



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Das Schmerzerleben von Menschen mit chronischen Schmerzen in der häuslichen Pflege

Verfasserin

Ana Toromanova

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

0. Zusammenfassung

Patienten mit chronischen Schmerzen und deren Familien stellen in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege ein bedeutsames Patientenklientel dar. Schmerzen und die dadurch veränderten Lebenssituationen erfordern von Betroffenen wie Angehörigen zahlreiche Anpassungsleistungen.

Pflegepersonen hätten auf Grund ihrer Präsenz bei den Patienten die Möglichkeit eine Schlüsselposition bei der Versorgung dieser Patientengruppe einzunehmen und sind in diesem Zusammenhang deshalb besonders gefordert. Um die Betroffenen und ihre Angehörigen professionell und umfassend betreuen zu können, bedarf es spezifischer Kenntnisse auf diesem Gebiet.

Da Schmerz ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen ist, dessen Erfassung nicht objektiv gesehen werden kann, wird in der Arbeit die Perspektive der Betroffenen eingenommen und der Frage nach ihrem Erleben der Schmerzen und ihren Bewältigungsstrategien gestellt. Des weiteren wird der Frage nachgegangen mit welchen pflegerischen Konzepten ihrer Situation angepasst entgegengewirkt werden kann.

Die Fragen werden im Rahmen einer qualitativen systematischen Übersichtsarbeit, in welcher die Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien zusammengeführt werden, erörtert und beantwortet. Dazu sind die gewonnenen Informationen und die identifizierten Metaphern in Anlehnung an Britten mittels eines Rasters dargestellt.

Als Ergebnis der Arbeit kann festgehalten werden, dass Patienten mit chronischen Schmerzen stigmatisiert werden, unter einem mangelnden Verständnis der Umwelt, sowie unter zu geringer Wahrnehmung – oftmals in Ermangelung einer somatischen Ursache – durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe zu leiden haben. Dieser Umstand verdeutlicht dass den Betroffenen auch heute noch ungenügend geholfen wird.

Im Rahmen der Empfehlungen für die Praxis werden daher, basierend auf dem Erleben der Patienten, die kritischen Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Pflegetätigkeit unter Berücksichtigung möglicher und ausgewählter Coping-Strategien aufgezeigt.

0.1. Summary

Patients suffering from chronic pain and their families must be seen as a significant patient segment in professional nursing and health care. Chronic pain and resulting changes in living conditions require numerous demanding adaptations from both patients and their relatives.

Healthcare professionals due to their closeness to patients are faced with an opportunity to take a key position in the treatment of patient in this segment. This presents a special challenge to them, and specific skills and knowledge in this area are required to provide state-of-the-art and comprehensive care to patients concerned and their family.

As pain presents a subjective, complex, and multi-dimensional phenomenon that cannot really be apprehended from an objective point of view, a professional approach implies adopting the perspective of those affected, exploring their personal ways of experiencing pain and their coping strategies. Further, the question is raised which nursing and care concepts can be deployed to ameliorate their condition in a way that is commensurate to their situation.

These questions are discussed and answered within this qualitative systematic synoptic research paper in which results from diverse scientific studies are combined. To this end, information gained and metaphors identified are presented by way of a grid, following Britten.

As this paper's findings show chronic pain patients are being socially stigmatized and suffer both from a lack of understanding from their social environment, and from insufficient awareness by members of the health-care profession. The latter is often due to the lack of a somatic diagnosis. - This condition clearly shows that even today patients concerned are not aided to a sufficient extent.

Recommendations for practice based on patients' ways of experiencing a situation, therefore emphasize the critical success factors for successful care in this area, also indicating a range of feasible coping strategies.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	3
0.1. Summary	4
1. Einleitung	7
1.1. Problemstellung	7
1.2. Zielsetzung der Arbeit	9
2. Schmerz	10
2.1. Definition von Schmerz	10
2.2. Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz	11
2.2.1. Akuter Schmerz	11
2.2.2. Chronischer Schmerz	12
2.3. Typen chronischer Schmerzen	13
2.4. Äthiologische Subgruppen bei chronischen Schmerzen	14
2.5. Klassifikation von Schmerzen	17
2.5.1. Schmerzklassifikation der IASP	18
2.5.2. Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK)	19
2.5.3. Schmerz in Pflegeklassifikationen	21
2.6. Schmerztheoretische Modelle	30
2.6.1. Gate-Control Theorie	30
2.6.2. Operante Schmerzmodelle	31
2.6.3. Biopsychosoziale Modelle und transaktionale Modelle	32
2.6.4. Systemtheoretisches Modell	34
2.7. Schmerzchronifizierung	35

2.7.1.	Stadienmodell der Chronifizierung von Schmerz nach Mainzer	36
2.8.	Schmerz-Erfassungsinstrumente	38
2.9.	Schmerz Erkrankungen	45
2.10.	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege	50
3.	Erleben	53
3.1.	Erleben, Erfahren, Erlebnis	53
3.2.	Emotionen	58
3.3.	Kognitionen	61
4.	Professionelle Pflege zu Hause	63
4.1.	Betreuungsmöglichkeiten bei KlientInnen zu Hause	66
5.	Methodisches Vorgehen	70
5.1.	Literaturrecherche	73
5.2.	Die Methode der Meta-Ethnographie	78
5.3.	Ergebnisse	81
6.	Diskussion und Empfehlungen für die Praxis	95
7.	Literaturverzeichnis	102
8.	Curriculum vitae	112

1. Einleitung

Patienten mit chronischen Schmerzen und deren Familien stellen in der professionellen Krankenpflege eine bedeutsame Patientenklientel dar. Pflegepersonen nehmen aufgrund ihrer Präsenz bei den Patienten eine Schlüsselposition bei der Versorgung dieser Patientengruppe ein. Sie sind jene Personen, die sich rund um die Uhr am und beim Patienten befinden. Pflegende stellen somit einerseits die wichtigsten Ansprechpartner in einer sehr belastenden bzw. sehr schwierigen Situation dar, andererseits werden sie zum Sprachrohr des Patienten in der Behandlungskette. Die Schmerzen und die veränderte Lebenssituation erfordern von den Betroffenen und deren Angehörigen zahlreiche Anpassungsleistungen. Sie darin zu unterstützen, diese Anpassungsleistungen zeitnah zu bewältigen und eine höchst mögliche Lebensqualität zu erreichen stellt ein Hauptanliegen der pflegerischen Arbeit mit Patienten mit chronischen Schmerzen dar. Dies setzt voraus, dass Pflegende über spezielle Kenntnisse hinsichtlich der natürlichen und möglicherweise pathologischen Reaktionen, die als Folge andauernder Schmerzen bei den Betroffenen ausgelöst werden können, verfügen.

Mit Hilfe des entsprechenden Hintergrundwissens könnten Pflegende unerwünschte Folgen von chronischen Schmerzen und Bewältigungsprobleme der Patienten rechtzeitig erkennen und durch entsprechende Hilfsangebote frühzeitig eine Lösung herbeiführen.

1.1. Problemstellung

Diplomierte Pflegepersonen spielen bei der Sicherstellung einer effektiven Schmerztherapie und im Bereich Schmerzmanagement von chronischen Schmerzen eine Schlüsselrolle. Die genaue Beurteilung des Schmerzes, eine schnelle Intervention und die Evaluation der schmerzlindernden Maßnahmen sind Voraussetzung um positive Ergebnisse beim Patienten zu erzielen.

Da Schmerz ein subjektives, komplexes und mehrdimensionales Phänomen ist, dessen Erfassung nicht objektiv geschehen kann, sondern von jedem Patienten individuell erlebt wird, ist es absolut notwendig, dass Pflegepersonen so viel wie

möglich von Schmerzen wissen und verstehen, damit sie im Bedarfsfall entsprechend reagieren können.

Es gibt verschiedene Wege um sich dem Phänomen zu nähern. Die vorliegende Arbeit wird der Frage nach dem Erleben von Patienten mit chronischen Schmerzen nachgehen.

Chronischer Schmerz ist ein gewaltiges und weit verbreitetes Phänomen. Jährlich gehen europaweit 500 Millionen Arbeitstage auf Grund chronischer Schmerzen verloren. In Österreich ist es die häufigste Ursache für Krankenstände, Berufsunfähigkeit und Frühpension. Jeder fünfte Europäer leidet unter chronischen Schmerzen. Am höchsten ist die Verbreitung in Norwegen, Polen und Italien, am geringsten in Spanien. In Österreich leben 1,7 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen. Menschen mit chronischen Schmerzen leiden durchschnittlich 7 Jahre unter ihrer Krankheit, jeder Fünfte sogar 20 Jahre oder länger. Jeder Dritte hat jeden Tag Schmerzen und über die Hälfte der Betroffenen leidet länger als zwei Jahre an Schmerzen, bevor diese entsprechend behandelt werden (vgl. Bach et al., 2009 unter www.welldone.at; Friker, 2003, 7 unter www.painineurope.com).

Schmerzen beeinträchtigen die Lebensfreude und Leistungsfähigkeit erheblich. Schmerzpatienten fühlen sich durch die Erkrankung stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Chronisch Schmerzkrankte sind im Alltag stark eingeschränkt und ein Arzt ist meist der erste Ansprechpartner für sie. Die Betroffenen suchen oft Hilfe bei vielen unterschiedlichen Ärzten. Trotzdem sind 40 Prozent alle Schmerzpatienten in Österreich mit ihrer Behandlung unzufrieden. Ein Großteil der Betroffenen ist der Meinung, dass sich der Arzt mehr auf ihre Krankheit als auf ihren Schmerz konzentriert und dass der Arzt nicht weiß, wie er ihre Schmerzen unter Kontrolle bringen soll (vgl. Bach et al., 2009 unter www.welldone.at; Joanneum Research, 2011, 35 unter www.springerlink.com; Friker, 2003, 16 unter www.painineurope.com).

Bleibt der Schmerz unbehandelt so sind oft Depressionen und auch soziale Isolation die Folgen. Chronische Schmerzen beeinflussen auch das Sexualleben und das Schlafverhalten der Betroffenen negativ (vgl. Bach et al., 2009 unter [welldone.at](http://www.welldone.at); Friker, 2003, 7 unter www.painineurope.com).

Die Gründe für die defizitäre Versorgung vom Patienten mit chronischen Schmerzen sind vielfältig. Wie Chen, Fagan, Diaz & Reinert (2007) ermittelt haben, fühlen sich Ärzte für Innere Medizin mit dem Management chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen, nicht vertraut. Sie bewerten ihre Vorbereitung auf die Behandlung chronischer Schmerzpatienten als mittelmäßig und schlecht. Dieser erkannte Mangel an Fachwissen wurde in verschiedenen Studien in ganz Europa bestätigt (vgl. Friker, 2003, 16 unter www.painineurope.com; Pfitzer, 2010, 24 unter www.arthritiscare.org.uk). Ähnliche Ergebnisse erzielten Plaisance & Logan (2006) in ihrer Untersuchung. Sie stellten fest, dass Auszubildende unzureichende Kenntnisse über Schmerztherapie haben.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Aufgrund der wachsenden Zahl und Vielfalt der Versorgungssysteme im stationären und extramuralen Bereich, ergeben sich für Pflegende neue berufliche Anforderungen, die auch in der Aus- und Weiterbildung ihren Niederschlag finden müssen. Die fortschreitende Etablierung der Pflegewissenschaft hat zudem gezeigt, dass die ausschließlich somatische Sichtweise von Erkrankungen nicht den aktuellen Erfordernissen eines professionellen Pflegeverständnisses entspricht. Die pflegerischen Kompetenzen müssen neben den manuell-praktischen Fertigkeiten auch um kommunikativ-empathische und pädagogische Fähigkeiten erweitert werden. Neben den klassischen Aufgaben der Pflege ist auch die Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen eigenverantwortlich durchzuführen. Um diese anspruchsvolle Aufgabe kompetent und Angehörigen orientiert bewältigen zu können, bedarf es pflegewissenschaftlich fundierten Wissens.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die zum Thema bestehende Literatur zu identifizieren, zu analysieren und zusammenzufügen und somit eine Informationsgrundlage für die Praxis zu schaffen.

Die Arbeit soll weiters die Grundlage für die Entwicklung von Aus- und Weiterbildungskonzepten und für die auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen Schulungsprogramme bieten.

Auf Basis dieses gesicherten Wissens können Pflegende ihre Klienten effektiver und effizienter in ihrer besonderen Situation unterstützen, beraten und begleiten.

2. Schmerz

2.1. Definition von Schmerz

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Schmerz. Einige davon werden in Folge erläutert:

Die Standarddefinition des Begriffes „Schmerz“ stammt von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP 1979) und lautet:

„An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“ (IASP, 2012).

Schmerz ist also ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das in Verbindung mit tatsächlichen oder drohenden Gewebsschädigungen auftritt oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

Gemäß, dieser Definition hat das Phänomen Schmerz zwei Hauptmerkmale:

- a) eine körperliche Sensation und
- b) einen emotionalen Aspekt

Diese Standarddefinition wurde einmal im Jahr 1986 und ein weiteres mal 1994 ergänzt. Im Jahr 1986 wurde dem Begriff auch eine subjektive Komponente zugesprochen:

„Pain is always subjective [...]. If they regard their experience as pain, and if they report it in the same ways as pain caused by tissue damage, it should be accepted as pain.“ (IASP, 2012 unter www.iasp-pain.org).

Wenn die Betroffenen ihre Erlebnisse als Schmerz betrachten und entsprechend äußern, ist dies als Vorhandensein von Schmerz zu akzeptieren.

Nach Mc Cafferey et al. (1968) ist Schmerz „das, wovon die betreffende Person sagt, es seien Schmerzen; sie bestehen immer, wenn die betreffende Person sagt, dass sie vorhanden sind“ (zit. nach McCaffery et al., 1997, 30).

Eine weitere Definition von Schmerz ist im Pschyrembel zu finden. Diese lautet:

„(engl.) pain; Dolor; unangenehmes Sinnes- u. Gefühlserlebnis, das mit aktuellen od. potentiellen Gewebeschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird (Definition der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes); komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität (z. B. stechend, ziehend, brennend, drückend), die in chronischer Form eigenständigen Krankheitswert erlangt [...]“.

Die letzte Definition, die in die Arbeit einbezogen wird, stammt aus der Verhaltensmedizin, in welcher Schmerz als eine Reaktion aufgefasst wird, die auf mehreren Ebenen des Organismus ablaufen kann.

- a) subjektiv – verbale Ebene: Dazu zählen Emotionen, Kognitionen und Verbalisierungen.
- b) motorisch – verhaltensmäßige Ebene: Dazu zählen Mimik, Gestik, Körperhaltung, Schonverhalten, Einnahme von Medikamenten und das Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten.
- c) physiologische Ebene: Zu dieser Ebene gehören die vegetativen Reaktionen und Erregung von Notizrezeptoren (vgl. Basler, 2003 zit. nach Pipam et al., 2009, 38).

2.2. Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz

Unter Berücksichtigung der zeitlichen Dimension wird zwischen akutem, rezidivierenden und Dauerschmerz unterschieden.

2.2.1. Akuter Schmerz

Akute Schmerzen sind biologisch durchaus sinnvoll. Sie sind Warnzeichen, die auf eine Gefahr aufmerksam machen. Sie weisen auf einen akuten Prozess hin.

Dieser Schmerz dauert meistens nur wenige Stunden und signalisiert dem Körper, dass eine akute Gefahr besteht. Akute Schmerzen sind in der Regel gut lokalisierbar,

zeitlich begrenzt und kausal therapierbar. Solche Schmerzen empfinden wir z.B. bei Zahnweh, Knochenbrüchen, Schnittverletzungen etc. und sie klingen mit der Beseitigung der Auslöser wieder ab. Wird aber ein akuter Schmerz nicht genügend bzw. effizient behandelt, kann er in chronische Schmerzen übergehen (vgl. BMBF, 2001, S - A 10 unter www.bmbf.de). Außerdem wird akuter Schmerz von autonomen und hormonellen Aktivierungs- und Stressreaktionen begleitet (vgl. Kröner-Herwig, 2004, 5)

2.2.2. Chronischer Schmerz

Der Chronische Schmerz besitzt demgegenüber kaum mehr die dem akuten Schmerz zugeschriebene lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion. „Je länger der Schmerz andauert, je mehr psychische Funktionen durch ihn erfasst werden, je mehr Lebensbereiche schmerzeingeschränkt erlebt werden, desto stärker wandelt sich der Schmerz vom reinen Symptom, zur Krankheit selbst.“ (Ruoß, 1998, 18). „Im Zustand chronischer Schmerzen geht die Warn- und Schutzfunktion verloren. Das Symptom Schmerz verselbstständigt sich zur Störung und wird selbst zu einer Bedrohung.“(Ruoß, 1998, 16).

Man spricht von chronischem Schmerz, wenn der Schmerz „persists past the normal time of healing“ (Bonica 1953, zit. nach Kröner-Herwig, 2004, 4).

Nach der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) werden Schmerzen als chronisch bezeichnet, die den erwarteten Zeitraum, in dem üblicherweise eine Heilung stattfindet, überdauern. Die IASP legt die Zeitgrenze mit drei Monaten fest. Andere Autoren sprechen von chronischen Schmerzen, wenn sie einen Zeitraum von sechs Monaten überdauern bzw. innerhalb dieses Zeitraums wiederholt auftreten (vgl. Kröner-Herwig, 2004, 4).

Die Krankheitsursachen, die einen chronischen Schmerz verursachen können, sind sehr vielfältig. Dies ist auch der Grund, warum es schwer ist, eine einheitliche und übergreifende Definition zu finden (vgl. BMBF, 2001, A 10 unter www.bmbf.de).

Es gibt jedoch eine Reihe von Merkmalen, die diesen kennzeichnen:

- Dauer: lang andauernd bzw. wiederkehrend
- Unbekannte Ursache oder bekannte, aber nicht behandelbar

- Funktion: Warn– und Schutzfunktion ist nicht gegeben
- Intervention: Abbau schmerzunterstützender Faktoren
- Behandlungsziele: Schmerzlinderung, Verbesserung der Bewältigungsstrategien, Minderung der Beeinträchtigung
- Psychosoziale Konsequenzen: Hilflosigkeit, Depression, Angst (vgl. Körner-Herwig, 2004, 7).

Charakteristisch für chronische Schmerzen ist die fehlende eindeutige Beziehung zwischen einer körperlichen Schädigung und den durch die Schmerzen erlebten Behinderungen. Die Tatsache, dass die Ursache nicht mehr feststellbar oder nicht mehr vorhanden ist, macht sie nicht mehr behandelbar (vgl. Ruoff, 1998, 20).

Akute Schmerzen werden also im Laufe der Zeit, im Rahmen des so genannten Chronifizierungsprozesses, selbst zu einer Erkrankung. Die kognitiv-emotionale Bewertung des Schmerzgeschehens und das daraus resultierende Verhalten, ist ein weiterer wichtiger Unterscheidungsaspekt zwischen akutem und chronischem Schmerz (vgl. Körner-Herwig, 2004, 6). Den chronischen Schmerz kennzeichnet, dass die Verhaltensreaktionen die Schmerzursachen nicht beseitigen können. Langfristig kommt es dann zu physiologischen, psychischen und psychosozialen Reaktionen und Anpassungen (vgl. Zimmermann 1999, 60). Bei chronischen Schmerzen werden im Gegensatz zu akuten Schmerzen, keine autonomen Stressreaktionen beobachtet (vgl. Körner-Herwig, 2004, 5).

Es ist bekannt, dass viele chronische Schmerzerkrankungen vermieden werden könnten, wenn akute Schmerzen schneller, rechtzeitiger und effektiver behandelt werden würden. Noch unbekannt ist, warum Schmerzen bei manchen Menschen zur Chronifizierung tendieren und bei anderen nicht, selbst wenn sie das gleiche Krankheitsbild aufweisen. Es müssen zusätzliche Ursachen und Umstände hinzukommen, damit eine chronische Schmerzerkrankung entsteht (vgl. BMBF, 2001, A 11 unter www.bmbf.de).

2.3. Typen chronischer Schmerzen

Es wird zwischen drei Typen lang anhaltender Schmerzen unterschieden:

- Wiederkehrende, akute Schmerzen (Migränekopfschmerzen, Sichelzellenkrise)
- chronisch-akute Schmerzen (Tumorschmerzen, Traumata, Verbrennungen, viszerale Erkrankungen)
- chronisch nicht-maligne Schmerzen (Arthritis, Osteoporose, Gesichtsschmerzen) (vgl. McCaffery et al., 1997, 34f)

Wiederkehrende akute Schmerzen können während des gesamten Lebens auftreten. Sie sind durch regelmäßig wiederkehrende, voneinander unabhängige Schmerzepisoden gekennzeichnet. Das Ende dieser Schmerzepisoden ist jedoch vorhersagbar. In der Periode zwischen den Episoden sind die Betroffenen schmerzfrei. Wiederkehrende akute Schmerzen treten oft ohne identifizierbare schmerzbezogene Organschädigung auf. Daher sind sie schwer lokalisierbar und meist nur symptomatisch therapierbar. Auslöser können soziale, physikalische und intrapersonelle Faktoren sein (vgl. ebd., 34f).

Chronisch-akute Schmerzen werden durch zeitlich begrenzte Schmerzepisoden charakterisiert, die Monate bis Jahre andauern können. Solche Schmerzen hören aber mit großer Wahrscheinlichkeit wieder ganz auf. Für gewöhnlich treten chronisch-akute Schmerzen täglich über eine lange Zeit auf. Bei chronisch-akuten Schmerzen ist eine kausale Therapie theoretisch möglich (vgl. ebd., 35).

Der letzte Typ chronischer Schmerzen beinhaltet Schmerzsyndrome, welchen keine lebensbedrohliche Ursache zugrunde liegt. Diese Art Schmerzen spricht auf gängige Methoden der Schmerzbehandlung nicht an. Chronisch nicht-maligne Schmerzen können alltäglich auftreten und dauern 3 Monate oder länger an. Sie weisen unterschiedliche Schmerzintensität auf (vgl. ebd., 35).

2.4. Ätiologische Subgruppen bei chronischen Schmerzen

In den letzten Jahren hat sich in der Medizin das bio-psychosoziale Krankheitsmodell durchgesetzt. Vor dem Hintergrund dieses Modells lassen sich Schmerzerkrankungen hinsichtlich biologischer, psychischer oder sozialer Faktoren differenzieren. Egle und Nickel unterscheiden folgende fünf Krankheitsentitäten. „Den Schmerzen kann zugrunde liegen:

- eine körperliche Schädigung im Sinne eines nozizeptiven oder neuropathischen Inputs
- eine nozizeptive bzw. neuropathische Ursache mit maladaptiver Krankheits-/Schmerzbewältigung
- eine nozizeptive bzw. neuropathische Ursache bei gleichzeitig bestehender psychischer Erkrankung (Komorbidität)
- eine funktionelle(psychophysiologische) Schmerzstörung
- eine psychische Störung im engeren Sinne“ (Egle, Nickel, 2003, 162).

Von einem **nozizeptiven Schmerz** wird gesprochen, wenn eine Gewebsschädigung mit Reizung der Schmerzrezeptoren vorliegt. Einige zu den nozizeptiven Schmerzerkrankungen zählende Krankheitsbilder sind:

- rheumatoide Arthritis
- Morbus Bechterew
- Arthrosen und
- Tumorschmerzen (vgl. ohne Autor, 2009 unter www.nozizeptiver-vs-neuropathischer).

Der **neuropathische Schmerz** ist ein chronischer, nicht maligner Schmerzzustand, welcher durch Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems hervorgerufen wird. Dieser Art Schmerzen liegt eine Neuropathie zugrunde, die durch eine Ernährungsstörung, eine Kompression im Rahmen eines Bandscheibenvorfalles, eine Verletzung des Rückenmarks oder eines peripheren Nerven verursacht werden kann. Typische Beispiele für Erkrankungen mit neuropathischem Schmerz sind:

- complex regional pain syndrome (Morbus Sudeck)
- spinale Traumen
- genetische Prädisposition
- der Phantomschmerz
- Chronische Schmerzen bei Schlaganfall

- Rückenmarksverletzung und
- Plexusverletzungen (vgl. ohne Autor, 2009 unter www.nozizeptiver-vs-neuropatischer; Frettlöh et al., 2011, 513 ff).

