intervention? • Was there adequate description of the data collection methods?				☐ Yes ☐ Yes ☐ Yes ☐ Yes ☐ Yes ☐ Yes	☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No ☐ No
Study Results					
• Were results clearly presented? • Was an interpretation/analysis provided?				☐ Yes ☐ Yes	☐ No ☐ No
Study Conclusions					
• Were conclusions based on clearly presented results? • Were study limitations identified and discussed?				☐ Yes ☐ Yes	☐ No ☐ No
PERTINENT STUDY FINDINGS AND RECOMMENDATIONS					
Will the results help in caring for my patients?				☐ Yes	☐ No
Evidence Rating (scales on back)					
Strength of Evidence					
Quality of Evidence (check one)		☐ High (A)	☐ Good (B)	☐ Low/Major flaw (C)	

Anhang B: Research Evidence Appraisal (Newhouse et al., 2007, S. 206)

Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Research Evidence Appraisal

Strength of Evidence

Level I (Strong)

EXPERIMENTAL STUDY (RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OR RCT)

- Study participants (subjects) are randomly assigned to either a treatment (TX) or control (non-treatment) group
- May be:
 - Blind: subject does not know which TX subject is receiving
 - Double-blind: neither subject nor investigator knows which TX subject is receiving
 - Non-blind: both subject and investigator know which TX subject is receiving; used when it is felt that the knowledge of treatment is unimportant

META-ANALYSIS OF RCTS

- Quantitatively synthesizes and analyzes results of multiple primary studies addressing a similar research question
- Statistically pools results from independent but combinable studies
- Summary statistic (effect size) is expressed in terms of direction (positive, negative, or zero) and magnitude (high, medium, small)

Level II

QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

- Always includes manipulation of an independent variable
- Lacks either random assignment or control group
- Findings must be considered in light of threats to validity (particularly selection)

Level III

NON-EXPERIMENTAL STUDY

- No manipulation of the independent variable
- Can be descriptive, comparative, or relational
- Often uses secondary data
- Findings must be considered in light of threats to validity (particularly selection, lack of severity or co-morbidity adjustment)

QUALITATIVE STUDY

- Explorative in nature, such as interviews, observations, or focus groups
- Starting point for studies of questions for which little research currently exists
- Sample sizes are usually small and study results are used to design stronger studies that are more objective and quantifiable

META-SYNTHESIS

- Research technique that critically analyzes and synthesizes findings from qualitative research
- Identifies key concepts and metaphors and determines their relationships to each other
- Aim is not to produce a summary statistic, but rather to interpret and translate findings

Quality of Evidence (Scientific Evidence)

- A High: consistent results, sufficient sample size, adequate control, and definitive conclusions; consistent recommendations based on extensive literature review that includes thoughtful reference to scientific evidence
- B Good: reasonably consistent results, sufficient sample size, some control, and fairly definitive conclusions; reasonably consistent recommendations based on fairly comprehensive literature review that includes some reference to scientific evidence
- C Low/Major flaw: little evidence with inconsistent results, insufficient sample size, conclusions cannot be drawn

Anhang C: Research Evidence Appraisal: Strength of Evidence (Newhouse et al., 2007, S. 207)

Overall Evidence Summation

Current Practice:				
Evidence-Based Practice Question:				
Level of Evidential Strength	Number of Studies	Summary of Findings	Overall Quality	
<u>I</u> Experimental (randomized controlled trial – RCT) or meta-analysis of RCTs				
<u>II</u> Quasi-experimental				
<u>III</u> Non-experimental or qualitative				
<u>IV</u> Opinion of nationally recognized experts based on research evidence				
<u>V</u> Opinion of individual expert based on non-research evidence				
RECOMMENDATION(S):				

Anhang D: Overall Evidence Summation (Newhouse et al., 2007, S. 216)

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

- Nachname: KÄFER
- Vorname: Marion
- Geburtsdatum: 19.07.1984
- Geburtsort: Linz
- Staatsbürgerschaft: Österreich

AUSBILDUNG:

- 2005 - 2009: Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- 1999 - 2004: HGBLA Lentia 2000, Linz
- 1995 - 1999: BRG Traun und Kreuzschwesternschule, Linz
- 1991 - 1995: VS, Ansfelden

BERUFSERFAHRUNG / PRAKTIKA:

- Juni 2009: Forschungspraktikantin an der FH – St. Gallen, Schweiz
- März – Mai 2009: Forschungspraktikantin an der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern, Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik unter der Betreuung von Dr. Christoph Abderhalden, Schweiz
- Juni 2007 – Juni 2009: Studienrichtungsvertreterin, Universität Wien
- Januar 2006 – Februar 2009: Mitarbeiterin im Schmerztherapiezentrum Döbling, Wien
- August 2008: Forschungspraktikantin, Privatklinik Rudolfinerhaus, Wien
- Juli 2008: Praktikantin im Krankenhaus der Elisabethinen, Abteilung Qualität und Management, Linz
- Oktober 2007 – März 2008: Tutorin, Universität Wien
- Juli 2007 – August 2007: Praktikantin im Otto Wagner Spital, Zentrum für Förderpädagogik, Wien
- September 2004 – September 2005: Freiwilliger Sozialhilfsdienst, Linz

SPRACHKENNTNISSE:

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (sehr gute Kenntnisse)
- Französisch (Grundkenntnisse)