Ein **primär nozizeptiver** bzw. **neuropathischer Schmerz mit inadäquatem Coping** liegt vor, wenn ein Patient mit chronischen Schmerzen somatischer Ursache eine inadäquate Schmerzbewältigung zeigt. Das heißt der Betroffene verarbeitet seine körperliche Erkrankung mit ungünstigen Copingstrategien, wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsfokussierung, Kathastrophisieren, fatalistisches Resignieren oder überaktives Verleugnen (vgl. Obenaus, 2006, 41).

Bei der dritten diagnostischen Subgruppe liegt neben einer nozizeptiv oder neuropatisch bedingten Schmerzerkrankung, auch eine psychische Erkrankung vor. Dies betrifft jeden vierten bis fünften Patienten mit einer körperlichen Erkrankung. Dabei handelt es sich um Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Wird die psychische Komorbidität nicht oder nicht rechtzeitig erkannt, besteht die Gefahr eines Medikamentenmissbrauchs. Grund dafür ist das verstärkte Schmerzempfinden durch die psychische Krankheit (vgl. Obenaus, 2006, 41).

Wenn Schmerzen selbst zum Problem geworden sind, spricht man von einer **Schmerzstörung**. Dabei sind die Schmerzen selbst Symptom und Zeichen einer Krankheit. Bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist ein anhaltender, schwerer und quälender Schmerz das Leitsymptom. Der Schmerz kann durch einen organischen Befund und physiologische Prozesse erklärt werden. Er verursacht Leidenszustände und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder familiären Bereich. Das Symptom bei einer somatoformen Störung wird von den Betroffenen nicht absichtlich erzeugt. Dadurch unterscheidet sich diese Störung von vorgetäuschten Störung und Simulationen (vgl. Morschitzky, 2007, 132).

Menschen die unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leiden, suchen ständig einen Arzt auf, um sich behandeln zu lassen. Grund dafür ist der Mangel an überzeugenden Alternativerklärungen zur vermuteten organischen Ursache und den Behandlungsmöglichkeiten. Psychische Faktoren spielen bei der Entstehung, beim Schweregrad und der Aufrechterhaltung dieser Störung eine wesentliche Rolle (vgl. Morschitzky, 2007, 57ff).

Schmerz kann auch als Leitsymptom bei einigen psychischen Störungen auftreten z.B. Somatisierungsstörungen, depressive Störungen oder posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. Obenhaus, 2006, 45).

2.5. Klassifikation von Schmerzen

Bei Sichtung der Literatur konnten einige Schmerzklassifikationssysteme identifiziert werden. Einige wie z.B. die International Classification of Diseases stammen aus der Medizin, andere aus der Psychologie. Eine allgemeingültige, anerkannte Klassifikation von Schmerzsyndromen fehlt. Die Aufgabe eines Klassifikationssystems besteht in der Gliederung bzw. Anordnung verschiedener Erkrankungen mit dem Versuch einer zusammenhängenden und in ihrem Aufbau logischen Darstellung. Eine Klassifikation sollte nach Anderson die zeitliche Dauer der Erkrankung, die Lokalisation, das betroffene System, den Namen des Syndroms, den Schweregrad der körperlichen Veränderung und das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen explizieren (vgl. Scholz, Gerber, 1999, 327). Solche Systematiken sollen die Sprache und Betrachtungsweisen ordnen und systematisieren. Viele unterschiedliche Forschungsansätze, therapeutische Herangehensweisen und fachliche Spezialisierungen bilden eigene sprachliche Blüten aus, die über Klassifikationen eine gemeinsame (wenn auch manchmal umstrittene) Basis finden. Inhaltliche Systematisierung ist umso wichtiger (vgl. Pioch, 2005, 2).

In Folge werden zwei Klassifikationssysteme, die sich speziell auf Schmerzsyndrome beziehen und von Schmerzpraktikern und Schmerzforschern entwickelt wurden, dargestellt. Es handelt sich um das Schmerzklassifikationssystem der International Association for Study of Pain (IASP) und die Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK). Auf die Beschreibung der International Classification of Diseases (ICD) wird in dieser Arbeit verzichtet, da die darin enthaltenen Schmerzstörungen in erster Linie „unter dem Blinkwinkel somatischer Erkrankungen erfasst und verschiedensten Störungskategorien zugeordnet werden, so dass die Sicht auf die Gemeinsamkeiten verschiedener Syndrome verloren geht.“ (Körner-Herwig, 2009a, 806).

2.5.1. Schmerzklassifikation der IASP

Die IASP-Taxonomie ist eine Systematik, welche speziell für den Bereich chronischer Schmerzen entwickelt wurde. Sie gilt als „vorläufiger Versuch einer standardisierten Darstellung relevanter Schmerzsyndrome“ (vgl. Klinger, 2004, 307). Sie wurde von der Internationalen Organisation zum Studium des Schmerzes entwickelt und zum ersten Mal 1979 in der Zeitschrift Pain publiziert. Die Originalversion wurde bereits drei Mal adaptiert. Die letzte Änderung und Ergänzung erfolgte im Jahr 2011 (vgl. IASP, 2012 unter www.iasp-pain.org). In der ersten Version wurden 320 Standardbeschreibungen chronischer Schmerzsyndrome beschrieben. Die IASP-Taxonomie ist so konzipiert, dass die gemeinsamen Merkmale chronischer Störungen hervorgehoben werden (vgl. Kröner-Herwig, 2009a, 806). Sie besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet einen Diagnosekatalog, in dem die einzelnen Krankheitsbilder unter 12 verschiedenen Aspekten dargestellt werden. Die Beschreibung erfolgt nach folgendem Schema:

1. Definition (kurzgefasste Beschreibung des Schmerzbildes),
2. Schmerztopik (betroffene Körperregion),
3. System (z.B. peripheres oder zentrales Nervensystem),
4. Hapterscheinungsformen (z.B. Prävalenz, Intensität, Dauer ect.)
5. Begleitsymptome,
6. Laborbefunde,
7. Üblicher Verlauf,
8. Komplikationen,
9. soziale und körperliche Behinderung,
10. pathologische Befunde,
11. Zusammenfassung der Hauptbefunde und diagnostische Kriterien,
12. Differentialdiagnose,
13. Kodierung (Hildebrandt et al., 1992, 367; Pfingsten, Hildebrandt, 2001, 176).

Der zweite Teil der IASP-Klassifikation bietet dem Nutzer ein Codiersystem, welches das Kodieren unterschiedlicher Krankheitsbilder ermöglicht. Dazu stehen 5 Achsen zur Verfügung. Achse I bezieht sich auf die betroffenen Schmerzregionen. Berichtet der Patient über Schmerzen in mehreren Regionen, sollten alle kodiert werden. Dies erfolgt mit Hilfe eines Schmerzinterviews. Die zweite Achse bezieht sich auf das Körpersystem, dessen Funktion beeinträchtigt ist. Das muss nicht zwingend das

Schmerzen verursachende Köpersystem sein. Um die Patienten bezüglich dieser Achse korrekt zu beschreiben, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erforderlich. Bei Achse Nummer III handelt es sich um die Beschreibung des Schmerzmusters und der Zeitcharakteristika. Die relevanten Informationen werden mit Hilfe eines Schmerzinterviews oder durch Verhaltensbeobachtungen erhoben. Die Achse IV betrifft den Schmerzbeginn und die Schmerzintensität. Aufgrund dieser Informationen können Aussagen hinsichtlich der Chronizität der Erkrankung gemacht werden. Die letzte Achse bezieht sich auf die Krankheitsursachen (vgl. Scholz, Gerber, 1999, 332ff; Hildebrandt et al., 1992, 367; Pioch, 2005, 16f).

Die Taxonomie liegt einem monokausalen Krankheitsverständnis zugrunde, was der Hauptkritikpunkt an dieser Nomenklatur ist. Psychosoziale und somatische Faktoren können gleichzeitig nicht codiert werden. Die IASP-Klassifikation findet im deutschsprachigen Raum kaum Anwendung (vgl. Pioch, 2005, 17; Klinger, 2004, 312).

2.5.2. Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK)

Das zweite Klassifikationssystem, welches in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird, ist MASK. Diese Klassifikation wurde im Rahmen des Arbeitskreises „Psychologische Schmerzbehandlung“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes entwickelt und knüpft an die IASP-Klassifikation an. Ziel war es eine Nomenklatur zu entwickeln, die auch psychosoziale Bedingungsfaktoren angemessen erfassen kann. Das Klassifikationssystem sollte so konzipiert sein, dass es von den Angehörigen der verschiedenen Fachrichtungen akzeptiert und angewendet werden kann (vgl. Hildebrandt et al., 1992, 369).

„Der MASK-Schlüssel setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Diagnosekatalog für einzelne Schmerzsyndrome,
2. Achsensystem zur Verschlüsselung medizinisch-somatischer Informationen,
3. Ein Achsensystem zur Beschreibung psycho-sozialer Befunde.“ (Hildebrandt et al., 1992, 369).

Mit Hilfe des Diagnosekataloges wird die Schmerzdiagnose kodiert. Dies geschieht auf 5 Ebenen. Auf der ersten Ebene wird die Diagnose einer der großen Schmerzgruppen zugeordnet:

1. Kopfschmerz
2. Gesichtsschmerz
3. Schmerz bei Gefäßerkrankungen
4. Schmerz bei Läsion oder Erkrankung des Nervensystems
5. Schmerz im Bereich der Wirbelsäule
6. Schmerz im muskuloskelettalen System (außer Rückenschmerz)
7. viszeraler Schmerz
8. akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerz
9. Schmerz ohne klinischen oder anamnestischen Hinweis auf eine somatische Ätiologie (Klinger, 2004, 314)

Ebene zwei differenziert die Diagnose (z.B. Unterschied zwischen Migräne und Spannungskopfschmerz), die dritte Ebene ordnet die Diagnose nach entsprechender Spezialdiagnostik. Die Ebenen vier und fünf geben in Folge die ätiologische und anatomische Zuordnung an (vgl. ebd.).

Mit Hilfe der MASK Somatische Beschreibungsachsen (MASK-S) können quantitative und qualitative Angaben zur Verschlüsselung medizinisch somatischer Informationen gemacht werden. Die Codierung erfolgt auf sechs Achsen.

Achse 1 beinhaltet Informationen zur Schmerzlokalisierung. Achse zwei bezieht sich auf die Topographie der Schmerzen. Auf Achse 3 wird die zeitliche Charakteristik der Schmerzen beschrieben. Achse 4 beinhaltet Angaben zur Beschwerdegenese. In der nächsten Achse wird die Qualität der Schmerzen beschrieben. In Achse 6 sind neurologisch relevante Zusatzbefunde zu beschreiben (vgl. Hildebrandt et al., 1992, 369ff; Klinger, 2004, 314). Die MASK-S enthält keine Informationen über die psychosozialen Aspekte von Schmerz. Diese werden in MASK Psychologische Beschreibungen (MASK-P) spezifiziert. Dort werden Auffälligkeiten im Übergangsbereich zwischen unauffälligen und psychopathologischen Verhaltensmerkmalen beschrieben. Es wird dabei angenommen, dass diese Auffälligkeiten einen negativen Einfluss auf die Schmerzen haben (vgl. Hildebrandt et al., 1992, 371).

Die Beschreibung erfolgt auf den folgenden Ebenen:

1. Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung
2. Emotionale Schmerzverarbeitung
3. Kognitive Schmerzverarbeitung
4. Krankheitsbezogene Metakognitionen
5. Aktuelle Stressoren
6. Traumata / Belastungen in der Lebensgeschichte
7. Habituelle Personen-Merkmale
8. Maladaptive Stressverarbeitung
9. Psychophysiologische Dysregulation
10. Konflikt-Verarbeitungsstil
11. MASK-P- Diagnosen (vgl. Klinger et al., 2000 unter www.dgpsf.de)

Die MASK-P bietet im Sinne einer interdisziplinären Schmerztherapie genaue Hinweise auf Therapieindikationen (vgl. Klinger, 2004, 318).

2.5.3. Schmerz in Pflegeklassifikationen

„Weltweit gibt es ca. 40 verschiedene Klassifikationssysteme im Gesundheitswesen, die alle einen unterschiedlichen Fokus haben“ (Wieteck, 2009a, S 71). Im deutschsprachigen Raum werden in der Pflege derzeit vier Pflegeklassifikationssysteme angewandt. Diese sind NANDA 2007 in Verbindung mit Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), European Nursing care Pathways (ENP), International Classification of Nursing Practice (ICNP) und Praxis Orientierte Pflegediagnostik (POP) (vgl. Wieteck 2009b, 47; Müller-Staub 2004a, 361; Odenbreit 2007, Schaubmayr, 2006, zit. nach Schröder 2009, 24).

NANDA-Klassifikation

Das erste und somit das älteste Pflegeklassifikationssystem ist NANDA. Die NANDA-Pflegeklassifikation wurde von der North Amerikan Nursing Diagnosis Association entwickelt. Ziel war die:

- Strukturierung pflegerischen Wissens in Form eines Klassifikationssystems
- Etablierung einer gemeinsamen, übereinstimmenden Fachsprache der Pflege
- Leistungserfassung und Berechnung pflegerischer Leistungen, sowie die Personalbedarfsermittlung nach pflegerischen und nicht medizinischen Diagnosen
- Strukturierung von Pflegecurricula (vgl. Georg, Stankovski, 1995, 128ff).

Die NANDA-Klassifikation besteht aus einem Diagnosenkatalog und einer Taxonomie.

Im Diagnosenkatalog werden die pflegerelevanten Phänomene definiert und in alphabetischer Reihenfolge nach dem diagnostischen Begriff geordnet. Die NANDA-1 Pflegediagnosen beinhaltet 13 von Gordon adaptierte und erweiterte Gesundheitsmuster (Domänen), 47 Klassen und 188 Diagnosen (vgl. NANDA International, 2010, 378).

Die NANDA -1 Taxonomie besteht aus sieben Achsen:

Achse 1: das diagnostische Konzept (Angst, Schmerz, Ausscheidung)

Achse 2: Subjekt der Diagnose (Individuum, Familie, Gemeinschaft)

Achse 3: Beurteilung (beeinträchtigt, ineffektiv)

Achse 4: Lokalisation (Blase, auditorisch, zerebral)

Achse 5: Alter (Säugling, Kind, Erwachsener)

Achse 6: Zeit (akut, chronisch, intermittierend)

Achse 7: Status der Diagnose (vgl. NANDA International, 2010, 391).

NANDA ist die am häufigsten international umgesetzte und erforschte Pflegeklassifikation (vgl. Müller-Staub, 2005, 119). In Österreich und der Schweiz stellt NANDA die zurzeit am meisten angewendete Fachsprache dar (Odenbreit 2007; Schaubmayr, 2006, zit. nach Schröder, 2009, 24). Sie wird weltweit in unterschiedlichen Pflegebereichen eingesetzt (vgl. Kautz et al., 2008, 14).

In der deutschen Übersetzung von NANDA (2005) sind zwei Diagnosen in Bezug auf Schmerz zu finden, „akute Schmerzen“ und „chronischen Schmerzen“.

Das Pflegephänomen „akute Schmerzen“ wird als „Eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigungen herrührt oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben (International Association on the Study of Pain); mit plötzlichem oder allmählichem Beginn in einer Intensität, die von leicht bis schwer reichen kann, mit einem vorhersehbaren oder vorhersagbaren Ende und einer Dauer von weniger als sechs Monaten.“ (NANDA International, 2005, 173). Weiters sind bestimmende Merkmale wie verbale oder nonverbale Äußerungen von Schmerz/Schmerzbeschreibungen, beobachtbare Schmerzen, Schonhaltung, Schlafstörung, ablenkende Verhaltensweisen, usw. als beeinflussende Faktoren (biologisch, chemisch, psychisch) genannt.

Die Definition von „Chronische Schmerzen“ unterscheidet sich von der oben angeführten Definition von „akute Schmerzen“ durch den zeitlichen Aspekt „Dauer von mehr als sechs Monaten“. Gewichtsveränderungen, verbale oder nonverbale Äußerungen über das Vorhandensein von Schutz- und Schonhaltung, maskenhafte Gesichtszüge, veränderte Schlafgewohnheiten, Erschöpfung, Furcht vor erneuter Verletzung, verringerte Interaktion mit anderen Personen, veränderte Fähigkeit frühere Aktivitäten fortzuführen, sympathikusvermittelte Reaktionen sind die chronischen Schmerz bestimmende Merkmale. Chronische psychische/psychosoziale Behinderung sind beeinflussende Faktoren.

Beide Pflegediagnosen gehören zu den aktuellen Pflegediagnosen. In der NANDA Taxonomie sind keine Hinweise auf Pflegeinterventionen oder Therapiemöglichkeiten zu finden.

In der Entwicklung von NANDA-1 Pflegediagnosen trat NANDA in Kontakt mit den Entwicklern der NIC und NOC und arbeitet mit diesen seit 2001 zusammen, um eine

gemeinsame taxonomische Struktur der Pflegepraxis mittels NANDA-1, NIC und NOC abzubilden (vgl. NANDA International 2010, 400f).

Zusammen bilden sie ein Trypochon, das Pflege und den Entscheidungsprozess abbildet (vgl. Müller-Staub, 2004b, 300).

Die Nursing Interventions Klassifikation und Nursing Outcomes Classification wurden am center for Nursing at The University of Iowa College of Nursing entwickelt.

NIC stellt eine standardisierte Klassifikation von pflegerischen Interventionen dar und beschreibt diese auf vier Ebenen. Die vierte Auflage der NIC enthält sieben Domänen, 30 Klassen und 541 Interventionen (vgl. Müller-Staub et al., 2007, 354). NIC differenziert direkte und indirekte pflegeinitiierte sowie medizinisch initiierte Interventionen. Darüber hinaus beinhaltet sie physiologische und psychosoziale Pflegemaßnahmen sowie Pflegeinterventionen der Behandlung von Krankheiten mit präventiver und gesundheitsförderlicher Ausrichtung (vgl. Freund 2008, 603).

Die Pflegeklassifikation NOC wird nicht näher beschrieben, da sie für die vorliegende Arbeit keine Relevanz besitzt.

Für die NANDA-Klassifikation lässt sich folgende Einschätzung ableiten, sie erscheint hauptsächlich somatisch orientiert, sie beschreibt Schmerzen nur in Zusammenhang mit einer Gewebsschädigung und ist im mitteleuropäischen Pflegeverständnis somit unzureichend. Ideopatische Schmerzen werden in diesem System nicht ausreichend erfasst, sind aber real in der Pflege zu beobachten.

Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP)

Die ICNP ist das einzige Pflegeklassifikationssystem, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkannt wird (vgl. WHO, 2112 unter www.who.int/classifications).

ICNP entstand in Rahmen eines Projekts des International Council of Nurses. Im Zeitraum von 1995 bis 1999 wurde die erste Version der ICNP, die Alpha Version, konstruiert, validiert und evaluiert. Die zweite Version, die Beta Version, wurde zwischen 1999 und 2001 entwickelt. 2005 ist die letzte Version, Version 1, der ICNP entstanden (vgl. Rappold, 2008).

Ziele dieser Klassifikation sind:

- „Etablierung einer gemeinsamen Sprache zur Beschreibung der Pflegepraxis, um die Kommunikation innerhalb der Pflege und zwischen der Pflege und anderen zu verbessern.
- Beschreibung der Pflege von Menschen (Individuen, Familien, Gruppen) in unterschiedlichen Settings, in- und außerhalb von Institutionen.
- Ermöglichen des Vergleichs von Pflegedaten über verschiedene klinische Populationen, Settings, geografische Räume und Zeiträume hinweg.
- Nachweis oder Planung von Entwicklungen pflegerischer Leistungen und Ressourcenzuteilung aufgrund von Patientinnenbedürfnissen, welche durch Pflegediagnosen beschrieben sind.
- Anregung der Pflegeforschung, durch das Verknüpfen von Daten aus Pflege- und Gesundheitssystemen.
- Gewinnen von Daten über die Pflegepraxis zur Beeinflussung der Gesundheitspolitik.“ (Staub, Müller, 2004, 7 unter www.pflege-pbs.ch).

In ICNP 1 werden die auftretenden Phänomene auf 7 Achsen klassifiziert und beschrieben. Die Achsen lauten wie folgt: Fokus, Beurteilung, Mittel, Handlung, Zeit, Lokalisation, Klient (vgl. Rappold, 2008).

In der ICNP 1 Taxonomie sind auch Regeln beschrieben, wie die Klassifizierung zu erfolgen hat (vgl. ebd.).

In der ICNP 1 werden Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse gleich klassifiziert (vgl. ebd.).

In der deutschsprachigen Version der ICNP-Klassifikation der Pflegephänomene befindet sich Schmerz auf der Funktionsebene und wird der Unterkategorie Empfindung zugeordnet.

„1 A. A.1.1.1.13.1 Schmerz [...].“ (International Council of Nurses, 2003, 193)

Schmerz wird hier als „eine Art von Empfindung“ definiert. Es werden folgende spezifische Merkmale eingeführt: „Ansteigen der sensorischen Empfindung von Teilen des Körpers, gewöhnlich verbunden mit der subjektiven Erfahrung der Wahrnehmung eines Reizes bis schwerem Leiden, mit schmerzhaften

Gesichtsausdruck [...]“ (ebd.). Weiter wird in der Definition zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterschieden. Akute Schmerzen sind demnach „selbstbegrenzt, funktionieren wie ein Schutzmechanismus“ und werden als „intensives deutliches Gefühl von Schmerz durch Schneiden, Schießen oder Tortur beschrieben“ (ebd.). Chronische Schmerzen werden als „dumpfe, verletzungsartige, brennende, schreckliche oder unerträgliche Schmerzempfindung“ beschrieben (ebd.).

Aus der Definition der ICNP geht nicht hervor, ab wann man von akuten und chronischen Schmerz reden kann.

In der ICNP-Klassifikation sind u.a. auch Tumorschmerz, Wundschmerz, Muskel-Knochen-Schmerz, Knochenfrakturschmerz, Arthritisschmerz, Muskelschmerz und viszeraler Schmerz (22 Typen) definiert (vgl. ICNP, 2003, 194ff).

Zusammenfassend wird zum Klassifikationssystem des ICNP festgehalten, dass die qualitative Erfassung und Beschreibung von Schmerz oftmals im Kontext zur Genese oder der Lokalisation der Ursache für die Pflegepraxis zwar hilfreich ist, weiterführende bzw. abgeleitete pflegerische Maßnahmen oder Expertenstandards werden durch diese Klassifikation jedoch in kein geeignetes pflegerisches System direkt integriert.

European Nursing care Pathways (ENP)

Das ENP Projekt unter der Leitung von Pia Wieteck wurde 1989 ins Leben gerufen. Ziel war es „ein Instrument im Hinblick auf die Pflegeprozessesstruktur zu entwickeln, das Formulierungsschwierigkeiten überwinden hilft und den Pflegeprozess mit fachlichen Inhalten füllt.“ (Wieteck et al., 2007, 2 unter www.download.recom-vrlag.de).

„ENP kann gegliedert in drei Teilbereiche dargestellt werden. Diese sind: ein Pflegeklassifikationssystem, Präkombinationen von den Elementen des Pflegeklassifikationssystems und daraus entwickelte Praxisleitlinien, die den Pflegenden in der Praxis fachliche Unterstützung bieten und den Pflegeprozess mit Hilfe von standardisierten Formulierungen, wie z.B. Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Interventionen, abbilden.“ (Wieteck, 2009a, 89)

„Die Pflegeklassifikation ENP® besteht vertikal aus den Klassen Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen und handlungsleitende Angaben. Innerhalb der einzelnen Klassen ist das Ordnungsprinzip entweder hierarchisch oder neben geordnet.“ (Wieteck et al., 2007, 3).

Die Klasse der Pflegephänomene beinhaltet vier Bereiche, die hierarchisch untergegliedert sind. Die Bereiche sind wiederum in Kategorien, Subkategorien und Pflegediagnosen geordnet (vgl. Wieteck et al., 2007, 4). „ Die letzte Stufe der hierarchischen Struktur bilden ENP-Pflegediagnosen, die präkombiniert eine Spezifikation und das Pflegeproblem (Subkategoriebegriff) beinhalten. Die Klassen der Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Ziele, Pflegeinterventionen sind nebengeordnet strukturiert.“ (Wieteck, 2007, 4).

In der ENP Version 2.3 sind der Klasse der Kennzeichen 2289 Begriffe zugeordnet. Die Klasse der Ursachen beinhaltet 1719 Begriffe, die Klasse Ressourcen 369, die Klasse der Pflegeziele 1380 und die Klasse der Pflegeinterventionen 2289 (vgl. Wieteck et al., 2007, 4).

Die Klasse der Pflegeinterventionen ist mit 2542 handlungsleitenden Angaben verknüpft. Die Klasse der Interventionen kann auch Verknüpfungen mit Hinweisen zu den benötigten Pflegepersonen und die Zeitdauer der Leistungserbringung beinhalten (vgl. Wieteck et al., 2007, 4).

Das EPN Pflegeklassifikationssystem ist wissenschaftlich gut fundiert (vgl. Berger et al., 2011, 12). ENP kann in allen Bereichen, wo Pflege praktiziert wird, eingesetzt werden (vgl. Wieteck, 2009c, 4).

In der ENP- Klassifikation stellen Schmerzen eine Subkategorie dar, die der Kategorie „Sinn finden“ untergeordnet ist. Folgenden Pflegediagnosen sind der Subkategorie Schmerz zugeordnet:

000489 Der Patient hat akute Schmerzen

000645 Der Patient hat chronische Schmerzzustände, die über einen Zeitraum von 6 Monaten anhalten

000490 Der Patient hat Gelenkschmerzen mit Anlauf-/Startschmerz

000491 Der Patient hat Schmerzen in einem/mehreren Gelenk/-en und Funktions-/Bewegungseinschränkungen

000492 Der Patient hat Schmerzen aufgrund einer arteriosklerotischen Veränderung der Gefäße

000493 Der Patient hat Schmerzen des Bewegungsapparats, die Lebensqualität/Bewegungsfreiheit ist beeinträchtigt

Die Ausdifferenzierung der Klassifikation nach ENP ist an den genannten Beispielen klar in der Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen und deren somatischen und / oder funktionalen Hintergründen definiert. Schmerz wird als Hemmnis bzw. relevanter Marker der Sinnfindung verstanden. ENP erscheint ebenso wie ICNP als kein umfassendes pflegerisches Handlungssystem, sondern als eine reine Klassifikation ohne abgeleiteter Konsequenzen. Es bedarf für die Pflegeführenden der Fähigkeit konsequenter und strukturierter Handlungsempfehlungen an die Klienten.

Praxis Orientierte Pflegediagnostik (POP)

Dieses Klassifikationssystem ist eine deutschsprachige Pflegeklassifikation.

POP besteht aus 9 Bereichen, 19 Klassen und 150 Pflegediagnosen (vgl. Stefan et al., 2009, 27). Die Domänen sind Luft, Wasser, Nahrung, Ausscheidung, Aktivität und Ruhe, Alleinesein und soziale Interaktion, Abwendung von Gefahren, Integrität der Person und soziales Umfeld (vgl. Stefan et al., 2009, 30).

Dieses Klassifikationssystem ist wissenschaftlich nicht fundiert, wird aber dennoch in einigen Gesundheitseinrichtungen eingesetzt (vgl. Rappold, 2008).

Schmerzen sind in diesem Klassifikationssystem dem Bereich Abwendung von Gefahren und der Klasse körperliche Integrität zugeordnet (vgl. Stefan et al., 2009, 29).

Definiert wird Schmerz als „ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch plötzliche oder langsam ansteigende, unangenehme, sensorische und emotionale Wahrnehmungen von geringer bis schwerer Intensität mit einem vorhersehbaren oder nicht vorhersagbaren Ende erlebt. Diese Erfahrungen können Sekunden bis Monate dauern.“ (Stefan et al., 2009, 517).

In der Pflegediagnose „Schmerzen 70132“ sind auch mögliche Ursachen, Symptome, und Ressourcen in Bezug auf Schmerzen genannt. Im Weiteren werden Patientenbezogene Pflegeziele definiert und Pflegemaßnahmen angegeben. Als übergeordnetes Ziel der Pflege wird das Erreichen von Schmerzfreiheit und/oder Schmerzlinderung genannt (vgl. Stefan et al., 2009, 519). Die Maßnahmen die Pflege durchführen kann sind:

- Ermitteln der ursächlichen/begünstigenden Faktoren,
- Ermitteln der Schmerzreaktionen
- Unterstützen im Umgang mit Schmerzen
- Fördern der Kommunikation und der Beziehung,
- Fördern des Wohlbefindens (vgl. Stefan et al., 2009, 520f).

Einer der wesentlichen Probleme im Bereich der interdisziplinären Versorgung von Schmerzpatienten ist das Fehlen einer allgemein anerkannten Klassifikation von Schmerzsyndromen (Bianka 1999, zit. nach Pfingsten, Hildebrandt, 2001, 175). Gerade da in diesem interdisziplinären Feld, in dem verschiedene Akteure interagieren und mit einander kommunizieren wird eine Klassifikation von Schmerzerkrankungen dringend gebraucht, um sich untereinander verständigen zu können und dieselbe Sprache zu sprechen. Die Einführung eines von allen, in der Versorgung von Schmerzpatienten beteiligten Disziplinen anerkanntes Klassifikationssystem, könnte zu der Verbesserung der Behandlungssituation dieser Patienten Gruppe beitragen.

POP wird in der deutschsprachigen Pflegewelt obschon seiner als einzig deutschsprachig entwickeltes und auf den deutschsprachigen Raum beschränktes System differenziert diskutiert, insbesondere durch seine derzeit noch fehlende oder ungenügende wissenschaftliche Evidenz. Die Konzeption als System, das Klassifikation mit Zielen und Maßnahmen in Einklang stellt, ermutigt jedenfalls dazu, sich wissenschaftlich eingehender auch im Hinblick auf Schmerzsituationen mit POP zu beschäftigen.

2.6. Schmerztheoretische Modelle

Es gibt eine Reihe von theoretischen Modellen, die das Phänomen Schmerz zu erklären versuchen. Ältere Schmerztheorien wie zum Beispiel die Spezifitätstheorie von Frey oder die Goldscheider's Summations- und Intensitätstheorie haben eine unidirektionale Erklärungsrichtung gewählt. In diesen ist der „Ausgangspunkt immer ein Schmerzreiz, der wahrgenommen wird und eine Reaktion auslöst.“ (Seemann, Zimmermann, 1999, 27). Als Paradigmenwechsel, von einer unidirektionalen zu einer systemischen und mehrdimensionalen Konzeptualisierung von Schmerz, wird die Gate-Control Theorie von Melzack und Wall angesehen (vgl. Müller-Mundt, 2001, 12 unter www.uni-bielefeld.de). Weiters gibt es noch drei bedeutende theoretische Ansätze welche die Natur des Schmerzes zu erklären versuchen und einen Beitrag zum Verständnis des Phänomens chronischer Schmerzen geleistet haben. Auf diese wird in Folge eingegangen.

2.6.1. Gate-Control Theorie

Mit der Gate-Control Theorie entwickelten Melzack und Wall eine Schmerztheorie, die psychologische und physiologische Faktoren der Schmerzentstehung integriert. Dieser Theorie zufolge wird der Schmerzreiz auf mehreren Ebenen des informationsverarbeitenden Nervensystems moduliert.

„Die zentrale Aussage dieser Theorie besagt, dass der empfundene Schmerz nicht allein durch die Intensität des noxischen Stimulus determiniert wird, sondern sowohl durch eine andere gleichzeitig stattfindende sensorische Stimulation (zum Beispiel Hemmung durch mechanische Afferenzen) als auch durch efferente zentralnervös gesteuerte Prozesse beeinflusst wird. Dies kann sich Schmerz verstärkend, aber auch Schmerz dämpfend auswirken. Die zentralnervösen Prozesse schlagen sich zum einen in der kognitiv-evaluativen und zum anderen in der affektiven Verarbeitung des Schmerzreizes nieder. Noch eine weitere Dimension der Schmerzverarbeitung beziehungsweise Reaktion ist zu berücksichtigen: die behaviorale Antwort auf den noxischen Reiz. Sie reicht vom automatisierten Schutzreflex bis hin zur komplexen interaktiven und kommunikativen Verhaltensweise und hat Rückwirkungen auf das Schmerzerleben“ (Kröner-Herwig, 1997, 257).

Faktoren wie Angst, Aufregung und Vorahnung beeinflussen die Schmerzwahrnehmung. Sie können das „Tor“ öffnen und verstärken die Schmerzwahrnehmung. Kognitive Aktivitäten wie Entspannung, Ablenkung und Imagination können dagegen das „Tor“ schließen und die sensorische Übertragung von Schmerz verhindern (vgl. Melzack, Wall, 1999 zit. nach Carr, Mann, 2009, 39).

In der Pflege wird der Gate-Control Theorie eine besondere Bedeutung zugesprochen, weil sie:

- „Ein integriertes Modell darstellt, um die vielen Faktoren zu berücksichtigen, die zu den individuellen Unterschieden der Schmerzerfahrung beitragen.
- Eine Konzeptualisation der Aktivitätskategorien, die eine theoretische Basis für die Entwicklung verschiedener Schmerzbehandlungsmaßnahmen bilden.“ (McCaffery et al., 19997, 59).

2.6.2. Operante Schmerzmodelle

Operante Schmerzmodelle fokussieren auf das beobachtbare Schmerzverhalten und postulieren, dass Schmerzverhalten wie Klagsamkeit, Schonverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen durch positive und negative Verstärkung aufrechterhalten wird und somit zur Chronifizierung von Schmerz beiträgt (vgl. Oelkers-Ax, 2006, 22).

Das bedeutet, dass die Chronifizierung und die Aufrechterhaltung des Schmerzsyndroms durch biologische und psychologische Faktoren gekennzeichnet sind und durch positive Verstärkung, wie z.B. durch häufige positive Zuwendung von Angehörigen und Ärzten, oder dem Wegfall von Tätigkeiten oder das Vermeiden unangenehmer Situationen beeinflusst werden (vgl. Kröner-Herwig, 1997, 258).

„In diesem Denkansatz hat der soziale Kontext eine besondere Bedeutung für chronische Schmerzen. Prinzipiell geht man hier davon aus, dass das Verhalten von Schmerzpatienten durch andere Personen verstärkt und geformt wird, dass aber andererseits dieses Schmerzverhalten auch andere Personen zu steuern vermag.“ (Ruoß, 1998, 36).

2.6.3. Biopsychosoziale Modelle und transaktionale Modelle

Engel ist der erste Wissenschaftler, der Schmerz als psychologisches Phänomen beschrieben hat. In sein Werk »Psychogenic' Pain and the Pain-Prone Patient« geht er von der Annahme aus, dass Schmerz nicht ohne die Beteiligung höherer Nervenzentren existieren kann (vgl. Engel, 2011, 60). Bewusstsein und Aufmerksamkeit sind Voraussetzungen für das Erleben von Schmerzen. Schmerz kann folglich nie frei von affektiver Tönung sein (vgl. Engel, 2011, 15).

Nach Engel (1959) impliziert Schmerz folgenden sechs Bedeutungen für das Individuum:

- Schmerz übt eine Warnfunktion aus und stellt einen Teil des prospektiven und Verletzungen verhindernden Systems des Körpers dar. Durch unsere Schmerzerfahrungen lernen wir über die Umwelt und ihre Gefahren und über unseren Körper und seine Grenzen. Jeder Schmerzauslöser und der schmerzende Körperteil werden im Zentralnervensystem gespeichert.
- Schmerz besitzt eine interpersonelle Funktion. Schon im Kindesalter lernen wir, dass Schmerzen die Zuwendung und die Aufmerksamkeit bzw. die Wiedervereinigung mit einem geliebten Objekt und dabei die Befreiung von Schmerzen herbeiführen können.
- Schmerz wird in der Kindheit mit Bestrafung assoziiert. Ist man als Kind böse und wird bestraft, erfährt man Schmerzen. Schmerz ist aber in diese Zusammenhang nicht nur mit böse sein verbunden, sondern auch mit Schuldgefühlen. In solchen Fällen dient Schmerz dazu Schuld zu erleichtern.
- Schon in jungen Jahren assoziieren Kinder Schmerz mit Aggression und Macht. Kinder entdecken früh, wie sie Schmerzen zufügen und was sie damit bewirken können.
- Schmerz stellt eine psychische Möglichkeit der Sühne dar, wenn eine enge Beziehung zwischen Schmerz und dem realen, drohenden oder phantasierten Verlust von Mitmenschen, welchen gegenüber man Schuld oder aggressive Gefühle hat, besteht.

- Schmerz kann mit sexuellen Gefühlen assoziiert werden, wie beispielsweise bei Sado–Masochismus (zit. nach Engel, 2011, 16ff).

Engel geht davon aus, dass jeder „Mensch von Geburt an eine Art Bibliothek aufbaut, die die Schmerzerfahrungen, die aus verschiedenen peripheren schmerzhaften Situationen entstanden sind, im Laufe seines Leben speichert.“ (Engel, 2011, 15). Diese Bibliothek ist eng mit der allgemeinen Entwicklung jedes Menschen verbunden. Es gibt Menschen, bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Schmerz spielen und bei denen körperliche Ursachen größtenteils fehlen (vgl. ebd., 20). Solche Individuen bezeichnet Engel als »pain prone patients«. Zusätzlich zur Warnfunktionen übt Schmerz, für pain prone patienten auch eine Abwehrfunktion aus. Als psychischer Abwehrmechanismus hilft Schmerz diesen Patienten unangenehmere Gefühle, Zustände oder Erfahrungen zu verhindern oder abzuwehren (vgl. Engel, 2011, 20).

Hierbei wird Schmerz als eine Reaktion auf komplexe Wechselbeziehungen aufgefasst, welche, dem Modell der Schmerzreaktion von Birbaumer folgend, auf drei Ebenen abläuft:

- der psychologisch-subjektiven,
- der motorisch-verhaltensmäßigen und
- der physiologisch-organischen Ebene.

In dem Modell wird davon ausgegangen, dass neben somatischen und psychologischen Faktoren auch Lernprozesse für die Chronifizierung und Aufrechterhaltung von Schmerzsyndromen verantwortlich sind.

Daneben bestimmen Wahrnehmung, Bewertung sowie Schmerzbewältigung im Krankheitsverlauf das Maß der Beeinträchtigung im Alltag (vgl. Settel, 2003, 8).

Das in diesem Zusammenhang weiters relevante und von Flor, Birbaumer und Turk entwickelte Diathese-Stress Modell geht davon aus, dass für die Entstehung und Chronifizierung von Schmerz mehrere Faktoren verantwortlich zeichnen. Die vier wesentlichen Komponenten des Modells sind dabei:

- prädisponierende Faktoren (Diathese)

- aversive Stimuli aus der Umwelt (Stress)
- maladaptive Bewältigungsstrategien und
- spezifische Schmerzreaktionen (vgl. Glombiewski, 2007, 13ff).

Im Mikro-Makro Modell chronischer Schmerzen Geissners (1990, 1992) wird das Schmerzerleben als aktiver, dynamischer Prozess, in dem sensorische, kognitive, emotionale und motorische Komponenten zum Tragen kommen, beschrieben.

Demzufolge erfolgt die Schmerzwahrnehmung dabei auf vier Ebenen, der sensorischen (Schmerzlokalisierung, -dauer, -frequenz), der affektiven (Schmerzqualität, Leidensaspekt), der vegetativen (allgemeine Aktivierung, Begleitsymptome) und der motorisch – reflektorischen (Vermeidungs-, Fluchtreflexe) (vgl. Müller-Mundt, 2001, 16).

2.6.4. Systemtheoretisches Modell

Seemann und Zimmermann (1996) gehen von einem kybernetischen Schmerzkonzept aus. Darin wird Schmerz als Ausdruck einer Störung in aufeinander abgestimmten Regelkreisen angesehen. Die Funktionalität von Schmerzen kann mit einer systemischen Perspektive als Zielkonkurrenz unterschiedlicher Subsysteme (z.B. soziales versus physiologisches Teilsystem) oder als Instrument zur Systemstabilisierung in psychosozialen Regulationssystemen begriffen werden. Seemann und Zimmermann unterscheiden dabei drei Regulationsebenen des Schmerzgeschehens:

- physiologisches System (motorische und sympathische Regulation),
- psychisches System (kognitive Regulation, Verhalten und intentionale Handlungen) sowie
- soziales System (interpersonelle Kommunikation) (vgl. Müller-Mundt, 2001, 17)

Die unterschiedlichen Regulationsebenen des Konzeptes bieten auch einen möglichen Rahmen in Bezug auf die Therapieplanung. Sie erlauben die Zuordnung spezifischer Beiträge der am Schmerztherapiekonzept beteiligten Fachdisziplinen (vgl. Müller-Mundt, 2001, 18).

2.7. Schmerzchronifizierung

Chronischer Schmerz ist ein verheerendes und weit verbreitetes Problem europaweit. In Deutschland leben 5-8 Millionen Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden (vgl. Pfingsten, Hildebrandt, 2011, 116 unter www.han.srv.meduniwien.ac.at). In Österreich sind das 1,7 Millionen Menschen. Chronischer Schmerz hat enorme gesundheitspolitische Bedeutung, da er die zweithäufigste Ursache für einen Arzt-, Spitals- oder Ambulanzbesuch darstellt (vgl. Pfizer, 2011, 6 unter www.arthritiscare.org.uk).

Bei dem Versuch, Ätiologie und Pathogenese, chronischer Schmerzen zu verstehen, steht der Prozess der Chronifizierung im Mittelpunkt der Forschung.

Chronifizierung des Schmerzes bedeutet, nach Körner-Herwig (2004), dass der Schmerz seinen Anlass überdauert. Nach Hasenbring (1992) versteht man unter Chronifizierung „Die Entwicklung akuter zu chronisch-rezidivierenden oder persistierenden Schmerzen [...] Chronifizierung bezeichnet dabei einen Prozess, an dem komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beteiligt sind“ (zit. nach Hasenbring, 1999, 161). Der Begriff Chronifizierung bezeichnet somit „die Phase des Übergangs („transition“) von einem akuten zu einem chronisch-persistierenden oder chronisch-rezidivierenden Schmerz“ (Turk, 1996 zit. nach Hasenbring, Pfingsten, 2004, 100).

Biologische- und psychologische Mechanismen spielen eine wesentliche Rolle im Chronifizierungsprozess akuter Schmerzen. Auf biologischer Ebene scheint das Schmerzgedächtnis für das Auftreten chronischer Schmerzen verantwortlich zu sein (vgl. Obenaus, 2006, 24). Auf psychischer Ebene wird dieser durch Faktoren wie die emotionale Stimmung, die schmerzbezogene Kognitionen und (verhaltensbezogene) Schmerzbewältigung beeinflusst (vgl. Pfingsten, Hildebrandt, 2011, 117 unter www.han.srv.meduniwien.ac.at). Der Prozess der Chronifizierung akuter Schmerzen wird aber nicht nur durch Faktoren auf der Patientenebene beeinflusst. Es liegen Untersuchungen vor die gezeigt haben, dass iatrogene Faktoren¹ auch Auswirkungen auf den Chronifizierungsverlauf haben. Hierzu zählen „falsche

¹ Behandler- und Systemfaktoren

Informationen über das längere Einhalten von Bettruhe bzw. Schonung“, „keine adäquaten Informationen über die richtige Medikamenteneinnahme“, die „Vernachlässigung psychosozialer Faktoren“ usw. (vgl. Hasenbring, Pfingsten, 2004, 110).

In der Literatur werden auch eine Reihe von Risikofaktoren genannt, die die Entstehung und Entwicklung eines chronischen Verlaufs der Schmerzen beeinflussen.

Wissenschaftliche Studien, die Risikofaktoren zur Entstehung chronischer Schmerzen untersuchten, zeigten, dass solche Faktoren sowohl bei traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend als auch bei schlechten Beziehungserfahrungen und bei von Eltern vorgelebten Krankheitsverhalten bestehen. Belastende Faktoren die das Auftreten einer Schmerzstörung wahrscheinlicher machen sind z.B. sexueller Missbrauch, körperlicher Gewalt, Scheidung oder Trennung der Eltern im Kindesalter, sehr hoher Kindheitsbelastungswert und andere (vgl. Obenhaus, 2006, 52). Chronisch andauernde Belastungen bzw. Stressoren privater oder beruflicher Natur, für die die Betroffenen keine Lösungsmöglichkeiten sehen, stellen einen weiteren Risikofaktor dar. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familien- und Bildungsstatus, Einkommen und soziale Schicht gelten weder als bestätigt noch widerlegt (vgl. Hasenbring, Pfingsten, 2004, 108).

Schmerzstörungen primär gleicher Pathomorphologie können ganz unterschiedlich voranschreiten (vgl. Pioch, 2005, 29). Sie können von leichten Befindlichkeitsstörungen bis hin zu schweren chronischen Erkrankungen variieren (vgl. Hasenbring, Pfingsten, 2004, 114). Daher ist hier nicht die Diagnose sondern das Ausmaß der Chronifizierung bzw. die Schwere der Erkrankung das wesentliche Merkmal (vgl. Hasenbring, Pfingsten, 2004, 114).

2.7.1. Stadienmodell der Chronifizierung von Schmerz nach Mainzer

In der Schmerzmedizin existieren mehrere Systematiken nebeneinander um die Chronifizierung zu beschreiben. Dabei unterscheidet man zwischen Stadieneinteilungen und Graduierungen. „Eine Stadieneinteilung setzt das Konzept einer kontinuierlichen Krankheitsentwicklung voraus. Das entsprechende

Krankheitsmodell geht von einer chronologischen Entwicklung aus, deren Verlauf man in Stufen einteilen und beschreiben kann.“ (Pioch, 2005, 29). Mit Hilfe einer Graduierung werden die Schwere der Erkrankung und die Ausprägung des Leidens erfasst. Es werden Schweregrade beschrieben, die nicht zwingend aufeinander folgen müssen, eine eigene Qualität haben und einem definierten Hauptkriterium folgen (vgl. Pioch, 2005, 29).

In ältere Modelle wird Chronifizierung im Zusammenhang mit dem zeitlichen Fortschreiten der Erkrankung gesehen. Diese Einteilung gilt heute als zu unspezifisch und nicht mehr zeitgemäß, da solche Modelle keinen Hinweisen über mögliche Einflussfaktoren oder sozialen Konsequenzen liefern (vgl. Hasenbring, 2004, 114; Pioch, 2005, 29f). Seit den 1980er Jahren wurden einige Stadieneinteilungen entwickelt, welchen ein differenziertes Krankheitsmodell zugrunde liegt. Der Graded Chronic Pain Status nach von Korff, Das Mainzer Pain Staging System und das Sommerfelder Befundsystem sind einige davon. Da der Graded Chronic Pain Status sich besonders für bevölkerungsbezogene Untersuchungen eignet und hauptsächlich in epidemiologischen Studien Anwendung findet, wird er hier nicht näher beschrieben. Auf die Beschreibung des Sommerfeld Befundsystem wird ebenfalls verzichtet, weil es ein Instrument ist das „eines geschulten Expertenteams aus Ärzten, die in einer funktionellen Diagnostik ausgebildet sind, und psychologischer Schmerztherapeuten“ bedarf, um es anzuwenden, und somit keine pflegerische Relevanz besitzt (Pioch, 2005, 31).

Das Mainzer Pain Staging System (MPSS) ist das meist verwendete Modell im deutschsprachigen Raum. Das Modell wird auf Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells entwickelt. Es unterscheidet 3 Stufen der Chronifizierung und bedient sich qualitativer Merkmale des Schmerzsyndroms zur Definition (vgl. Körner-Herwig, 2004, 4).

Das MPSS ist leicht in der Handhabung und bedarf wenig Aufwand. Es existieren zwei Varianten eine Fremdrater- und eine Selbstraterversion. Mit Hilfe des Instruments wird ein guter Überblick über die erwarteten therapeutischen Erfolge gewonnen(vgl. Pioch, 2005, 39).

Auf vier Achsen werden zeitliche und räumliche Aspekte des Schmerzes sowie das Medikamenteneinnahmeverhalten und die Patientenkarriere erfasst. Dabei werden

für jedes Merkmal Werte zwischen 1 und 3 vergeben. Die Merkmalsummen ergeben Achsenstadien. Aus dem Achsenstadiensummenwert wird das Gesamtstadium der Chronifizierung bestimmt (vgl. Hasenbring, Pfingsten, 2004, 114; Hampel et al, 2009., 742).

Stadium I	Akuter/subakuter und remittierender Schmerz
	Wenig komplizierende Faktoren
Stadium II	Chronischer Schmerz
	Mehrere komplizierende Faktoren
	Multilokalisation, Polytherapien
	Medikamentenabusus
Stadium III	Lange andauernder chronischer Schmerz
	Viele komplizierende Faktoren
	Unklare Schmerzlokalisationen
	Langjährige Polytoxikomanie
	Schwere psychosoziale Alteration

Tabelle 1 Chronifizierungsstadien bei Schmerzsyndromen (Quelle: Hasenbring, Pfingsten, 2004, 114)

2.8. Schmerz-Erfassungsinstrumente

Messen ist laut Pioch (2005) Diagnostik, Dokumentation und Evaluation. Gerade im Gesundheitsbereich, vor allem in Medizin und Psychologie, wird vieles in der Hoffnung gemessen es fassbar zu machen. Schmerz kann mit Hilfe von klinischen und experimentellen Methoden gemessen werden. Somit wird zwischen klinischen und experimentellen Instrumenten der Schmerzmessung unterschieden.

Die experimentelle Schmerzmessung bedient sich externaler, nozizeptiver Stimuli unterschiedlicher Art, um das Verhalten der Probanden auf definierte Reizapplikationen zu überprüfen.

Bei der klinischen Schmerzmessung wird von einer internalen, nozizeptiven Simulation ausgegangen und versucht Schmerz, Schmerzwahrnehmung und Schmerzerfahrung zu beschreiben (vgl. Scholz, 1999, 301f).

Generell sollte Schmerz auf drei Ebenen erfasst werden: Das offene Verhalten, das verdeckte Verhalten und biologische Begleitprozesse.

Neben den Datenebenen sind auch verschiedene Datenquellen zu differenzieren. Als Datenquelle wird in erster Linie der Patient selbst herangezogen (vgl. Scholz, 1999, 302). Es geht dabei um eine Selbstanamnese. Soziale Bezugspersonen sind ebenso wichtige Informationsquellen, wenn es um eine Fremdanamnese geht. Solche Bezugspersonen können z. B. die Lebenspartner der Betroffenen, Nachbarn aber auch Arbeitskollegen sein (vgl. Scholz, 1999, 302). Eine weitere Möglichkeit um relevanten Informationen zu gewinnen stellen instrumentelle Datenquellen dar. Dabei handelt es sich um Instrumente, welche über einen bestimmten Schmerzaspekt informieren. In der Schmerzdiagnostik sollten personelle Datenquellen bevorzugt werden „weil Schmerz als interaktionale Komponente diagnostisch wenigstens ebenso relevant ist wie seine Intensitätskomponente. Dies gilt besonders für chronischen Schmerzen.“ (Scholz, 1999, 303).

In den letzten Jahren sind viele Messmethoden zur Schmerzmessung entwickelt worden. In Folgendem wird nur auf diejenigen eingegangen, die im klinischen Alltag verwendet werden und praktische Relevanz für die Pflege haben.

Schmerzfragebögen und -tagebücher

Schmerztagebücher sind Schmerzberichte, welche von Patienten oder einem Beobachter geführt werden. Sie werden über „[...] einen definierten Berichtszeitraum hinweg mehrfach angefertigt“ (Scholz, 1999, 308).

Der Aufbau von Schmerztagebüchern ist sehr unterschiedlich. Sie beinhalten auf jeden Fall ein Instrument zur Erfassung der Schmerzintensität z. B. Visuelle Analog Skala oder Numerische Rating Skala. Abhängig von dem Bereich, in dem sie angewendet werden, beinhalten sie weitere Messinstrumente und/oder standardisierte Fragenkomplexe. Das Schmerztagebuch kann vor allem zur Beginn der Therapie ein gutes Hilfsmittel für den Patienten und dessen Familie sein (vgl. Pipam et al., 2009, 42). Die Betroffenen werden über die Handhabung des

Tagebuches aufgeklärt und führen es über einen bestimmten Zeitraum. Dadurch wird ein Einblick in die Schmerzproblematik gewonnen. Somit können im Verlauf die therapeutischen Effekte evaluiert werden (vgl. Pioch, 2005, 53; Pipam et al., 2009, 41). Um eine hohe Bereitschaft der Patienten das Tagebuch zu führen zu erreichen, muss der Nutzen des Verfahrens für die Patienten nachvollziehbar sein und der Beobachtungszeitraum sollte nicht mehr als zwei Wochen betragen (vgl. Pipam et al., 2009, 41f). Mit Hilfe von Schmerzfragebögen werden die individuellen Schmerzerfahrungen der Patienten erfasst. Schmerzfragebögen konzentrieren sich auf Schmerzverhalten, Bewältigungsverhalten und Schmerzeinstellungen (vgl. Scholz, 1999, 312). Diese Instrumente werden vor allem zu Beginn der Behandlung eingesetzt. So gewinnt man Einblick in die Krankengeschichte, den Schmerzzustand und die Konsequenzen des Schmerzes (vgl. Pipam et al., 2009, 41f). Das Festhalten solcher Informationen ist zur differenzierten Beurteilung chronischer Schmerzpatienten essentiell (vgl. Scholz, 1999, 312).

Instrumente zum Messen der Schmerzintensität

Die einfachste und am häufigsten durchgeführte Messung des Schmerzerlebens ist die der Schmerzintensität. Mit Hilfe der so genannten Singel-Item-Verfahren kann die subjektiv erlebte Schmerzintensität erfasst werden. Drei Instrumente stehen hier zur Verfügung: die Visuelle Analog Skala (VAS), die Numerische Rating Skala (NRS) und die Verbale Ratingskala (VRS) (vgl. Donner et al., 2001, 112; Pioch, 2005, 57; Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2004, 39).

Bei der VRS bekommen Betroffene Begriffe vorgelegt z.B. kein-mittel-stark-sehr stark. Er muss sich für den Begriff entscheiden, der seiner Schmerzstärke am ehesten entspricht. Die Skala kann bei Patienten mit fehlendem Verständnis für visuelle und numerische Skalen angewendet werden. Das Instrument eignet sich nicht für Patienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen, weil ein sprachliches Vorverständnis erforderlich ist (vgl. Donner et al., 2001, 113).

Die VAS ist 10 cm lang und wird in Form einer horizontalen Linie abgebildet. Die Skala beginnt links mit dem Wert bzw. der Bezeichnung „kein Schmerz“ und endet rechts mit „stärkster Schmerz“. Patientinnen werden nun aufgefordert, entsprechend seinem Schmerzempfinden, ein Kreuz zwischen die beiden Punkten zu setzen und den Wert abzulesen. Dieser Wert entspricht dann seiner subjektiv eingeschätzten

Schmerzintensität. Es gibt Varianten des Instrumentes, bei welchen ein Schieber so weit nach rechts gezogen wird wie die Patientinnen ihre Schmerzintensität einschätzen.

„Der Nachteil hier ist, dass die Linie bei der „einfachen“ Papierversion abgemessen werden muss, um ein numerisches Korrelat zu bekommen.“ (Donner et al., 2001, 114).

Bei der NRS wird dem Patienten eine Zahlenreihe vorgelegt, meistens zwischen 0 und 10. Der Wert 0 steht für „kein Schmerz“ und 10 für „maximal vorstellbarer Schmerz“. Der große Vorteil diese Skala ist, dass sie ohne Hilfsmittel einsetzbar ist. Sie kann gegebenenfalls auch bei einer telefonischen Kontrolle angewendet werden (vgl. ebd.).

Ratingskalen haben ein beinahe unbegrenztes Einsatzgebiet, weil sie leicht an jede Situation angepasst werden können. Sie werden sowohl bei der Erstanamnese, als auch zur Verlaufskontrolle genutzt (vgl. Pioch, 2005, 57). Der als Ergebnis erhaltene Wert kann aber nicht von einer auf eine andere Skala übertragen werden. Man muss sich zu Beginn für ein Instrument entscheiden und es dann während der gesamten Behandlung bzw. Therapie anwenden (vgl. Donner et al., 2001, 112).

Instrumente zum Messen der Schmerzempfindung

Bei Patienten mit chronischen Schmerzen sind neben Fragen zum Schmerzgeschehen, auch Fragen zur Schmerzempfindung wichtig. Daher sollte es bei Patienten mit chronischen Schmerzen eine umfassende Analyse der gesamten Schmerzverarbeitung vorgenommen werden. Bei dieser Analyse werden sensorische und affektive Komponenten berücksichtigt (vgl. Donner et al., 2001, 114). Dazu stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Das am häufigsten verwendete Instrument zur Messung der Schmerzempfindung ist der McGill Pain Questionnaire (MPQ).

„Der MPQ umfasst 20 Item-Klassen mit jeweils 2-6 Schmerz beschreibenden Adjektiven. Dimensionen wie affektiver, sensorischer und evaluativer Schmerz sollen erfasst werden.“ (Donner et al., 2001, 114).

Von den deutschsprachigen Instrumenten ist die Schmerzempfindungsskala (SES) von Geissner zu nennen.

Die SES beinhaltet 24 Items mit je vier Antwortmöglichkeiten. Sie differenziert sensorische und affektive Schmerzempfindungen und stellt ein Verfahren dar, das auch bei Patienten mit hoher psychosomatischer Beteiligung angewendet werden kann (vgl. Pioch, 2005, 107).

Eine weitere Skalierung ist die Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste (HSAL) diese setzt sich aus vier Faktoren zusammen. Die ermittelten Skalen liefern aber keine eindeutige Beschreibung des Schmerzgeschehen, da sie nicht „eindimensional sind“ (Donner et al., 2001, 115).

Diese Instrumente sind sehr komplex, kosten viel Zeit, sind schwierig auszufüllen und überfordern häufig die Patienten (vgl. Melzak, 1975 zit. Nach McCaffery, 1997, 37; Pipam, et al., 2009, 40), was als Nachteile dieser Instrumente betrachtet werden muss.

Instrumente zur Messung des mit Schmerz assoziierten Erlebens und der Verhaltensweisen

Dazu zählen Instrumente zur Messung krankheitsbezogener Behinderungen, Angst und Depression sowie Schmerzbewältigung und Schmerzverarbeitung.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Instrumente zum Messen der subjektiv erlebten Beeinträchtigung durch Schmerzen entwickelt. Das für Patienten mit chronischen Schmerzen am besten validierte ist der Pain Disability Index (PDI) (vgl. Donner, 2001, 115; Pioch, 2005, 100).

Mit Hilfe von PDI wird die subjektive Beeinträchtigung durch Schmerzen für sieben Bereiche der ATL's gemessen. Jeder dieser Bereiche bildet ein Item. Patienten können für jedes davon auf einer Skala von 0 bis 10 ihre subjektive Einschätzung angeben. Die subjektive schmerzbedingte Behinderung, die sich aus der Summe aller einzelnen Items ergibt, wird dann in einen subjektiven Behinderungsgrad übersetzt. Der PDI ist ein gutes Hilfsmittel zur Verlaufsbeobachtung und Verlaufskontrolle. Die Intervalle zwischen den Einschätzungen sollten mindestens zwei bis drei Monate betragen (vgl. Pioch, 2005, 99).

Psychische Probleme sind eng mit chronischem Schmerz verbunden. Diese können vorbestehend sein, während der Schmerzerkrankung aber auch danach auftreten. Sie beeinflussen den Verlauf der Schmerzerkrankungen erheblich. Angststörungen

und Depression sind am häufigsten vorkommende „Vorläufer-, Begleit-, und Folgesyndrome“ (Lautenbacher, 2007, 287). Auch hier stehen mehrere Instrumente zur Auswahl zur Verfügung. Als gut validierte Instrumente werden von einigen Autoren folgenden Skalen empfohlen: allgemeine Depressionsskala von Hautzinger und Bailer (1995), Depressionsskala HADS-D, Angstskala HADS-D, Befindlichkeitsskala von Zerssen (vgl. Donner et al., 2001, 116; Pioch, 2005, 69ff).

Jeder Mensch, der unter chronischen Schmerzen leidet versucht diese auf irgendeine Art und Weise zu beeinflussen. Dieses gezieltes Verhalten wird Schmerzcoping genannt und kann bewusst oder unbewusst erfolgen. Diese Verhaltensweisen sollten erkannt und offen gelegt werden, da sie „langfristig zur Aufrechterhaltung der Chronifizierung beitragen können“ (Donner et al., 20001, 117). Die Freiburger Fragebogen-Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen, der Fragebogen zur Erfassung von Coping- Reaktionen in Schmerzsituationen und die Skala „Krankheitsverhalten“ des Fragebogens zum Schmerzverhalten und Verstärkungsbedingungen bei Rückenschmerzen sind einige Beispiele für Verfahren zur Messung von Schmerzbewältigung (vgl. Lautenbacher, 2007, 275; Donner et al., 2001, 117).

„Sehr interessante Konzepte in diesem Kontext, [...], sind das Katastrophisieren und die Selbstwirksamkeitserwartung „ (Williams 2001 zit. nach Lautenbacher, 2007, 285).

Die nächste Gruppe von Messverfahren auf die eingegangen wird sind Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. „Die Erfassung der Lebensqualität spielt bei der Beurteilung einer Therapiemethode eine zentrale Rolle.“ (Donner et al., 2001, 117). Dabei werden Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Lebensqualität dokumentiert. Gleichzeitig werden aber auch positive und negative Auswirkungen der Therapie auf die Lebensqualität festgehalten. Da es keine allgemeingültige Definition für LQ gibt und sie keine „einzelne Komponente“ ist „ sondern sich mehrdimensional aus verschiedene Faktoren zusammensetzt“ existieren in der Praxis mehr als 1000 Instrumente zur Messen der Lebensqualität (Donner et al., 2001, 117).

Der Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36 und SF-12) ist der bekannteste davon. Er wurde für Forschungsziele entwickelt, wird aber immer öfters zur Individualdiagnostik z. B. Schmerzdokumentation verwendet (vgl. Pioch,

2005, 113). Die 36 Items dieser Fragebogen sind in acht Subskalen eingegliedert. Jede Subskala steht für einen „bestimmten Teilaspekt des Konstrukts Lebensqualität“ (Piöch, 2005, 114). Der SF-12 ist die verkürzte Form des SF-36 (vgl. Donner et al., 2001, 117; Piöch, 2005, 114).

Weiter existieren in der schmerztherapeutischen Praxis eine Reihe von krankheitsspezifische Instrumenten. Darunter der Kieler Kopfschmerzenfragebogen, die Checkliste oromandibulärer Dysfunktion, Screening für somatoforme Störungen, Funktionsfragebogen Hannover (Rheumatische Erkrankungen) und Quality of Live Questionnaire (Erfassung der Lebensqualität bei Patienten mit Tumorerkrankungen) (vgl. Piöch, 2005, 119ff; Donner et al., 2001, 121). Für spezielle Patientengruppen wie Kinder und geriatrische Patienten gibt es auch eine Reihe von unterschiedlichen Skalen zur Beurteilung von Schmerzen. Zur Auswahl geeigneter Instrumente zur Schmerzerfassung sei hier auf die entsprechende Literatur verwiesen (Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2004; Piöch, 2005; Zimmermann, 1994; Harkins SW, Prise, DD 1992, Lautenbacher, 2004).

Welches Instrument zur Schmerzmessung in der jeweiligen Situation gewählt wird, ist den handelnden Person überlassen. In die Überlegung sollen die diagnostische Fragestellung, der interessierende Schmerzaspekt, der zur Verfügung stehenden Zeit und die sprachlichen sowie kognitiven Kompetenzen des Patienten mit einfließen.

Die Testgüte muss bei der Auswahl des Instruments auch beachtet werden. Die Skala sollte zumindest auf ihre Validität, Reliabilität und Objektivität überprüft worden sein, um für die Beurteilung von Schmerzen in der Praxis herangezogen zu werden.

Keines der oben genannten Instrumente und Verfahren konnte Schmerz bis zum heutigen Tage zufriedenstellend erfassen. Das liegt daran, dass es schwierig ist, ein empirisches Relativ von Schmerz darzustellen (vgl. Piöch, 2005, 49). Trotzdem ist in der Praxis wichtig diese Instrumente zu kennen und zu benutzen. Da sie einerseits zur Erfassung der harten Daten verhelfen, andererseits bieten sie standardisierte Instrumente zur Verlaufskontrolle und liefern somit wichtige Informationen zur Effektivität der durchgeführten Therapie und zur notwendigen Therapieanpassungen.

Besonders bei chronischen Schmerzerkrankungen, wo der Weg zur Diagnose oft langwierig sein kann, ist die Erfassung und Dokumentation des Schmerzgeschehens auf verschiedenen Ebenen unumgänglich.

2.9. Schmerzerkrankungen

Unter Berücksichtigung der zeitlichen Dimension von Schmerz wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden. Die Gruppe der chronischen Schmerzen wird weiter in chronisch maligne Schmerzen und chronisch-nicht maligne Schmerzen differenziert.

Unter chronisch malignen Schmerzen werden tumorassoziierte Schmerzen verstanden. Das sind Schmerzzustände, die durch Raumforderungen im engeren Sinne durch Krebserkrankungen initiiert werden (vgl. Eggebrecht, Falckenberg, 2011, 492).

Es gibt sehr viele Typen chronischer nicht-maligner Schmerzen. In der Literatur werden folgende Krankheitsbilder unterschieden:

- Bauchschmerzen und gynäkologische Schmerzen
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- Migräne
- Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch
- Muskuloskelettale Schmerzen
- Neuropathische Schmerzsyndrome

Rezidivierende oder chronische Bauchschmerzen stellen ein Leitsymptom bei chronisch-entzündlichen oder funktionellen Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts dar. Zu den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zählen Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU). Die Prävalenzrate der CU wird mit 50-100 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und der MC mit 36 angegeben (vgl. Mönch et al., 2011, 454ff). Zu den funktionellen Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts zählt das irritable Darmsyndrom auch Reizdarmsyndrom genannt. Diese Erkrankung tritt ohne

morphologisches Korrelat auf (vgl. Mönch et al., 2011, 462) Das Reizdarmsyndrom zählt zu den am häufigsten diagnostizierten und behandelten funktionellen Erkrankungen in der Gastroenterologie mit einer Prävalenz von 10-20 Prozent (Camilleri, 2001 zit. nach Mönch et al., 2011, 462).

Bei chronisch gynäkologischen Schmerzen handelt es sich um Dauerschmerzen im Unterbauchbereich. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009) definiert Unterbauchschmerzen als „ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz der Frau mit einer Dauer von mindestens 6 Monaten. Er kann sich zyklisch, intermittierend-situativ oder nicht zyklisch chronisch ausprägen. Dieser Schmerz führt zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität. Bei einem Teil der Patienten können körperliche Veränderungen/Störungen als überwiegend ursächlich anzusehen sein. Bei anderen Patientinnen können emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen als entscheidende ursächliche Faktoren gelten“ (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2009 unter <http://www.dggg.de>). Diese Schmerzen können unterschiedlichen Ursachen zugrunde liegen. Die häufigsten gynäkologischen Ursachen sind Endometriose, Adnexitis, symptomatisches Myom, Dysmenorrhö und Pelvipathiesyndrom. Einige psychische Störungen wie anhaltende somatoforme Schmerzstörungen, Somatisierungstörung, posttraumatische Belastungsstörung und andere können mit chronischen Unterbauchschmerzen einhergehen. Es liegen wenige Daten zur Prävalenz chronischer Unterbauchschmerzen vor. Die meisten epidemiologischen Studien zum Thema ermitteln die Prävalenzen einzelner Symptomkomplexe wie Dysmenorrhö, Dyspareunie, gastrointestinaler Beschwerden oder urogenitaler Beschwerden (vgl. ebd.). Die einzige in Deutschland durchgeführte epidemiologische Untersuchung zu chronischen Unterbauchschmerzen stellte eine altersspezifische Häufigkeit fest. In der Altersgruppe der jüngeren Patientinnen wurde eine Prävalenz von 12 Prozent, bei Frauen unter 40 war diese 15 Prozent und bei Frauen über 60 Jahre 8 Prozent. In einer von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Studie wurde für Dysmenorrhö bedingte chronische Unterbauchschmerzen eine Prävalenz von 17-81 Prozent angegeben (Deutsches Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2009 unter www.dggg.de).

Kopfschmerzen vom Spannungstyp: Hier wird zwischen episodischem Kopfschmerz vom Spannungstyp und chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp unterschieden (vgl. IHS Classification unter www.ihs-classification.org).

Episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp sind „wiederkehrende Kopfschmerzen mit schwacher bis mittlerer Schmerzintensität, die Minuten bis Tage dauern können“ (Bischoff, Traue, 2011, 360).

Nach der aktuellen Definition der International Headache Society wird unter chronische Schmerzen vom Spannungstyp eine „Erkrankung, die sich aus einem episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp entwickelt und mit täglichen oder sehr häufigen Kopfschmerzepisoden mit einer Dauer von Minuten bis Tagen einhergeht.“ verstanden (IHS Classification unter www.ihs-classification.org). Dieser Schmerz weist leichtere bis mittlere Intensität auf. Körperliche Routineaktivitäten haben keinen Einfluss auf ihn. Er kann von Übelkeit begleitet sein (vgl. IHS Classification unter www.ihs-classification.org). Die Ätiologie chronischer Schmerzen vom Spannungstyp ist nicht vollständig bekannt. Arbeitsstress, Angst, zwischenmenschliche Belastungen, soziale Isolation und Depressivität sind Faktoren, die eine wesentliche Rolle bei der Entstehung dieser Schmerzen spielen (vgl. Bischoff, Traue, 2011, 368; Mayer, 2012, unter www.neuro24).

Die Migräne ist eine häufige, stark behindernde primäre Kopfschmerzerkrankung. Sie ist durch rezidivierende Schmerzattacken, die 4 bis 72 Stunden andauern können, gekennzeichnet. Die Schmerzen weisen mittlere bis starke Intensität auf (vgl. Fritsche, May, 2011, 383; Reuter, 2010 unter www.lexikon-orthopaedie.com). Es werden zwei Typen unterschieden Migräne mit Aura und Migräne ohne Aura (vgl. IHS Classification, unter www.ihs-classification.org).

„Die Migräne ohne Aura ist ein klinisches Syndrom, das durch ein typisches Kopfschmerzbild und typische Begleiterscheinungen charakterisiert ist. Die Migräne mit Aura ist vornehmlich durch fokale neurologische Symptome gekennzeichnet, die dem Kopfschmerzen meist vorangehen oder ihn begleiten.“ (IHS Classification, unter www.ihs-classification.org). Manche Patienten können die Migräneattacke vorhersagen. Der Grund dafür ist die so genannte Vorbotenphase, die dem Schmerz Stunden oder Tagen vorausgehen kann. Hyper- oder Hypoaktivität, Depression, Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel, wiederholtes Gähnen sind einige der

Symptome, die dieser Phase kennzeichnen (vgl. IHS Classification, unter www.ihs-classification.org). Die Ursachen der Migräne sind nicht vollständig aufgeklärt. Es gibt eine Reihe von Theorien, die die Entstehung der Migräne zu erklären versuchen. Auf die Beschreibung dieser wird in dieser Arbeit verzichtet.

Nach aktuellen Untersuchungen leiden 3-5 Prozent der Bevölkerung an täglichen chronischen Kopfschmerzen (vgl. Bischoff, Traue, 2011, 364). Etwa 12-14 Prozent aller Frauen und 6-8 Prozent aller Männer leiden unter Migräne (vgl. BMBF-Newsletter 2006; Radke und Neuhauser 2008, 364 zit. nach Bischoff, Traue, 2011, 364). Bei Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 14 Jahre liegt die Prävalenz bei 7,5 Prozent (Körner-Herwig, 2007 zit. nach Fritsche, May, 2011, 385). Die Häufigkeit von chronischen Spannungskopfschmerzen beträgt 2-3 Prozent (vgl. Reuter, 2010 unter www.lexikon-orthopaedie.com).

Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch ist ein Dauerkopfschmerz, der bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen diagnostiziert wird, die regelmäßig Schmerz- oder Migränemitteln einnehmen. Diese Art Schmerzen treten zusätzlich zu einer primären Kopfschmerzkrankung als Folge von Medikamentenmissbrauch auf (vgl. Fritsche, 2011, 403; Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 2008 unter <http://www.awmf.org>). Die Prävalenz dieses chronischen Schmerzsyndroms in der allgemeine Bevölkerung liegt bei 1-2 Prozent (vgl. Diener, Limmroth, 2004 zit. nach Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 2008 unter <http://www.awmf.org>).

Muskuloskelettale Schmerzen bilden eine große Gruppe von Krankheitsbildern, wozu unter anderem Rückenschmerzen, Fibromyalgia, rheumatoide Arthritis, Knie- Kiefer- sowie chronische ausgedehnte Schmerzen zählen. Die Prävalenzraten muskuloskelettaler Schmerzen variieren. Laut IASP (2009) ist die Prävalenz einiger muskuloskelettaler Schmerzen, wie Fibromyalgie, rheumatoider Arthritis und Epikondylitis relativ gering (2 Prozent und weniger), während sie für andere chronische Schmerzen hoch ist, zwischen 30 und 40 Prozent der allgemeinen Bevölkerung leidet unter Kreuzschmerzen (vgl. IASP, 2009 unter www.iasp-pain.org).

Rückenschmerzen stellen kein einheitliches Krankheitsbild, sondern ein Symptom dar. Die Ursachen für Rückenschmerzen können sehr unterschiedlich sein. Verschoebene Bandscheiben, eingeklemmte Nerven, einige infektiöse und rheumatische Erkrankungen wie z.B. Morbus Bechterew, Reiter-Syndrom aber auch

eine Reihe von gynäkologischen, urologischen und internistischen Erkrankungen können Rückenschmerzen hervorrufen (vgl. Pfingsten, Hildebrand, 2011 unter www.han.srv.meduniwien.ac.at). In 90 Prozent der Fälle werden aber unspezifische Rückenschmerzen diagnostiziert d.h. dass keiner oder nur ein für die Schmerzsymptomatik irrelevanter pathologischer körperlicher Befund vorliegt (vgl. Anderson, 1997 zit. nach Pfingsten, Hildebrandt, 2011 unter www.han.srv.meduniwien.ac.at). Laut größter Untersuchung zum Thema Schmerz in Europa » The Pain in Europe survey« ist der Rücken, die am häufigsten angegebene Schmerzlokalisation 24 Prozent der Befragten geben an, an unspezifischen Rückenschmerzen zu leiden. 18 Prozent leiden unter Lumbago oder Ischiassyndrom und 8 Prozent der Befragten leiden unter Rückenschmerzen im oberen Rückenbereich. Die aktuellen Prävalenzzahlen sind in fast alle Industrieländern vergleichbar und liegen zwischen 30 und 40 Prozent (vgl. Pfingsten, Hildebrand, 2011 www.han.srv.meduniwien.ac.at).

Fibromyalgie ist ein multisymptomatisches Syndrom, das durch chronische weitverbreitete Schmerzen als Hauptmerkmal definiert ist (vgl. Bennett 1981; Yunus et.al., 1981; Goldenberg, 1987 zit. nach Bennett, 2003, 59). Die Schmerzen treten in Form von Muskelschmerzen im oberen und unteren Extremitäten, der rechten und linken Körperhälfte, der Wirbelsäule und der vordere Thoraxwand auf (vgl. Thieme, Gracely, 2011, 478). Viele Patientinnen klagen über zusätzliche Symptome wie Müdigkeit, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Nervosität, Konzentrationsstörungen, Syndrome im Zusammenhang mit viszeraler Hyperalgesie wie Reizdarm und Blase (vgl. Bennett, 2003, 59; Thieme, Gracely, 2011, 479). Die Ätiologie und Pathogenese dieses Syndroms sind unklar (vgl. Thieme, Gracely, 2011, 478). Die Fibromyalgie verläuft in Schüben. Epidemiologische Studien schätzen die Prävalenz von Fibromyalgien mit 1,3-4,8 Prozent ein. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Der Frauenanteil liegt bei 80-90 Prozent (vgl. Lakomek et al., 2007, 23).

Neuropathische Schmerzen werden von IASP (2012) als Schmerzen, die durch eine Läsion oder Krankheit des somatosensorischen Nervensystems verursacht sind. Die Punktprävalenz der neuropathischen Schmerzsyndrome in der Allgemeinbevölkerung liegt bei bis zu 5 Prozent (vgl. Baron, 2006, A2720).

Die Symptome sind ungewöhnlich, bei unbekannter Ursache können sie auch beängstigend für den Betroffenen sein. Die Ursachen, die einen neuropathischen

Schmerz auslösen sind vielfältig. „Neuropathische Schmerzen können von einem eingeklemmten Nerv in der Wirbelsäule oder einem Karpaltunnelsyndrom ausgelöst werden. Aber auch nach einem Schlaganfall, bei Morbus Parkinson können Nervenschmerzen auftreten.“ (Likar zit. nach Fisch, 2009 unter www.aerztezeitung.at). Das Erscheinungsbild dieses Schmerzzustandes ist durch eine Mischung von Schmerzen mit anderen in der Regel unangenehmen und fast quälenden Missempfindungen wie z.B. Juckreiz, Muskelkrämpfe, Bewegungsunruhe im Sinne eines Restless-Legs-Syndroms »Ameisenlaufen«, »Schraubstock eingezwängt zu sein«, usw. gekennzeichnet (vgl. Frettlöh et al., 2011, 513).

Abhängig davon, welche Nervenstrukturen geschädigt sind unterscheidet man zwischen peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen (vgl. IASP, 2012 unter <http://www.iasp-pain.org>). Phantomschmerzen, Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Postosterische Neuralgie, Diabetische Polyneuropathie, Trigeminusneuralgie, Chemotherapie-induzierte Neuropathie, Ischämische Neuropathie, Stumpfschmerz und Multiple Sklerose sind einige Beispiele für Erkrankungen, die mit neuropathischen Schmerzen einhergehen (vgl. Fisch, 2009 unter www.aerztezeitung.at; Baron, 2006, A2721).

2.10. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege ist einer von vorläufig 5 Standards, die vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung gefördert werden. Bisher wurden zu den nachfolgend angeführten Themen Expertenstandards veröffentlicht:

- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege
- Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden in der Pflege

- Expertenstandard Ernährungsmanagement in der Pflege
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege (vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2012 unter www.wiso.hs-osnabrueck.de).

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege wurde von einer Expertenarbeitsgruppe, bestehend aus Fachleuten aus der Pflegepraxis und von Pflegewissenschaftlern, unter der Führung des Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege an der Hochschule Osnabrück erarbeitet.

Ziel war es „die Verbesserung der Situation aller Patienten mit akuten oder chronisch-tumorbedingten Schmerzen, schmerzbedingten Problemen oder zu erwartenden Schmerzen in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2004, 5).

Der Standard enthält international anerkannten Empfehlungen für ein effizientes und erfolgreiches Schmerzmanagement und beschreibt den pflegerischen Beitrag zu diesen. Er hat zum Ziel „die Schmerzwahrnehmung der Pflegekräfte zu verbessern und so die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Linderung deutlich zu verkürzen.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2004, 13). Der Pflegestandard ist an alle „Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe (Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn, AltenpflegerIn) berufsgruppenübergreifend als „Pflegekraft“ angesprochen. Angesprochen werden darüber hinaus auch diejenigen Fachkräfte im Pflegedienst, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen.“ gerichtet (ebd. 14). Er weist drei Ebenen auf:

- Schmerzeinschätzung und Dokumentation
- Schmerzbehandlung
- Patientenschulung

Weiters beinhaltet der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Kriterien zur Erfolgskontrolle.

Der Pflegestandard Schmerzmanagement in der Pflege ist an die Bedürfnisse aller Patienten mit akuten oder chronisch-tumorbedingten Schmerzen angepasst. Patienten mit chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen sollen mit diesem nicht

erreicht werden. Für diese Gruppe ist ein Expertenstandard, der bereits erarbeitet wird, vorgesehen.

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege wurde im Jahr 2011 aktualisiert. Der aktualisierte Expertenstandard heißt „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2012, unter www.wiso.hs-osnabrueck.de). Der wesentliche Unterschied zur ersten Ausgabe des Standards ist, dass er nur Patienten mit akuten Schmerzen berücksichtigt. Die Patientengruppe mit chronisch-tumorbedingten Schmerzen ist vom aktuellen Pflegestandard ausgeschlossen. Aus diesem Grund wird der Standard in der vorliegenden Arbeit nicht näher betrachtet.

3. Erleben

In der deutschen Sprache ist der Begriff „Erleben“ bzw. „Erlebnis“ erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu finden und bedeutet so viel wie „noch am Leben sein“ oder auch „etwas noch erleben dürfen“ (vgl. Schrems, 2008, 36).

In der englischen Sprache findet man keinen eigenen Begriff für „Erleben“. Er wird synonym zu Erfahrung und Erlebnis „experiences“ verwendet. Da die Literatur zum Krankheitserleben bzw. Schmerzerleben fast ausschließlich auf Englisch verfasst ist, ist für das Verständnis von Erleben die Klärung von Erlebnis und Erfahrung notwendig. In Folge wird versucht die Bedeutung der drei Begriffe zur erläutern.

3.1. Erleben, Erfahren, Erlebnis

Goller (2009) folgend kann man Erleben nicht genau definieren. Zwar ist es möglich Beispiele für bewusstes Erleben anzuführen, was aber keine Definition darstellt. Erleben beschreibt, nach ihm, alle inneren Prozesse und (mentale) Zustände, die nur der Selbstbeobachtung unmittelbar zugänglich sind. „Ein mentaler Zustand ist bewusst, wenn er eine bestimmte Erlebnisqualität besitzt. Demnach besitzt ein Lebewesen Bewusstsein, wenn es sich auf irgendeine Weise anfühlt dieses Lebewesen zu sein.“ (Goller, 2009, 27).

Die mentalen Zustände des Erlebens sind dadurch gekennzeichnet, „dass sie nicht einfach vorhanden sind, sondern dass es sich auf eine ganz bestimmte Weise anfühlt, in ihnen zu sein. Sie bestimmen für uns, wie es ist, ein Mensch zu sein. Das Erleben ist ausschlaggebend dafür, dass jeder Mensch sich als Subjekt seines Handelns erfährt. Damit ist die Erfahrung gemeint, dass ich als Subjekt meinen Körper gleichsam von innen kontrolliere, dass meine Bewegungen sich aus dem jeweiligen Muster meines Erlebens ergeben [...]“ (Bieri, 1992 zit. nach Goller, 1995, 18).

Erleben heißt also „nur denkend und fühlend oder mitdenkend und mitfühlend anwesend und dabei zu sein.“ (Junge et al., 2008, 16).

Wir alle haben in Laufe unseres Lebens Gefühle der Angst, Freude oder Liebe erfahren und jeder von uns weiß, wie es ist, solche Gefühle zu erleben. Dieses

erlebte „wie“ eines mentalen Zustandes nennt man in der Philosophie ein Quale. Es wird auch Erlebnisqualität oder die phänomenale Qualität des betreffenden mentalen Zustandes oder Ereignisses genannt (vgl. Gadenne, 2012 unter www.sprache-werner.info). Qualia stellen dar „wie es für ein Subjekt“ ist, in dem mentalen Zustand zu sein, wie sich der Zustand „an-fühlt“ (Gadenne, 2012 unter www.sprache-werner.info). Sie sind folglich an eine erste-Person-Perspektive gekoppelt und beziehen sich auf die psychische Welt eines Menschen, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Körpers (vgl. ebd.). Aber nicht alle mentalen Zustände besitzen zwingend eine Erlebnisqualität, sondern nur solche, die von der betreffende Person bewusst erlebt werden, d.h. dass es möglich ist an etwas zu glauben oder etwas zu wissen, ohne gerade daran zu denken. In solchen Fällen wird das Glauben oder Wissen nicht erlebt (vgl. Gadenne, 2012 unter www.sprache-werner.info). Folgende Beispiele stehen für Qualia:

- perzeptuelle Erfahrungen wie das Grün zu sehen, die Seeluft zu riechen oder das hören einer lauten Trompete usw.
- körperliche Empfindungen wie Hunger, Bauchschmerzen, Schwindel usw.
- Gefühlsreaktionen, Leidenschaften oder Emotionen wie Freude, Angst, Liebe, Trauer, Reue usw.
- Gefühlsstimmungen wie das Gefühl depressiv, ruhig, gelangweilt oder unglücklich zu sein (vgl. Tye, 2009 www.stanford.edu).

Die private Erlebniswelt eines jedes Menschen wird aus der Summe aller subjektiven Erlebnisqualitäten gebildet (vgl. Goller, 1995, 18).

Das menschliche Erleben ist durch seine Subjektivität, Perspektivität und Nichträumlichkeit gekennzeichnet.

Das Erleben ist subjektiv und privat und nur der erlebenden Person zugänglich. Wir haben keinen direkten Zugang zum Erleben unserer Mitmenschen und sind so auf bestimmte kommunikative Formate angewiesen (vgl. Schrems, 2008, 36).). Die Subjektivität unseres Erlebens bezieht sich darauf, dass es sich „auf eine bestimmte Weise anfühlt, Erlebniszustände zu haben. Freude fühlt sich anders an als Wut, Wut anders als Ekel, Verachtung wieder anders als Langweile. Für jeden von uns haben diese Zustände eine andere spezifische Erlebnisqualität.“ (Goller, 2009, 35).

Jeder von uns lebt in einer eigenen Erlebniswelt. Die Art und Weise, in der wir unsere Umwelt, Situationen und Ereignisse wahrnehmen, ist einzigartig. Was jeder von uns in einer bestimmten Situation fühlt und welche Bedeutung er dieser Situation zuschreibt, kann nur er sagen. Niemals kann einer von uns vollständig und gänzlich wissen wie ein Bienenstich oder ein Kuss vom anderen erfahren wurde. Die Welt der Erfahrungen ist für jedes Individuum in einem sehr bedeutungsvolleren Sinne eine private Welt (vgl. Rogers, 1976, 419 zit. nach Goller, 1995, 18).

Die Perspektivität des Erlebens bezieht sich auf die Art und Weise wie wir uns Zugang zum Erleben eines anderen beschaffen. Es gibt zwei Möglichkeiten: von innen, aus der Erlebnisperspektive oder der Ersten-Person-Perspektive oder von außen, aus der Beobachterperspektive oder Dritte-Person-Perspektive (vgl. Goller, 2009, 37).

Das dritte Merkmal unseres Erlebens ist die Nichträumlichkeit und bezieht sich auf die Tatsache, dass Erlebnisqualitäten keine zeitliche Struktur und keine Dimensionen aufweisen. Es ist völlig sinnlos sich zu fragen wie lang, wie breit, wie hoch und wie schwer ein Gefühl, ein Wunsch oder ein Bedürfnis ist. Erlebniszustände können ebenso keinen Raum annehmen (vgl. Goller, 2009, 40).

Betrachtet man Erleben als Verb, ergibt sich eine weitere Besonderheit unseres Erlebens, seine zeitliche Existenz. Es sind zwei Valenzen zu besetzen, damit es bedeutungsgemäß verwendet werden kann. Einerseits muss ein menschliches Wesen, das etwas erlebt, benannt sein, andererseits bezieht sich das Erleben auf ein „Etwas“, in der Regel auf etwas Zeitliches, ein Geschehen oder ein Ereignis.“ (Junge et al., 2008, 16).

Die Bedeutung von Erfahrung wird nach Turner (1985, 1995 zit. nach Szakolczai 2008) und Szakolczai (2008) aus zwei Wortstämmen »per« und »ker« abgeleitet. Der erste Wortstamm hat drei Bedeutungen: »die Erfahrung einer Passage«, »Voraus zu sein« und die Erfahrung »des Erlangens« oder »In die Welt-Bringing«. Fügt man diese zusammen, wird unter Erfahrung folgendes verstanden: Erfahrung ist eine prüfende, anstrengende und gefährliche Reise, die die Quelle von neuen Erkenntnissen ist, deren Höhepunkt ein Hindurch gehen ist (vgl. Szakolczai, 2008, 73). Der zweite Wortstamm weist ebenso drei Bedeutungen auf: die Erfahrung des »Sich Biegens«, »Kopf« bzw. »Gehirn« und des »Schneidens«. Es scheint

problematisch, die zentralen Vorstellungen von Erfahrung, die hinter diesen Bedeutungen stehen, zusammen zu bringen. Szokolczai (2008) löst dieses Problem mit Hilfe zweier Konzepte, der Komplexität und der Irreversibilität. „Eine Biegung ist immer ein Zeichen für Komplexität, zumal im Sinne einer Kurve, und die Erfahrung des Reisens als Passage ist, wie wir gesehen haben, für alle indoeuropäischen Sprachen eine sehr elementare. Kurven sind gefährlich, da wir nicht dahinter blicken können; oder weil wir sie nehmen müssen, egal ob wir rennen oder auf einem Pferd reiten. Eine ähnliche Komplexität wird durch das Bedürfnis hervorgerufen, einen Gegenstand in Stücke zu schneiden, da ein solcher Schnitt nicht mehr rückgängig gemacht werden kann: So wie der entscheidende Schnitt gemacht wurde, so bleibt es. Und die dritte Hauptbedeutung bestätigt vollends die Hypothese über die Komplexität, da Entscheidungen im Kopf beziehungsweise im Gehirn selbst, also im Zentrum, getroffen werden.“

Mit dem Aufstieg der modernen Welt verlor Erfahrung diese ursprüngliche Bedeutung.

Bis zum sechzehnten Jahrhundert bedeuteten Erfahrung und Experiment dasselbe. „Eine Erfahrung war ein Experiment im Sinne eines Verhaltens, mit dem man andere, und auch sich selber, testete.“ (vgl. Szokolczai, 2008, 65). Danach bedeutete Erfahrung im Wesentlichen die Wahrnehmung eines Gegenstandes (vgl. ebd., 71).

Heute findet man grundsätzlich vier Bedeutungen für das Wort Erfahrung:

- bei praktischer Arbeit oder durch wiederholen einer Sache gewonnene Kenntnis
- Erleben, Erlebnis, durch das jemand klüger wird
- (Philosophie) durch Anschauung, Wahrnehmung, Empfindung gewonnenes Wissen als Grundlage der Erkenntnis
- in »etwas in Erfahrung bringen« (Duden unter www.duden.de)

In Mayers großem Taschenlexikon (2001) wird Erfahrung definiert als „eine durch Praxis erworbene Fähigkeit sicherer Orientierung in Handlungs- und Sachzusammenhängen ohne Rekurs auf ein hiervon unabhängiges theoretisches Wissen. In der Philosophie als eine Form der Erkenntnis (Empirie) als äußere Erfahrung, die Wahrnehmung durch die Sinne, als innere Erfahrung und die

Erfassung von Bewusstseinsinhalten. Die experimentelle Erfahrung, gekennzeichnet durch planmäßige, wiederholte Beobachtung unter definierten Bedingungen, ist die Hauptmethode der Erfahrungs- Wissenschaft (empirische Wissenschaft). Für den Empirismus entspringt Erfahrung allein aus den Sinnesempfindungen und psychologischen Assoziations- bzw. Abstraktionsleistungen (D. Hume: Gewöhnung, Übung). Für Kant ist Erfahrung das Produkt aus Sinnes- und Verstandestätigkeit. Letztere beruht auf nicht empirischen, aprior. Formen.“ (zit. nach Schrems, 2008, 52).

Das Verb erfahren impliziert mehr als erleben. Erfahren setzt lernen voraus. Ein Mensch der Erfahrungen zu sammeln vermag und sich als erfahren zeigt, hat aus dem was er erlebt hat, etwas gelernt (vgl. Junge et. al, 2008, 16). Damit man Erfahrungen sammeln kann, braucht man Urteilskraft, Sensibilität und Auffassungsgabe. Es gibt positive und negative Erfahrungen. Macht man im Laufe seines Lebens nur negative Erfahrungen wird man nicht erfahren. Um Erfahrungen zu sammeln braucht man positive Erfahrungen. Nur so können Erfahrungen aufeinander aufbauen und gezielt gesucht werden. Der Begriff Erfahrung bezeichnet also nicht das „passive rezeptive Registrieren und Sammeln, sondern umfasst auch das eher aktive, produktive Erkunden und Erforschen von Wirklichkeit.“ (Junge et. al, 2008, 17).

Der Dritte Begriff, der hier kurz erläutert werden muss ist der des Erlebnisses. Allgemein wird unter Erlebnis ein „von jemanden als in einer bestimmten Weise beeindruckend erlebtes Geschehen“ (Duden, 2012, unter www.duden.de).

Schrems (2008) definiert Erlebnis, als „ein bedeutsam wahrgenommener Unterschied“ und sieht es als „Ergebnis eines Prozesses“, der Prozess des Erlebens.

Ein Erlebnis ist demnach „etwas was wir haben oder nicht haben können, was wir aber immer [...] zu haben glauben. [...] Erlebnisse sind nicht etwas, das irgendwo beliebig herumläge und wie irgendwelche beliebigen Dinge zu sammeln, nach seinen „Merkmale“ zu beschreiben und zu vergleichen wäre. Immer wo wir so etwas wie Erlebnisse finden können, werden wir verwiesen auf uns selbst. (Landgrebe, 2010, 19).

Erlebnisse sind etwas „was in irgendeiner Art zu unserem Lebenslauf gehört, was als eine wie immer zu charakterisierende Einheit vorzufinden ist oder irgendwie

gestaltend einwirkt.“ (Landgrebe, 2010, 19). Erlebnisse bezeichnen bestimmte abgrenzbare Momente unseres Lebens, durch die wir uns selbst bestimmt finden (vgl. ebd., 20). Alles was man im Laufe seines Leben selbst erlebt, empfunden, geschaut, gedacht, gewollt, getan, oder gelassen hat, stellt ein Erlebnis dar. Erlebnisse sind somit die Grundlage unserer Erfahrungen (vgl. Cramer 1972, 705 zit. nach Rehberg, 2008, 133).

Erfahrungen werden gesammelt, Erlebnisse dagegen nicht. Ein Mensch mit Erfahrungen in ein bestimmtes Bereich, dürfte in diesem Bereich unterschiedliches erlebt haben. Derjenige der vieles erlebt hat, muss hingegen nicht unbedingt ein erfahrener Mensch sein (vgl. Junge et al., 2008, 15). Erfahrung setzt folglich Erleben voraus.

3.2. Emotionen

Das menschliche Erleben ist sehr abwechslungsreich. Es beinhaltet Sinnesempfindungen, Körperempfindungen, Gefühle, Bedürfnisse, das Denken, Meinungen und Wissensinhalte. Das Erleben eines Individuums setzt sich aus seinen Emotionen und Kognitionen zusammen.

Emotionen stellen den Kern des menschlichen Erlebens dar. Ihre wesentliche Rolle besteht darin, unsere Bewusstseinsinhalte und somit auch unser Erleben mit Bedeutung zu versehen. Jede Emotion besitzt eine bestimmte Intensität und Wirkung. Unabhängig von ihre Größe wird jeder Bewusstseinsinhalt immer als ein Gefühl erlebt (vgl. Goller, 2009, 44f).

Obwohl viele von uns »Gefühl« und »Emotion« synonym verwenden, sind diese beiden Begriffe nicht gleich zusetzen.

Gefühl ist nach Schmidt - Atzert (1996) ein Teil oder eine Komponente der Emotion. Eine Emotion besteht demnach aus einem Gefühl, einer körperlichen Veränderung und einer von außen wahrnehmbaren Veränderung. Wenn man zum Beispiel angibt erregt zu sein, ist die Erregung das Gefühl, die zitternden Hände sind der Ausdruck, die diese Erregung sichtbar macht. Diese bilden dann zusammen die Emotion. Es ist also wichtig Gefühle von Emotionen zu unterscheiden.

Gefühle sind nach Ellis (1982, zit. nach Goller, 1995, 29) und Beck (1979, zit. nach Goller, 1995, 29) „die Folge der Bedeutungen, die wir Ereignissen zuschreiben. Menschen würden nicht so sehr durch die Dinge beunruhigt, sondern durch die Meinungen, die sie darüber haben.“

Es gibt viele Versuche Emotion zu definieren, eine allgemeingültige Definition gibt es jedoch nicht.

Nach Aristoteles sind Emotionen „etwas, das in den Menschen, eine Veränderung hervorruft, die Einfluss auf ihr Urteil hat. Sie sind Begleiter von Schmerz und Lust. [...] Nach Aristoteles besteht eine Emotion aus mehreren Komponenten: einer propositionalen Komponente (Tatsachen- und Werturteil), einer Empfindungskomponente, die zugleich einen Antrieb oder eine Handlungsdisposition darstellt (motivationale Komponente) und einer körperlichen Komponente. Primäre Ursache der Emotion ist die Annahme eines Sachverhaltes und die Bewertung desselben.“(zit. nach Goller, 1995, 59).

Kleinginna und Kleinginna (1981) untersuchten 92 Emotionsdefinitionen und haben daraus folgende Definition abgeleitet: „Emotion ist ein komplexes Interaktionsgefüge zwischen subjektiven und objektiven Faktoren, das von neuronal/hormonalen Systemen vermittelt wird. Dieses Interaktionsgefüge kann (a) affektive Erfahrungen, wie Gefühle der Erregung, der Lust und Unlust, bewirken; (b) kognitive Prozesse hervorrufen, wie emotional relevante Wahrnehmungseffekte, Bewertungen und Etikettierungsprozesse; (c) ausgedehnte physiologische Anpassungen an die erregungsauslösenden Bedingungen zur Folge haben und (d) zu Verhalten führen, das oft, aber nicht immer, expressiv, zielgerichtet und adaptiv ist.“² (Kleinginna, Kleinginna, 1981, 354). Diese beinhaltet zwar alle Aspekte Definition ist nach Goller aber zu allgemein.

² Emotion is a complex set of interactions among subjective and objective factors, mediated by neural/hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences such as feelings of arousal, pleasure/displeasure; (b) generate cognitive processes such as emotionally relevant perceptual effects, appraisals, labelling processes: (c) activate widespread physiological adjustments to the arousing conditions; and (d) lead to behaviour that is often, but not always, expressive, goal-directed, and adaptive”

Eine andere Emotionsdefinition wird von Schmidt–Atzert (1996) vorgeschlagen. „Eine Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.“ (Schmidt-Atzert, 1996, 21).

Emotion ist ein hypothetisches Konstrukt und bezeichnet einen subjektiv erlebbaren Zustand (vgl. Goller, 2009, 52; Schmidt-Atzert, 1996, 27). Emotionen sind keine Dauerzustände. Sie sind dadurch charakterisiert, dass sie einen Beginn und ein Ende haben. Ein weiteres Merkmal von Emotionen ist der Bezug zu einem Auslöser. Als Auslöser menschlicher Emotionen dienen Ereignisse (Reize). Demnach können Emotionen als Reaktionen betrachtet werden (vgl. Schmidt-Atzert, 1996, 31ff). Grundsätzlich wird zwischen positiven und negativen Ereignissen, sowie Ereignissen im Alltagserleben und Großen Ereignissen unterschieden. Ob auf ein Ereignis eine Reaktion folgt, hängt nicht von der Art des Ereignisses, sondern vom Organismus ab. Das ist auch der Grund, warum Menschen so unterschiedlich auf ein und dasselbe Ereignis reagieren (vgl. ebd.).

Da Emotion von Hartmann (1998) als Oberbegriff vorgeschlagen wird, der die Begriffe Gefühle, Stimmungen, Leidenschaften und Affekt zusammenfasst, werden zum besseren Verständnis auch diese erläutert.

Stimmungen sind temporäre Gefühlsdispositionen (vgl. Hartmann, 1998, 217). Missmut, Heiterkeit oder Traurigkeit sind Beispiele dafür. Sie zeigen, wie uns allgemein zu Mute ist (vgl. Goller, 2009, 55). Stimmungen sind nicht zeitlich begrenzt und können mehrere Stunden oder Tagen anhalten. Es besteht keine Verbindung zwischen Stimmungen und einem Auslöser (vgl. Schmidt-Atzert, 1996, 24). Sie sind nicht Objektgerichtet. Sich in einer Stimmung zu befinden heißt, momentan dazu zu neigen, gewisse stimmungsrelevanten Gefühle zu erfahren (vgl. Hartmann, 1998, 217). Ist man in lustiger Stimmung wird man dazu neigen eher Freude und nicht Angst zu erleben. Eine positive Stimmungslage wirkt auf negative Emotionen abschwächend.

Ein Affekt ist ein Gefühl, „welches kurzfristig, mit so hoher Intensität auftritt, dass dadurch die Fähigkeit zu besonnenem Handeln eingeschränkt wird.“ (Hartmann, 1998, 216).

Leidenschaften oder auch emotionale Reaktionsbereitschaft genannt, sind Gefühlsdispositionen, welche etwas Dauerhaftes darstellen. Leidenschaften beeinflussen unser gesamtes Denken und Handeln, so dass wir in gewissen Situationen, Tätigkeiten und sogar auf bestimmte Menschen gewohnheitsmäßig emotional reagieren (vgl. Goller, 2009, Hartmann, 1998, 218). Beispiele hierfür sind Liebe, Hass, Neid oder Eifersucht. Es gibt aber auch erworbene emotionale Reaktionsbereitschaften wie Abneigungen und Vorlieben, die in unterschiedlichen Ländern oder Religionen variieren, da sie kulturell bedingt sind (vgl. Goller, 2009, 54).

Die menschlichen Emotionen sind im Gegensatz zum menschlichen Körper oder Gedanken nur begrenzt kontrollierbar. Sie behalten immer ein gewisses Maß an Eigenständigkeit und Widerspenstigkeit (vgl. Kruse, 1985, 12f zit. nach Goller, 1995, 28). Sie stellen ein Art Schnellsystem zur Informationsverarbeitung dar. Im Rahmen dieses Systems haben sie erkennende, aktivierende und motivierende Funktion (vgl. Goller, 2009, 45).

Das menschliche Bewusstsein bzw. Erleben ist an unsere Emotionen gekoppelt. „Bewusstsein beginnt als Gefühl dessen, was geschieht, wenn wir sehen, hören, berühren, riechen und schmecken. Es ist das Gefühl, das jedes mentale Bild, sei es visuell, akustisch, taktil oder viszeral, begleitet“ (Damasio, 1999 zit. nach Goller, 2009, 70).

3.3. Kognitionen

Nach Gerrig und Zimbardo (2008) ist Kognition ein allgemeiner Begriff, welcher alle Formen des Wissens umfasst. Zur Kognition zählen einerseits Inhalte, andererseits Prozesse. Alles was man weiß z.B. Begriffe, Fakten, Aussagen, Regeln und Gedächtnisinhalte stellt die Inhalte der Kognition dar. Mit kognitiven Prozessen ist die Art und Weise gemeint, wie man diese Wissensinhalte manipuliert, so dass man sich in seiner Umwelt zurecht finden, Probleme lösen und Entscheidungen treffen kann. Unter Kognition wird jeder „Prozess verstanden, durch den wir als Menschen Kenntnis von Objekten und Eigenschaften erhalten und uns unserer Umwelt bewusst werden. Zu den Funktionen des Erkennens gehören Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Lernen, Speicherung im Gedächtnis, Sprachgebrauch, Problemlösen und Denken. Auch die Bewusstwerdung unserer selbst als Individuen ist ein

kognitiver Vorgang.“ (Ruoß, 1998, 44). Empraktisch lernen wir sprachliche Begriffe, Symbole, Schemata usw., die in Hinsicht auf ihre Relevanz in unserem Gedächtnis gespeichert werden und somit für kürzere oder längere Zeiten zur Verfügung stehen. Wir erlangen Schemata, die es uns ermöglichen, neues Wissen, über die Welt oder uns selbst, in unser bereits vorhandenes Wissen zu integrieren.

Kognitionen können als Informationsverarbeitungsprozesse verstanden werden. Es gibt zwei Formen kognitiver Prozesse, kontrollierte bzw. bewusste und automatische bzw. unbewusste. Bewusste Kognitionen erfordern Aufmerksamkeit, unbewusste dagegen nicht (vgl. Gerrig, Zimbardo, 2008, 280; Ruoß, 1998, 46).

Das erleben chronischer Schmerzen ist nach Ruoß (1998) eine kognitive Leistung. Es ist das Ergebnis eines komplexen Informationsverarbeitungsprozesses, an dem unser gesamtes Informationsverarbeitungssystem beteiligt ist.

In Bezug auf chronische Schmerzen sind Kognitionen die „konkreten Gedanken des Patienten zum Schmerz und zum Schmerzerleben, Überlegungen zu den möglichen Ursachen, der Beeinflussbarkeit und den Folgen für das tägliche Leben, die als Meinungen oder sogar Überzeugungen vom Patienten mitgeteilt werden [...]“ (Gier 1995 zit. nach Donner et al., 2001, 117).

Schon seit der Antike fragen sich Psychologen und Philosophen nach dem Verhältnis zwischen Kognition und Emotion bzw. Gefühl und Vernunft. Es existieren bereits viele Theorien, die dieses Verhältnis zu erklären versuchen. Beispiele hierfür sind die „Zwei-Faktoren-Theorie“ der Emotion von Stanley Schachter und Jerome Singer (1964), „Emotion and Adaption“ von Richard Lazarus (1991), der „Kognitive Stimulus Evaluation Check“ von Klaus Scherer (1993) usw. Allen gemein ist, dass sie von der Wahrnehmung eines Reizes ausgehen, der auf seine Relevanz (positiv, gefährlich, irrelevant) bewertet wird und auf den eine Emotion und eine Handlung folgt (vgl. Goller, 1995, 58ff). Es besteht keine Einigkeit, ob jeder Emotion eine Kognition vorausgeht bzw. diese determiniert. Auf diese kognitions-emotions- Debatte wird an diese Stelle nicht eingegangen, da diese den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

4. Professionelle Pflege zu Hause

Professionelle Pflege zu Hause im Sinne von Hauskrankenpflege definiert sich als...

„[...] die Urform der Pflege kranker Menschen – diese Feststellung wird gerne gewählt, wenn es um die Geschichte dieser Pflegeform geht.“ (Ertl et al., 2011, 11).

„Hauskrankenpflege ist eine klassisch österreichische Bezeichnung. In anderen deutschsprachigen Ländern spricht man u.a. von häuslicher Pflege, Gemeindepflege oder dem sozialmedizinischen Pflegedienst, von ambulanter oder extramuraler Pflege.“ (Ertl et al., 2011, 14).

So unterschiedlich wie die Personen und ihre Sichtweisen zum Thema sind, so vielfältig gestalten sich auch die Definitionen von Hauskrankenpflege. Aus dieser Vielfalt an Definitionsmöglichkeiten seien in Folge die relevantesten exemplarisch angeführt.

„Hauskrankenpflege ist die fachliche Pflege von Patienten in deren Wohnbereich durch Pflegepersonen. Sie umfasst die Pflege bei Erkrankungen aller Art und in jedem Lebensalter im präventiven und kurativen Sinn.“ (ebd., 15).

Die professionelle Pflege hat die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause zum Ziel. Die zur Erreichung des Zieles notwendigen Rahmenbedingungen sind ein ganzheitlich orientiertes Pflegekonzept auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung adäquater fachlicher Methoden und ein effizienter Ressourceneinsatz, sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen in die Pflege involvierten Personen- und Berufsgruppen (vgl. ebd., 17).

„Häusliche Pflege (ambulante Pflege): Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen in seinem häuslichen Umfeld. Sie umfasst Pflegehandlungen der Grundversorgung (Körperpflege, Krankenbeobachtung, Prophylaxe), durch den Arzt verordnete Behandlungsmaßnahmen bei spezifischen Erkrankungen und hauswirtschaftliche Versorgung.“ (Baumgartner et al., 2003, 39).

Obwohl alle oben angeführten Definitionen Hauskrankenpflege auf unterschiedliche Art und Weise definieren, haben sie auch eine Gemeinsamkeit. Hauskrankenpflege bedeutet die Pflege und Betreuung von Individuen zu Hause.

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1999) nennt folgenden Funktionen von Hauskrankenpflege: „Ermöglichung des Verbleibs der pflegebedürftigen Person zu Hause, Vermeidung bzw. Verzögerung der stationären Aufnahme in Krankenanstalten, Alten- oder Pflegeheime, Ermöglichung der frühen Entlassung aus der stationären Versorgung, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen bzw. anderer Betreuungspersonen, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Verhinderung von Isolierung und Vereinsamung. Zielgruppe sind alle älteren, hilfsbedürftigen und pflegebedürftigen Menschen, sekundär aber auch die zu Hause betreuten Personen, die bei ihrer Hilfs- und Pflegetätigkeit unterstützt werden sollen.“ (vgl. BMAGS, 1999, 40).

Demnach umfasst Hauskrankenpflege Erkrankungen aller Art und betreut Menschen aller Altersgruppen.

Im Bereich der Hauskrankenpflege werden viele Akteure tätig. In der Hauskrankenpflege können Angehörige, Nachbar, Freunde, Pflegende ect. Pflege leisten. Das geschieht aber nur im Fall, dass die Fähigkeit zur Selbstpflege eines Menschen eingeschränkt ist. Danach unterscheidet man drei Formen von Pflege: Selbstpflege, Laienpflege und Berufspflege bzw. professionelle Pflege.

Was	Wer pflegt	Wer wird gepflegt	Wann	Wie	Wozu
Selbstpflege	Jeder aufgrund seines erworbenen Allgemeinwissens	Eigene Person	Immer	Vom Zähneputzen bis zum Aufsuchen einer psychologischen Beratungsstelle	Erhalten einer gesunden, sinnvollen Existenz
Laienpflege	Jeder aufgrund seines erworbenen Allgemeinwissens, ggf. nach Beratung und Schulung	In erster Linie verwandte oder bekannte Personen, z.B. Kinder, Angehörigen, Nachbarn	Wenn die Selbstpflege nicht ausreicht	Kompensatorische Pflege Eher defizitorientiert Ungezielt (das, was gerade anfällt, wird getan)	Hilfestellung bei Pflegebedürftigkeit
Berufspflege	Ausgebildete Pflegekräfte mit Fachwissen und Fachkönnen, das weit über das Allgemeinwissen hinausgeht	Fremde Personen, die dafür bezahlen (entweder direkt oder indirekt über Krankenkassenbeiträge)	Wenn Selbst- und Laienpflege nicht ausreichen	Aktivierende Pflege Geplant, gezielt, kontrolliert unter Verwendung der Instrumenten der Qualitätssicherung Salutogenetisch orientiert („was hält den Menschen gesund?“) In Einrichtungen stationärer Pflege oder zu Hause	Hilfestellung bei Pflegebedürftigkeit Unterstützung bei der Selbstpflege Interventionen auch bei drohenden Gesundheitsproblemen /Gesundheitsberatung

Tabelle 2 Übergänge von Selbstpflege, Laienpflege bis zur Berufspflege (Quelle: vgl. Baumgartner et. al., 2003, 9).

Wie Tabelle 2 zeigt ist die Hauskrankenpflege eine Dienstleistung, die durch professionell tätige Personen erbracht wird. Diese speziell ausgebildeten und berufsmäßig tätigen Personen kommen zum Einsatz, wenn die erforderlichen Pflegeleistungen nicht mehr von Angehörigen oder Personen aus dem sozialen Umfeld erbracht werden können.

In Österreich ist die Hauskrankenpflege ein Teil der ambulanten Betreuungsdienste und inkludiert die Grundpflege pflegebedürftiger Personen (BGBl. 1993, 315/866 unter <http://www.ris.bka.gv.at>).

Der Gesetzgeber unterscheidet im Hinblick auf die Pflegeleistungen zwischen Grundpflege und Medizinischer Hauskrankenpflege.

Gemäß § 151 ASVG ist die Medizinische Hauskrankenpflege eine Leistung der Krankenversicherungsträger. Sie wird durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 12 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997) erbracht. Die Medizinische Hauskrankenpflege kann nur auf ärztliche Anordnung und für die maximale Dauer von vier Wochen in Anspruch genommen werden. Als Leistungen sind medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen genannt (vgl. ASVG unter <http://www.jusline.at>).

Unter Grundpflege wird allgemeine Pflege verstanden. Sie umfasst Pflegemaßnahmen zur Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse. Dazu zählen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, An- und Auskleiden und Mobilität (vgl. Pschyrembel, 2007, 329).

In der vorliegenden Arbeit wird unter professioneller Pflege zu Hause die fachliche Pflege von Patienten oder Klienten durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege verstanden, welche im Wohnbereich der pflegebedürftigen Person erfolgt.

4.1. Betreuungsmöglichkeiten bei KlientInnen zu Hause

Wie im Punkt 4. angeführt ist die Hauskrankenpflege ein Teil der ambulanten Betreuungsdienste, die wiederum ein Teil der extramuralen Dienste ist. Im extramuralen Bereich werden neben den ambulanten Betreuungsdiensten auch verschiedene sozial Dienstleistungen angeboten. Im Folgenden werden die Angebote der extramuralen Dienste aufgelistet.

Ambulante Dienste sind „Pflege und Betreuungsangebote, die es Kunden ermöglichen, im eigenen Wohnbereich ihre Selbsthilfepotenziale zu fördern, zu ergänzen und zu ersetzen“ (Ertl et al., 2011, 32)

Hauskrankenpflege oder Mobile Hauskrankenpflege bei diesem Angebot wird zwischen Medizinischer Hauskrankenpflege und langfristiger Hauskrankenpflege unterschieden. Die Medizinische Hauskrankenpflege ersetzt oder verkürzt den

Krankenhausaufenthalt und kann für eine begrenzte Zeit von vier Wochen in Anspruch genommen werden, eine Verlängerung ist nach einer chef- oder kontrollärztliche Untersuchung möglich (vgl. ASVG unter www.jusline.at.) Sie muss vom Arzt oder von der Ärztin angeordnet werden. Die Kosten für diese Art Pflege werden von den Krankenversicherungsträgern übernommen.

Hauskrankenpflege kann dagegen langfristig in Anspruch genommen werden. Sie wird von den Sozialversicherungsträgern gefördert. Der von den Klienten bzw. Patienten zu zahlenden Beitrag ist einkommensabhängig (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at).

Für Kindern beschreiben Ertl et al. (2011) zwei Möglichkeiten an Pflege- bzw. Betreuungsmöglichkeiten.

Kinderkrankenpflege bzw. Mobile Kinderkrankenpflege - ist an Kinder, Jugendliche und Eltern gerichtet, die professionelle pflegerische Unterstützung brauchen. Das Angebot umfasst Information, Beratung, Anleitung oder aktive Unterstützung bei der Durchführung von präventiven oder kurativen Pflegemaßnahmen.

Kinderpflege daheim - ist die Betreuung von rekonvaleszenten Kindern in ihrem Wohnbereich und hat zum Ziel berufstätige Eltern und Alleinerziehern, die ihren Pflegeurlaub bereits verbraucht haben, zu entlasten (vgl. Ertl et al., 2011, 34).

Der Fonds Soziales Wien beschreibt dazu:

Kinderhauskrankenpflege - ist die Betreuung schwer kranker Kinder oder behinderter Kinder in ihrem Wohnbereich. Diese Betreuungsart muss vom praktischen Arzt verordnet werden und kann für maximal 28 Tage in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung durch den Arzt ist jedoch möglich. Die ersten 28 Tage der Betreuung werden in bestimmten Fällen von der Sozialversicherung übernommen. Für die restliche Dauer ist ein Kostenbeitrag zu leisten, der vom Einkommen der Eltern, der Höhe des Pflegegeldes und der Anzahl der benötigten Stunden abhängig ist.

Heimhilfe - ist eine Dienstleistung, die die Klienten bei ihrer Lebensführung unterstützt. „Sie soll gewährleisten dass Personen, deren Fähigkeiten zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen beeinträchtigt sind, so lange wie möglich in ihrem Wohnbereich bleiben“ können (Ertl et al., 2011, 35). Besondere Bedeutung

wird der Heimhilfe bei der Betreuung älterer Menschen mit langer oder chronischer Krankheit, sowie bei der Entlastung der Angehörigen zugeschrieben. Die Betreuung erfolgt an ein oder mehreren Tagen in der Woche, zwischen 9 und 20 Uhr (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen unter www.dachverband.at). Diese Betreuungsart wird auch von den Sozialversicherungsträgern gefördert.

24-Stunden Betreuung - ist eine Dienstleistung, mit einem Aufgabenfeld das dem der Heimhilfe nahezu gleicht und somit die gleichen Ziele verfolgt. Die Betreuung erfolgt über 24 Stunden. Seit 1. Juli 2007 wird die 24-Stunden Betreuung für pflegebedürftige Menschen vom Bundessozialamt gefördert (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at).

Besuch und Begleitdienst - ist eine soziale Dienstleistung, die die Förderung der sozialen Integration von Menschen, die in ihrem Kontakt zur der Außenwelt und somit zu anderen Menschen eingeschränkt sind, zum Ziel hat. Sie unterstützen die Klienten in ihrer persönlichen Sicherheit und Eigenständigkeit. Der Kostenbeitrag für diese Leistungen variiert je nach Einkommen, der Höhe des Pflegegeldes und der benötigten Stundenanzahl (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at).

Mobile Palliativbetreuung - ist eine Dienstleistung zur Betreuung von Patienten mit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung und von deren Angehörigen. Das übergeordnete Ziel dieser Pflegeform ist die Aufrechterhaltung der gewohnten Lebensqualität. Die Kosten werden von der Sozialversicherung getragen (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at; Tiroler Hospiz Gemeinschaft unter www.hospiz-tirol.at)

Essen auf Räder ist eine Dienstleistung, die Unterstützung beim Einkaufen und Kochen für Menschen bietet, für die die Durchführung dieser Tätigkeiten unmöglich oder beschwerlich ist (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen unter www.dachverband.at).

Angehörigenarbeit - ist die Betreuung und Pflege im eigenen Wohnbereich, welche durch Angehörige und andere Bezugspersonen geleistet wird (vgl. Ertl et al., 2011, 32).

Nachbarschaftshilfe - ist die Hilfe von Menschen für Menschen in Ausnahmesituationen (vgl. Ertl et al., 2011, 34).

Laienpflege - darunter ist die „Erbringung von Pflegetätigkeiten durch Personen, die nicht die dafür notwendige, gesetzlich vorgeschriebene, berufliche Ausbildung haben.“ zu verstehen (vgl. Ertl et al., 2011, 34).

Reparaturdienste - bieten Hilfe bei kleinen Reparaturen im Haushalt für Menschen, die nicht in der Lage sind, diese selbst zu durchführen (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at).

Wäschepflegedienste - sorgen dafür, dass die Wäsche der Kunden in regelmäßigen Abständen abgeholt, gewaschen, gebügelt und wieder zugestellt wird. Es ist eine Dienstleistung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen z.B. ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen (vgl. Fonds Soziales Wien unter www.sozialinfo.wien.gv.at).

Die oben angeführte Liste hat kein Anspruch auf Vollständigkeit. Ziel war es zu zeigen, dass der Kunde bzw. der Patient im extramuralen Bereich aus einer breiten Palette von Dienstleistungen auswählen kann und dass auch anderen Berufsgruppen in dieser tätig sind.

Die Angehörigen dieser Berufsgruppen, gemeint sind soziale Dienstleistungserbringer, verbringen wesentlich mehr Zeit mit den Kunden bzw. pflegebedürftigen Menschen als die professionellen Pflegekräfte. Sie haben mehr Kommunikations-, Beobachtungs-, und Wahrnehmungsmöglichkeiten und erhalten in der Regel mehr Informationen. Aus diesem Grund sind diese Berufsgruppen als wichtige Informationsquellen zu betrachten (vgl. Ertl et al., 2011, 31).

Hauskrankenpflege wird in Österreich von Non-Profit-Organisationen wie Caritas, Rotem Kreuz, Österreichischem Hilfswerk etc., sowie von kleinen gemeinnützigen Organisationen und gewinnorientierten Unternehmen angeboten. Die Struktur solcher Organisationen und Unternehmen ist in den verschiedenen Bundesländern nicht gleich, da diese auf Basis ihrer Vorstellungen und Bedürfnisse unterschiedliche Modelle entwickelt haben (vgl. Ertl et al., 2011, 46).

5. Methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nach dem Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen nachgegangen und dafür die Perspektive der Patienten eingenommen.

Die Forschungsfragen dazu lauten:

- Wie erleben Menschen ihre chronischen Schmerzen und wie bewältigen sie diese?
- Welche Probleme ergeben sich für die Betroffenen im Umgang damit und mit welchen pflegerischen Konzepten kann darauf angemessen reagiert werden?

Um diese Fragen adäquat und wissenschaftlich fundiert beantworten zu können werden zunächst die Details über den Zweck, den Forschungsansatz und die in dieser wissenschaftlichen Arbeit verwendete Methode erläutert.

Wie bereits erwähnt besteht das Ziel dieser Arbeit darin das Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen zu untersuchen. Die Bedeutung von chronischen Schmerzen, die Auswirkungen auf das Alltagsleben und die Strategien, die die Betroffenen nutzen um ihre Schmerzen bzw. ihr Leben zu managen waren von besonderem Interesse. Das Schmerzerleben soll aus der Perspektive der betroffenen Menschen beleuchtet werden.

Phänomene des menschlichen Erlebens können nach Bartholomeyczik et al. (2008) mit Hilfe des qualitativen Forschungsansatzes „möglichst ganzheitlich und von innen heraus (subjektiv) erfahren und verstanden“ werden.

Mayer (2007) hingegen nennt als Ziel qualitativer Forschung, ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu erkunden, herauszufinden welche Bedeutung es für die Betroffenen hat und sich dabei am Alltagsgeschehen zu orientieren.

Die Untersuchungsgegenstände werden „in ihrem natürlichen Settings untersucht, um Phänomene zu verstehen oder zu interpretieren, und zwar aufgrund der Bedeutung, die die Menschen ihnen verleihen.“ (Denzin, Lincoln, 2000 zit. nach LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 218). Solche Settings sind die Orte an denen die

untersuchten Personen leben z.B. zu Hause, in Gemeinden etc. (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2005, 218).

Diesen Überlegungen folgend wird daher seitens der Autorin ein qualitatives Vorgehen für die Arbeit, in Form einer qualitativen Meta-Synthese, gewählt.

Meta-Synthesen sind nach Ligth und Pillemer (1984) "science of summing up" und stellen einen der Bausteine evidenz-basierter Praxis dar (zit. nach Booth, 2001 unter www.leeds.ac.uk). Meta-Synthese ist ein allgemeiner Begriff und steht für das Zusammenbringen des gesamt bestehenden Wissens zu einem bestimmten Thema. Ziel ist es dieses Wissen zu beschreiben, zu analysieren und Rückschlüsse auf die Forschungsergebnisse zu machen (vgl. Ring et al., 2011, 3 www.healthcareimprovementscotland.org). Eine Meta-Synthese kann quantitativer Natur, in Form einer integrativen Review, oder qualitativer Natur, in Form einer interpretativen Review, sein (vgl. Noblit, Hare, 1988, 15).

Meta-Synthesen oder systematische Übersichtsarbeiten dienen dem Zusammenfügung von Ergebnissen unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien. „Sie informieren die Praxis über ein spezifisches klinisches Problem und stehen im Fokus evidenz-basierter Initiativen wie beispielweise der Cochrane Collaboration.“ (Whittermore, 2005 zit. nach Hasseler, 2007, 298). Systematische Übersichtsarbeiten bieten Praktiker im Gesundheitswesen eine wissenschaftlich fundierte und mit geringem Zeitaufwand zugängliche Informationsgrundlage und leisten somit einen wesentlichen Beitrag zu Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Mit ihrer Hilfe wird der in der Medizin und Pflege durch evidenz-basierte Medizin/Praxis geforderte Rückgriff auf die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse gewährleistet (vgl. Antes et al., 1999 unter www.aerzteblatt.de).

Über sehr lange Zeit herrschte in wissenschaftlichen Kreisen die Meinung, dass nur quantitative Übersichtsarbeiten, durch ihre systematische Vorgangsweise, die Kriterien für eine »gute« Übersichtsarbeit erfüllen. Dies hat sich in den letzten Jahre stark verändert. Der Beitrag qualitativer Übersichtsarbeiten für evidenz-basierte Medizin/Praxis wurde von Cochrane Collaboration und somit von der wissenschaftlichen Gesellschaft anerkannt (vgl. Booth, 2001 unter www.leeds.ac.uk; Ring, et al., 2011, 5 www.healthcareimprovementscotland.org).

In der Regel untersuchen quantitative systematische Übersichtsarbeiten die Auswirkungen von Interventionen zu Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Sie beurteilen die Genauigkeit eines diagnostischen Tests für einen gegebenen Zustand in einer bestimmten Patientengruppe und Setting (vgl. Cochrane Collaboration, 2012 unter www.cochrane.org). Quantitative Synthesen konzentrieren sich auf die Schätzung eines Effekts und reduzieren Unsicherheiten (Quantitative synthesis seeks to focus on an estimate of an effect and reduce uncertainty in that estimate) (vgl. Cochrane Collaboration, 2012 unter www.cochrane.org).

Die interpretative Synthese besteht aus Induktion und Interpretation. Sie will nicht vorhersagen sondern »to anticipate« was in vergleichbaren Situationen beteiligt sein kann und wie Dinge in Verbindung stehen und interagieren (vgl. Joanna Briggs Institute, 2008, 29 unter www.joannabriggs.edu.au).

Nach Scherwood (1999) ist das Ziel einer qualitativen Übersichtsarbeit „to produce a new and integrative interpretation of findings that is more substantive than those resulting from individual investigations.“ (zit. nach Fingeld, 2003, 894).

Die Synthese qualitativer Forschungsevidenz kann dazu beitragen das Verständnis über ein bestimmtes Phänomen oder das Wissen über die Erfahrungen von Patienten hinsichtlich einer Krankheit oder Intervention zu erweitern (vgl. Ring et al., 2011, 4 unter www.healthcareimprovementscotland.org).

Laut des Leitfadens zur Synthese qualitative Studien der Quality Improvement Scotland (2011) kann die Synthese qualitative Forschungsevidenz:

- beitragen, dass Entscheidungsträger die beste Evidenz Basis zu Verfügung haben
- helfen bestehende »health technology assessments« (HTAS) zu beurteilen
- zu beurteilen, ob in einen Bereich die Notwendigkeit für primäre Forschung besteht
- verwendet werden um neue Einblicke in relevante Patienten und/oder organisatorische Aspekte zu gewinnen
- verwendet werden, um Verallgemeinerungen zu machen.

„Das Potential systematischer Übersichtsarbeiten in der qualitativen Forschung liegt darin, dass qualitative Studien kritisch eingeschätzt und ihre Ergebnisse kombiniert bzw. zusammengeführt werden. Durch diese Vorgehensweise kann eine größere Generalisierbarkeit und ein höherer Abstraktionsgrad der Ergebnisse einzelner Studien, sowie die Anwendung von Studienergebnissen mit kleinen Samples hergestellt werden.“ (vgl. Eastabrooks, 1994; Lloyd, 2004; Whittermore, 2005 zit. nach Hasseler, 2007, 298).

5.1. Literaturrecherche

Bei der Erstellung einer qualitativen Übersichtsarbeit ähnlich einer quantitativen Review sind einige Entscheidungen hinsichtlich Suchstrategie sowie Einschluss- und Ausschlusskriterien zu treffen.

Einige Forscher nutzen quantitative Herangehensweisen zur systematischen Identifizierung und Bewertung von qualitativer Evidenz (vgl. Ring et al., 2011, 9). In wissenschaftlichen Kreisen wird aber darüber debattiert, ob diese Methoden dem Paradigma der qualitativen Forschung gerecht werden können (vgl. Ring et al., 2011, 9; Hasseler, 2007, 298).

Einer der wesentlichen Merkmale von quantitativen systematischen Übersichtsarbeiten ist das Festlegen von Einschluss- und Ausschlusskriterien, anhand derer die Studien, die in die Übersichtsarbeit einbezogen werden, ausgewählt werden. In systematischen qualitativen Übersichtsarbeiten sind die Einschlusskriterien gut definiert und explizit angegeben. Oft werden sie mit Hilfe der Population, Intervention, Vergleich, Ergebnis Modell (PICO) entwickelt (vgl. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, 2011 unter www.handbook.cochrane.org; CRD, 2008, 6ff unter www.york.ac.uk). Dieses Modell wurde für die Entwicklung von Auswahlkriterien im Rahmen von qualitativen Übersichtsarbeiten angepasst und modifiziert. Das angepasste Modell inkludiert die Kriterien Population (P), das Phänomen das von Interesse für die Arbeit ist (P), den Kontext (C) und Ergebnisse (O)(vgl. Joanna Briggs Institute, 2008, 31).

Laut dem Leitfaden zur Synthese qualitativer Studien der Quality Improvement Scotland (2011) sollten bei der Festlegung von Einschluss- und Ausschlusskriterien folgenden Punkten beachtet werden:

- Population und Kontext
- das Thema das recherchiert wird
- das zugrunde liegende Phänomen
- der Fokus die primären Studien

Darüber hinaus sollte sich der Begutachter entscheiden, ob nur Studien für die Review herangezogen werden, welche traditionelle Methoden zur Datenerhebung anwenden.

Die Literaturrecherche ist nach Kleibel und Mayer (2005) ein Prozess, der grob in drei Phasen eingeteilt werden kann. Die erste Phase beinhaltet die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes. In der zweiten Phase wird die Recherche durchgeführt. In der Letzten erfolgt die Bewertung, Lektüre und Kritik des gefundenen Wissens.

Die Suche nach qualitativen Forschungsarbeiten ist weitgehend komplexer und schwieriger als die Suche nach quantitativen Studien. Die etablierten Methoden zur Recherche quantitativer Studien können nicht bei der Recherche qualitativer Studien angewendet werden, wofür es einige Gründe gibt. Einerseits wurde »qualitative research« als MeSH – Term in Medline erst 2003 eingeführt, wobei die in den verschiedenen Datenbanken definierten Suchbegriffe bzw. Schlagwörter nicht einheitlich sind z.B. CINAHL Term »qualitative studies« und andererseits expliziert der Titel der qualitativen Studie oft nicht den Fokus und die Ziele der Untersuchung. Dies kann dazu führen, dass relevante Untersuchungen übersehen werden (vgl. Ring et al., 2011, 10). Die Forscher müssen sich während der Suche dieser Problematik bewusst sein und mit entsprechenden Strategien entgegen wirken. Ziel der Recherche ist es „to find both published and unpublished studies.“ (Joanna Briggs Institute, 2008, 32 unter www.joannabriggs.edu.au). Die Suche nach relevanten empirischen Arbeiten, die in die qualitative Übersichtsarbeit miteinbezogen werden, erfolgt bis zur Datensättigung. Dabei wird versucht möglichst unterschiedliche Perspektiven bzw. Ergebnisse zu untersuchen und einzubeziehen (vgl. Dixon-Woods et al., 2005, 52).

Nachdem die für die Synthese relevanten Studien identifiziert sind, müssen sie in ihrer Qualität beurteilt werden.

Die Qualitätsbeurteilung der Studien ist ein Thema, das für Debatten sorgt. Sollen die Studien in ihre Qualität überprüft werden und wenn ja nach welche Kriterien werden sie beurteilt? Es gibt keinen Konsens darüber, welche Kriterien eine qualitative Forschungsarbeit erfüllen muss um als qualitativ hochwertig zu gelten und ob überhaupt solche Kriterien vorgegeben werden sollen.

Noblit und Hare (1988) vertreten die Meinung, dass die Forschungsarbeiten hinsichtlich ihres Beitrags zu der Synthese beurteilt werden sollen und eine Qualitätsbeurteilung nicht notwendig sei, da Studien mit schlechter Qualität keinen Einfluss auf die Synthese haben. In diesem Sinne argumentieren auch Sandelowski et al. (1997) und Edwards, Elwyn, Hood und Rollnick (2000) (vgl. Bondas, Hall, 2007, 117).

Im Gegensatz dazu wird in anderen Arbeiten argumentiert, dass Studien mit schlechter Qualität die Synthese verzerren können und zu Schwierigkeiten bei der Interpretation führen (vgl. Popay et al., 2006, 10; Campbell et al., 2003, 672; Dixon-Woods et al., 2004, 223).

Für die Beurteilung der Qualität qualitative Studien gibt es zurzeit über 100 hochwertige Einschätzungswerkzeuge (Dixon-Woods et al., 2004, 223). Das »Centre for Reviews and Dissemination« (CRD) nennt sechs Instrumente, die für die Qualitätsbeurteilung herangezogen werden können (vgl. CRD, 2009, 226). Die Cochrane Qualitative Collaboration Methods Groups (2012) dagegen beschränkt sich auf eines.

Die Frage nach der Anzahl der Studien, die in eine qualitative Übersichtsarbeit einbezogen werden sollen sorgt ebenfalls für Debatten. Nach Noblit und Hare (1988) sollte die Synthese mit einer kleinen Anzahl von Studien durchgeführt werden (2-6). Britten et al. (2002) synthetisierten vier Studien und Campbell et al. (2003; 2011) zehn bzw. siebenunddreißig. Nach Bondas und Hall (2007) und Finfgeld (2003) kann ein größeres Sample die Analyse behindern. Es wird ein Balance zwischen zuviel und zuwenig gefordert. In der Praxis werden in der Regel zwischen elf und dreizehn Studien synthetisiert (vgl. Ring et al., 2011, 10).

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Leitlinie zur Synthese qualitativer Studien, der Quality Improvement Scotland (2011) und des Reviewer's Manual des

Joanna Briggs Institutes wurden für die vorliegende Arbeit folgende Einschlusskriterien festgelegt:

1. Population: Erwachsene ab dem 20 Lebensjahr
2. Kontext: Studien, die ihren Fokus auf das Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen im extramuralen Bereich bzw. zu Hause haben
3. Phänomen: das Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen unabhängig von der Art der chronische Schmerzerkrankungen
4. Studien Typ: qualitative, interpretative Studien ohne Einschränkung hinsichtlich des methodischen Vorgehens
5. Studien, die die Perspektive der Betroffene untersuchen
6. Studienpublikationssprachen: Deutsch, Englisch, Bulgarisch und Russisch

Chronischer Schmerz im Erwachsenenalter stellt seit langem einen Forschungsschwerpunkt dar. Bis vor kurzem bekam das Phänomen »Schmerz bei Kindern« erstaunlich wenig Aufmerksamkeit und das Vorkommen chronischer oder wiederkehrender Schmerzen bei Kindern wurde kaum untersucht. (vgl. Kröner-Hervig, Zernikow, 2011, 186). Körner-Herwig et al. (2010) weist auch darauf hin, dass schwer beeinträchtigende Schmerzen bei Kinder kaum vorkommen (zit. nach Körner-Herwig, Zernikow, 2011, 188). Das Schmerzkonzept des Kindes verändert sich je nach psychosozialer Entwicklungsphase, wodurch sich auch die Schmerzwahrnehmung bzw. das Schmerzerleben ändert (vgl. ebd., 187). Das Erleben von chronischen Schmerzen bei Kindern stellt ein eigenständiges Thema dar und bedarf zur Betrachtung einer gesonderten Untersuchung bzw. einer eigenständigen empirischen Studien. Aus diesen Gründen wurden Kinder und Jugendliche bis zum 20 Lebensjahr aus der Untersuchungspopulation ausgeschlossen. Die Untersuchungspopulation wird aus Frauen und Männer im Erwachsenenalter³ gebildet.

³ Darunter ist das Frühes Erwachsenenalter, Mittleres Erwachsenenalter und Spätes Erwachsenenalter gemeint, mit etwa 20 Jahren befindet man sich in der Phase des frühen Erwachsenenalters (vgl. Gerrig, Zimbardo, 2008, 362)

Die vorliegende Arbeit wird ausschließlich interpretative Studien in Betracht ziehen, die sich mit dem Erleben von Menschen im Erwachsenenalter, die an chronischen Schmerzen leiden, beschäftigen. Die Autorin beschränkt sich nicht auf traditionelle Untersuchungsmethoden wie Grounded Theory, Phänomenologie, Ethnographie oder Fallstudie. Für den Fall, dass primäre Studien fehlen wird auf Berichte und Meinungspapiere zurückgegriffen. Diese werden in einer narrativen Übersichtsarbeit zusammengefasst.

Die Literatursuche erfolgt entsprechend dem Prozess der Literatursuche beschrieben von Klebel und Mayer (2005). Die Recherche beginnt mit der Identifizierung der initialen Schlüsselwörter. Danach folgt eine Analyse der Textwörter in Ergebnisliste der Titel und Abstracts, sowie der verwendeten Index-Begriffe um die Schlüsselbegriffe zu konkretisieren. Es werden folgende Suchbegriffe festgelegt: »chronic pain«, »persistent pain«, »long term pain«, »experience«, »coping«, »impairment«, »pain perception«, »mood disorders«, »emotions«, »patient perspective«, »home care«, »home nursing«, »qualitative research«, »qualitative studies«. Die Suchbegriffe werden je nach Spezifität der Datenbank angesetzt und kombiniert. Die Literaturrecherche wird in den Datenbanken Medline, Pubmed, EmBase, CINAHL, PsychInfo und Scopus durchgeführt. Zusätzlich wird in den Online Katalogen der Universität Wien und der Medizinische Universität Wien, in Google Scholar und im Karlsruher Virtuellen Katalog nach relevanten, nicht veröffentlichten empirischen Arbeiten gesucht. Die Literaturrecherche bzw. das Sammeln von Daten erfolgt bis zur Erreichung der Datensättigung. Die Recherche in den oben angeführten Datenbanken ergibt dabei 623 Treffer. Die in den übrigen Suchhilfen 1410. Die Handsuche ergibt 5 Treffer. Durch das Lesen der Titel und der Abstracts werden die relevanten empirischen Arbeiten identifiziert.

Die gewählten Studien werden anhand der CASP Qualitative Research Critical Appaisal Checklist⁴ beurteilt.

⁴ zum download unter <http://cqim.cochrane.org/resources-conducting-qualitative-syntheses>

5.2. Die Methode der Meta-Ethnographie

Es existieren eine ganze Reihe von Methoden zur Synthese qualitative Evidenz. Der Anzahl Methoden variiert je nach Autor zwischen sechs und zehn. Dixon-Woods et al. (2005) identifizierten in ihre Arbeit neun Synthesemethoden. Nach Barnett-Page und Thomas (2009) sind diese zehn. Darunter zählen z. B. die Methode der »Meta-ethnography« von Noblit und Hare (1988), die »Meta study« von Paterson, Thorne, Canam, Jillings (2001), die »Grounded theory« von Glaser und Strauss (1967) usw.

Alle diese Methode haben gemeinsam, dass sie mehrere qualitative Forschungsarbeiten zu einem bestimmten Thema, die in einer neuen interpretativen Form dargestellt werden, zusammenführen.

Welche Methode für die Synthese ausgewählt wird hängt von der Forschungsfrage ab. Die Entscheidung wird von dem Forscher getroffen.

Die Methode der Meta-Ethnographie geht auf Noblit und Hare zurück und wurde erstmals 1988 publiziert. Die Methode der Meta-Ethnographie wurde speziell für die Synthese ethnographischer oder interpretativer Studien entwickelt. Sie wird als „an attempt to develop an inductive and interpretative form of knowledge synthesis“ beschrieben (Noblit, Hare, 1988, 16).

Diese Methode zeigt wie primäre interpretative Beschreibungen zusammengeführt werden, wenn die bloße Integration nicht angemessen erscheint (vgl. Barnett-Page, Thomas, 2009 unter www.biomedcentral.com).

Die Meta-Ethnographie ist die Synthese von Text. Diese erfordert „extensive attention to the details in the accounts, and that they tell you about your substantive concerns.“ (Noblit, Hare, 1988, 28).

Noblit und Hare (1988) beschreiben das Erstellen eine Meta-Ethnographie als ein Prozess, das aus sieben Phasen besteht. Die Phasen können übereinander greifen und sich wiederholen (vgl. Noblit, Hare, 1988, 26). Sie sind wie folgt:

“Phase 1: Getting started- This involves identifying an intellectual interest that qualitative research might inform.

Phase 2: Deciding what is relevant to initial interest.

Phase 3: Reading the studies.

Phase 4: Determining how the studies are related.

Phase 5: Translating the studies into one another.

Phase 6: Synthesizing translations.

Phase 7: Expressing the syntheses." (vgl. Noblit, Hare, 26ff).

Zu Beginn der Arbeit wird das intellektuelle Interesse ermittelt. Das intellektuelle Interesse soll so weit wie möglich konkret sein. Der Forscher verleiht diesem intellektuellen Interesse Form, in dem er interpretative Beschreibungen liest. Es sollte ein Objekt sein, das die Synthese rechtfertigt (vgl. ebd., 26f).

In die zweite Phase entscheidet der Forscher was für die Synthese relevant ist. Hier wird auch der Umfang der Synthese bestimmt (vgl. Noblit, Hare, 1988, 27)

Das nächste Prozessschritt bestehet aus dem wiederholtem Lesen, von den in der zweite Phase identifizierten relevanten Studien, und Notieren der herausgefundenen interpretativen Metapher (vgl. ebd., 28).

Darauffolgend, in Phase vier, wird versucht die Beziehungen zwischen den Studien zu bestimmen bzw. eine erste Annahme darüber zu machen. Hier ist es sinnvoll eine Liste mit der Schlüssel Metapher, Phrasen, Ideen bzw. Konzepten, je Studie zu erstellen und diese dann gegenüber zustellen (vgl. Noblit, Hare, 1988, 28)

In Phase fünf erfolgt die Übersetzung der Studien ineinander. Die Übersetzungen sind einzigartige Synthesen, die das Besondere schützen, Holismus respektieren und die Gegenüberstellung ermöglichen. In ihre einfache Form werden Übersetzungen wie Analogien betrachtet (vgl. ebd., 28).

Während der nächsten Phase werden die Übersetzungen synthetisiert. Dies erfolgt, in dem die einzelnen Teile, also Übersetzungen, in ein Ganzes zusammengefügt werden (vgl. Noblit, Hare, 1988, 28).

In die letzte Phase wird die Synthese zum Ausdruck gebracht. Das soll in einer für das Publikum geeigneten und respektierten Sprache geschehen (vgl. Noblit, Hare, 1988, 29).

Noblit und Hare (1988) schlagen drei Synthesemethoden vor:

Reciprocal Synthesis: im Fall, dass die interpretativen Studien ungefähr die gleichen Gegenstände behandeln, können sie als direkte Übersetzung synthetisiert werden. Diese Typ Synthese geht davon aus, dass die Studien „added together“ werden können (Noblit, Hare, 1988, 47). Diese wechselseitige Übersetzung besteht in der Übersetzung von jeder Studie in eine andere. Dabei kann festgestellt werden, dass die Metapher der einen Studie sinnvoller erscheinen als die Metapher einer andere Studie oder auch dass Metaphern, die nicht aus diesen Studien stammen ebenso nachvollziehbar erscheinen (vgl. Noblit, Hare, 1988, 38f). Auf Grund der Einzigartigkeit der Studien ist es oft nicht möglich, diese adäquat mit einer einzelnen Reihe von Metapher auszudrücken bzw. darzustellen. In solche Fälle erfahren wir mehr von den Übersetzungen als von die Metapher.

Refutational Synthesis: Studien, die sich einander widerlegen sollen nicht durch reziproke Synthese synthetisiert werden. In solchen Fällen wird eine widerlegende Synthese durchgeführt. Diese Typ Synthese wird als ein Teil der Interpretation, die synthetisiert wird gesehen. So können die Widersprüche metaphorisch reduziert und später in die Synthese integriert werden (vgl. ebd. 47f).

Lines-of-argument Synthesis: stellt die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in einen neuen interpretativen Kontext. Diese Typ Synthese besteht aus zwei Schritten. Zuerst werden die Studien in einander übersetzt. Anschließend wird eine Interpretation konstruiert. Anhand dieser Interpretation wird gezeigt, was in den Studien verborgen geblieben ist (vgl. Noblit, Hare, 1988, 64; Campbell et al., 2011, 10 unter www.hta.ac.uk).

Ein wichtiges Instrument innerhalb dieser Methode stellen die Metapher dar. Metapher müssen Überzeugungskraft, Beweiskraft und Reichweite besitzen, um adäquat zu sein (vgl. Noblit, Hare, 1981, 34).

Die Methode der Meta-Ethnographie unterscheidet sich von den anderen Methoden zur Synthese qualitativer Studien in drei Punkten. Der erste Unterschied liegt darin, dass „the sample for research is purposively selected in relation to the topic of interest“ (Campbell et al., 2011, 9 unter www.hta.ac.at). Zweitens behandelt sie die in den primären Studien erhaltene Interpretationen und Erklärungen als Datenmaterial. Der letzte Unterschied besteht darin, dass der Vergleich der Studien den Prozess der Übersetzung beinhaltet, der die Metaphern bzw. die Konzepte der einzelnen Studien

sowie ihre Beziehungen vergleicht (vgl. Campbell et al., 2011, 10 unter www.hta.ac.uk).

5.3. Ergebnisse

Infolge werden die Ergebnisse der Synthese dargestellt. Die Kontext Informationen aus den einzelnen Studien, sowie in den Studien identifizierte Metaphern werden mit Hilfe eines Rasters dargestellt. Das Raster wurde von Britten (2002) im Rahmen eines meta-ethnographischen Arbeitsbeispiels entwickelt und für diese Arbeit adaptiert (siehe Tabelle 3,4, und 5).

Infolge unpräziser Beschlagwortung in Bezug auf Differenzierung auf qualitative und quantitative Studien waren bei der Primärsuche Studien in englischer Sprache in beiden Rubriken führend. In der Sprache Russisch konnte lediglich eine quantitative Studie gefunden werden – als Suchbegriffe dienten zusätzlich die gleichen Begriffe wie in Kapitel 5.1. aufgezählt in den Übersetzungen Russisch und in weiterer Folge auch in Bulgarisch, um unter Umständen fehlende englischsprachige Beschlagwortungen zu kompensieren. Bulgarische Studien konnten keine gefunden werden. Die Recherche wurde an den Onlinebibliotheken der Universitäten Sofia, Plovdiv und Moskau durchgeführt.

An relevanten Studien konnten insgesamt 19 Studien identifiziert werden, methodisch wurden die ersten 12 gefundenen Studien in die Untersuchung aufgenommen. Fünf Studien wurden in United Kingdom durchgeführt, drei Studien in den Vereinigten Staaten, zwei in Schweden, eine in Australien und eine Studie in den Niederlanden.

Für die Arbeit ist das Erleben der chronischen Schmerzen der Patienten maßgeblich. Erwähnt sei dennoch, dass sich die aufgenommenen Studien mit Teils unterschiedlichen Patientengruppen befasst haben. Einschlusskriterium waren bei fünf Studien Patienten mit chronischen Schmerzen ohne Einschränkung der Genese, bei zwei Studie Patienten mit Fibromyalgia, bei einer Studie Patienten mit Tumorschmerzen, bei einer Studie Patienten mit neuropathischen Schmerzen, bei einer Studie Patienten mit orofacialen Schmerzen und bei zwei Studie Patienten mit Lumboischialgie.

Methode und Metapher	Clarce, Inhofen (2008) United Kingdom	Thomas, Johnson (2000) United States	Denny (2009) United Kingdom	Coyle (2004) United States
Stichprobe: n, Alter	n=8 4 Frauen/ 4 Männer zwischen 37 und 74	n=13 9 Frauen/ 4 Männer zwischen 27 und 79	n=30 30 Frauen	n=8 3 Frauen/ 4 Männer zwischen 40 und 70
Design, Setting	Qualitativ Phänomenologie, Hermeneutik extramural	Qualitativ, Phänomenologie extramural	Qualitativ, extramural	Qualitativ Phänomenologie extramural
Erhebungsmethode	fokussierte, leicht strukturierte Interviews, follow-up debriefing Interview	nichtdirektive Interviews	narrative Interviews	nichtdirektive Interviews
Metapher	sich als Betrüger fühlen	veränderte Wahrnehmung der eigene Körper	Unterbrechung der sozialen Beziehungen	Einfluss der Schmerzen auf ihren Wille zu leben
	das Gefühl von Angehörige der Gesundheitsberufe nicht ernst genommen werden	Unsichtbarkeit der Schmerzes	Fehlende Behandlung trotz unzählige Arzt besuche	Trennung von Geist und Körper nicht möglich
	ein Zeichen der Krankheit als Bestätigung des Schmerzes	Trennung von der Welt und andere Menschen	Mangel an Interesse seitens der Ärzte und Öffentlichkeit	Selbst Mord als Anathema
	in their head (in ihren Kopf)	Vertrauen und Misstrauen in die Ärzte	Unvorhersagbarkeit der Krankheit in Bezug auf guten und schlechten Tagen	Angst von unkontrollierte Schmerzen
		mangelnde Unterstützung	Hoffnung auf Heilung	
		Gedanken an den Tod		
		Hoffnungslosigkeit		

Tabelle 3 Kontextinformationen A aus den Studien inklusive Metapher

Methode und Metapher	Clark (2007) United Kingdom	Hansson et al. (2011) Schweden	Traska et al. (2010) United States	Closs et al. (2007) United Kingdom
Stichprobe	n=8 4 Frauen/ 4 Männer zwischen 37 und 74 Jahre	n=8 6 Frauen/ 2 Männer zwischen 29 und 66	n=11 11 Frauen zwischen 54 und 81	n=10 6 Frauen/4 Männer Zwischen 24 und 60
Design	Qualitativ, Phänomenologie extramural	Qualitativ Phänomenologie extramural	Qualitativ Deskriptive Studie extramural	Qualitativ Phänomenologie
Erhebungsmethode	Interviews Schmerztagebücher	Interviews	Gruppen Interviews	Interviews
Metapher	der Schmerz wird mich nicht aufhalten	Wunsch als Mensch begegnet zu werden	Aktivitäten in Schritte zerkleinern	Medikamenten als primäre Methode
	das Beste aus die schmerzfreie Momente machen	Sturheit war eine notwendige Eigenschaft um pflege zu bekommen	Ständiges Planen -Tag zu Tag und Stunde zu Stunde planen müssen	Gebrauch von nicht verschriebene Medikamente
	gute Zeiten haben/genießen	Zugehört zu sein ist eine Frage des Glücks	Symptome von anderen verbergen	Alternative Methoden
	Fit herumlaufen	Mangelnden Interesses seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe	Medikamenten als zweitrangige Methode	Suizidale Gedanken
	sich glücklich schätzen	Die Angehörige der Gesundheitsberufe waren nicht in der Lage die Schmerzen zu verstehen	Unterstützung durch Familienmitglieder und Freunde	Gesteigerte Schmerztoleranz

Tabelle 4 Kontextinformationen B aus den Studien inklusive Metapher

Methode und Metapher	Wolf et al. (2008) Schweden	de Vries et al. (2011) Niederlande	Seers (1996) United Kingdom	Slade et al. (2009) Australien
Stichprobe	n=14 11 Frauen/ 3 Männer zwischen 21 und 77	n=21 12 Frauen/9 Männer zwischen 20-60	n=75 keine Angaben zwischen 21 und 86	18 12 Frauen/ 6 Männer zwischen 26-64
Design, Setting	Qualitativ	Qualitativ extramural	Triangulation Qualitativ, Quantitativ extramural	Qualitativ extramural
Erhebungsmethode	Interviews	Semi strukturierte Interviews	Semi strukturierte Interviews Follow-up Interviews Feldnotizen	Fokus Gruppen
Metapher	Schmerz ist all-embracing (allumfassend)	Arbeit als Therapie	Beliving the pain	Stigma
	Schmerzen sind schwer zum Beschreiben und kommunizieren	Arbeitsplatz als ein Ort der Heilung und Wiederherstellung	Schuld	
		Ablenkung von der Schmerzen	Auswirkungen aus das Familienleben	
		Arbeitsplatz erzeugt soziale Kontakte	Psychische Zustand	
		gesichertes Einkommen	Mangel an persönliche Kontrolle	
		Unterstützung von anderen als Erfolgsfaktor	Isolation	
		Gebrauch von Dienstleistungen im Gesundheitsbereich	Positive und negative Äußerungen hinsichtlich Entspannung	

Tabelle 5 Kontextinformationen C aus den Studien inklusive Metapher

Im Sinne der reziproken Synthese werden widersprüchliche Ergebnisse in den Studien von Thomas et al. (2000) und Clarke (2007) identifiziert.

Thomas et al. (2000) Phänomenologische Studie untersucht das Erleben von 13 Personen mit chronischen Schmerzen. Die Teilnehmer leiden unter unterschiedlichen Typen chronischer Schmerzen und beschreiben ihr Erleben damit als „individualisierten dialogischen Prozess zwischen ihrem Selbst und ihren schmerzhaften Zuständen. Ihre Lebenswelt wurde durch den Schmerz geschrumpft und ihre Freiheit eingeschränkt.“ (ebd., 689). Dadurch baute sich eine Art Barriere zwischen ihnen und den anderen auf. Sie lebten gemeinsam mit ihren Schmerzen in einem beschädigten, unbeweglichen und nutzlosen Körper. Neben der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers wurden auch ein vermindertes Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken beschrieben. Die Betroffenen bekamen keine Unterstützung seitens ihrer Familien und ihres sozialen Umfeldes.

In der Arbeit von Clarke (2007) wurden 8 Menschen mit chronischen Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation interviewt. Die Akzeptanz der Schmerzen durch die Betroffenen wurde als Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie festgelegt. Sie beschreiben ihr Erleben in einer Bandbreite zwischen „Leben voller Glück und Freude“ und „einem Kampf mit dem Leben“ (Clarke, 2007, 83). Sie versuchten ein normales Leben trotz Schmerzen zu führen und nahmen an verschiedenen Aktivitäten mit der Gewissheit teil, dass diese die Schmerzen erhöhen könnten. Schlafstörungen waren für sie eine sehr belastende Auswirkung ihrer Schmerzen. Sie schätzten sich glücklich, da sie von ihren Familien unterstützt wurden.

Die divergierenden Beschreibungen in den Studien können mit unterschiedlichen Reaktionen auf die Krankheit und daraus resultierend unterschiedlichen Bewältigungsstrategien erklärt werden. Grundsätzlich wird zwischen aktiven und passiven Bewältigungsstrategien unterschieden. Menschen die aktive Bewältigungsstrategien wählen, anerkennen den Schmerz, akzeptieren ihn und integrieren ihn in ihr Leben. Dadurch lernen sie mit dem Schmerz als Teil ihres Lebens umzugehen. Menschen mit passiven Bewältigungsstrategien verleugnen oder ignorieren den Schmerz. Es findet keine Auseinandersetzung mit dem Schmerz statt, er bleibt unbekannt und unkontrollierbar. Passive Bewältigungsstile haben negative Auswirkungen, wie z. B. Depression oder Hoffnungslosigkeit (vgl. Körner-Herwig, 2011, 10). Die Depression wird mit einem verminderten Selbstwertgefühl

assoziiert (vgl. Lisanti, 1989; De Good, 2000 zit. nach Dysvik et al., 2005, 298). Weiters werden die Betroffenen in der Studie von Thomas (2000) mit dem Phänomen der unsichtbaren Schmerzen konfrontiert, was eine zusätzliche Belastung darstellt, sich negativ auf das Erleben auswirkt und zu Isolation führen kann. Die Betroffenen in der Studie von Clarke (2007) haben diese Erfahrungen nicht gemacht. Die soziale Unterstützung, welche die Betroffenen bekommen bzw. nicht bekommen haben, könnte eine weitere Erklärung dafür sein, dass sie ihre Schmerzen so unterschiedlich erleben.

Bei der Synthese der Studien werden fünf Konzepte identifiziert, aus welchen sich das Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen zusammensetzt: (1) Schmerz als persönliches Phänomen, (2) Aktivitäten (3) Beziehungen zum Familie und Freunden (4) Beziehung zu Angehörigen der Gesundheitsberufe (5) psychischer Zustand.

Die Kategorie Schmerz als persönliches (psycho-soziales) Phänomen inkludiert drei Aspekte des Phänomens Schmerz:

- die Unsichtbarkeit der Schmerzen (vgl. Clarke, Iphofen, 2008, 660; Thomas, Johnson, 2000, 691)
- die Unvorhersagbarkeit des Schmerzes (vgl. Denny, 2009, 991)
- die Allumfassbarkeit des Schmerzes (vgl.; Wolf et al., 2008, 353) sowie
- die damit verbundene Stigmatisierung (Slade et al., 2009, 147).

Schmerz ist ein Zustand, der von den Betroffenen erlebt wird und nur der Mensch, der Schmerzen hat, weiß, dass er Schmerzen hat. Auf Grund fehlender äußerlicher Anzeichen bleibt der Schmerz der sozialen Umwelt verborgen.

In den Augen der anderen schauen die Körper der Betroffenen gesund aus. Der Schmerz ist unsichtbar, „eine geheime Erkrankung ohne äußerliche Anzeichen“ (Thomas, Johnson, 2000, 691).

Die Unsichtbarkeit des Schmerzes und das damit verbundene Misstrauen des sozialen Umfeldes ist für die Betroffenen so belastend, dass sie sich äußere Erscheinungsformen für die Behinderung wünschen, um größere gesellschaftliche Anerkennung zu bekommen (vgl. Thomas, Johnson, 692).

Auf Grund der Unsichtbarkeit ihres Leidens und des daraus resultierenden Mangels an Verständnis seitens des sozialen Umfeldes fühlen sich betroffene Menschen als Betrüger und Lügner (vgl. Clarke, Iphofen, 2008, 660).

Sich so zu fühlen, führt zu emotionalen Krisen und Isolation.

In unserer Gesellschaft ist lügen und betrügen negativ behaftet, gilt als unmoralisch und wird stigmatisiert.

Die Stigmatisierung von Menschen mit chronischem Schmerz wurde in der Studie von Slade et al. (2009) gezeigt. Die Betroffenen erleben subtile und offene Stigmatisierung auf fast allen Ebenen der Gesellschaft, in ihrer Begegnung mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, in der Öffentlichkeit und auf ihrem Arbeitsplatz. Sie wurden auch von ihren Freunden und Familie stigmatisiert.

Da die Betroffenen in der Regel negative Folgen, wie oben beschrieben, auf Grund ihrer Offenbarung des Leidens erwarten, ist es für sie wichtig die Schmerzen geheim zu halten (vgl. Tomas et al., 2000, 691).

In der Studie von Wolf et al. (2008) und Thomas et al. (2000) wird chronischer Schmerz von den Betroffenen als all-embracing (allumfassend) und Lebenswelt schrumpfend beschrieben. Er dominiert ihr Bewusstsein, setzt ihrer Lebenswelt Grenzen und schränkt ihre Freiheit ein. Sie vergessen andere Probleme auf Grund des dominanten Schmerzes.

Der letzte Aspekt der ersten Kategorie ist die Unvorhersagbarkeit der Schmerzerkrankung. Dieser Aspekt wurde in der Studie von Denny et al. (2009) identifiziert. Die Unvorhersagbarkeit bezieht sich darauf, dass die Betroffenen nicht wissen, an welchen Tagen sie Schmerzen haben werden und an welchen nicht. Die Schmerzen treten zufällig auf, so dass sie nicht wissen können, wie sie sich am nächsten Tag fühlen werden. Dadurch sind sie nicht in der Lage ihre Möglichkeiten bzw. Ressourcen einzuschätzen und ihre Leben bzw. ihre sozialen Aktivitäten zu planen (vgl. Denny et al., 2009, 991).

Die zweite Kategorie, die Kategorie der Aktivitäten, umfasst alle Tätigkeiten, Aufgaben, Verpflichtungen und Freizeitbeschäftigungen im Leben eines Menschen.

Clark (2007) teilt diese Aktivitäten in solche, die wenig körperliche Anstrengung erfordern, wie sitzen, lesen, fernsehen usw. und solche, die großer körperlicher Anstrengung bedürfen, wie Gartenarbeit, einkaufen, putzen usw. ein.

Nicht anstrengende körperliche Aktivitäten werden von den betroffenen Menschen genutzt, um die Zeit zu genießen. Einige dieser Aktivitäten werden von ihnen als Strategien im Umgang mit Schmerzen eingesetzt. Gelegentliche körperliche Aktivitäten wie gehen und fahren werden oft als Ablenkung von den Schmerzen oder sogar als Vergnügen eingesetzt (vgl. Clark, 2007, 85). Diese Aktivitäten führen zur Erleichterung des Schmerzes und beeinflussen ihre Stimmung positiv.

Es gibt eine Reihe von Aktivitäten, die nicht nur den Körper beanspruchen, sondern sich auch auf die Psyche der Menschen auswirken, da sie nicht mehr mit derselben Leichtigkeit wie früher als die Schmerzen noch nicht da waren, ausgeführt werden können. Sie wirken sich negativ auf das Schmerzerleben aus bzw. verschlimmern es. Solche Aktivitäten werden von der Betroffenen in Zusammenhang mit negativen Stimmungen gebracht (vgl. Clarke, 2007, 97).

Die Strategien, die Menschen mit chronischen Schmerzen in ihrem Umgang mit Schmerzen nutzen, wurden in den Studien von Coyle et al. (2004), Clarke (2007), Closs et al. (2007), Traska et al. (2010) und Vries et al. (2011) untersucht.

Menschen mit chronischen Schmerzen benutzen eine Reihe von Strategien zur Bewältigung ihres Schmerzes. Die Einnahme von schmerzlindernden Medikamenten ist die am häufigsten angewendete Methode der Bewältigung (vgl. Clarke, 2007, 89; Closs et al., 2007, 425). Die Anwendung dieser Methode variiert von Individuum zu Individuum. Der Effekt der medikamentösen Behandlung wurde von der Betroffenen als geringfügig beschrieben. Die Suche nach der geeigneten Medikamententherapie sowie der optimalen Dosis wird als ein Prozess von Versuch und Irrtum beschrieben. Die Nebenwirkungen der Medikamente waren oft schwerer zu bewältigen als die Schmerzen selbst. Aus diesem Grund waren die Betroffenen oft bereit auf die lindernde Wirkung der Medikamente zu verzichten und somit bei klarem Bewusstsein zu bleiben (Closs et al., 425). Die Angst vor Nebenwirkungen stellt für die Betroffenen eine Belastung dar. Besonders deutlich wird sie von Menschen mit Krebschmerzen in Bezug auf die Therapie mit Opioiden ausgedrückt (Coyle et al., 2004, 305). In ihren Versuchen die Schmerzen zu bewältigen, greifen manche Menschen zu illegalen

Medikamenten, Drogen und Alkohol (vgl. Closs et al., 2007, 428). Im Allgemeinen wurde von den Betroffenen eine unzureichende Schmerzlinderung durch pharmakologische Methoden berichtet.

Alternative und komplementäre Methoden der Schmerzbewältigung werden von allen Betroffenen wenn nicht regelmäßig angewendet, dann zumindest ausprobiert. Darunter zählen Atemübungen, Massagen, Akupunktur, Selbst-Hypnose, Biofeedback, Meditation, transkutane elektrische Nervensimulation, und Wärmeflaschen. Die Betroffenen bewerten den schmerzlindernde Effekt dieser Methoden sehr unterschiedlich (vgl. Traska et al., 2010; Closs et al., 2007; Clarke, 2007). Diese Methoden können als Hilfsmittel bei der Bewältigung der Schmerzen gesehen werden.

Selbst initiierte Aktivitäten werden von den Betroffenen als sehr wirksame und hilfreiche Strategien beschrieben. Zu diesen Aktivitäten zählen Gehen, Fahren, Lesen, heißes Bad nehmen, Musik hören, Fernsehen. Diese werden als Ablenkung von den Schmerzen entweder täglich oder nach einem wahrgenommenen Stressor angesetzt (vgl. Clarke, 2007, 89; Traska et al., 2010, 631).

Planen und Pacing (in Stücke zerkleinern) stellt eine weitere Strategie zur Schmerzbewältigung dar. Darunter ist die konsequente, vorausschauende Planung der täglichen Aktivitäten gemeint, so dass man es den anderen ermöglicht, bei der Erfüllung dieser zu helfen. Die Betroffenen haben gelernt Prioritäten zu setzen, sie wissen genau, was wichtig ist und sie sorgen dafür, dass die wichtigsten Dinge durchgeführt werden. Sie beschreiben das, als die ständige Planung auf der Basis „Tag für Tag und Stunde für Stunde“ (Traska et al., 2010, 630). Die wichtigste Erkenntnis dabei ist, dass die Frauen gelernt haben, die Aufgaben nach ihrer Wichtigkeit zu ordnen. Denen war z. B. wichtiger, mit den Kindern zu toben, als ein sauberes Haus zu haben. Die Betroffenen waren in der Lage einzuschätzen, was ihnen gut tut und was für sie schlecht ist. Sie sind sich der Veränderungen in ihrem sozialen Umfeld bewusst und haben sich an diese anpassen können (vgl. ebd.).

Arbeit als Therapie, ist die nächste identifizierte Strategie, der eine große Bedeutung zugemessen werden kann. Die Betroffenen in der Studie von de Vries et al. (2011) beschreiben die Arbeitsstelle als einen Ort der Heilung und Wiederherstellung. Die Arbeit erhöhte ihr körperliches und geistiges

Wohlbefinden, diene als Ablenkung von den Schmerzen und als eine „Quelle neuer Energie“ (de Vries et al., 2011, 129 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/art>). Arbeiten zu gehen, bedeutete für die Betroffenen, die sozialen Kontakte aufrechterhalten zu können und weiterhin eine Struktur im Leben zu haben (vgl. ebd.).

Passive Bewältigungsstrategien wie Ruhe und Rückzug werden von allen Betroffenen benutzt, um ihre Schmerz zu managen (vgl. Clark, 2007; Traska et al., 2010).

Die nächste identifizierte Kategorie setzt sich aus den Auswirkungen von chronischem Schmerz auf die Beziehung zu Familie und Freunden und die wahrgenommene soziale Unterstützung zusammen. Auf diese wurde in der Studie von Clarke (2007) eingegangen.

Chronischer Schmerz verändert die Beziehung zum Partner, zum Kind bzw. zu den Kindern bedeutend und ist für die betroffenen Menschen mit großer psychischer Belastung verbunden.

Die Betroffenen sind auf Grund ihres Zustandes nicht in der Lage, die Rolle des Ehemannes / der Ehefrau zu erfüllen. Sie können die Dinge nicht tun, die sie in diesem Zusammenhang als normal betrachten, d.h. die Dinge, welche ihre Rollen explizieren. Das löst Gefühle der Schuld, der Frustration und des Unglücks aus (vgl. Clarke, 2007, 112).

In besagten Familien findet ein Rollentausch statt. Die Betroffenen sind bei der Erfüllung der täglichen Aktivitäten und bei der Durchführung der Körperpflege auf die Hilfe ihrer Partner angewiesen. Der Partner nimmt die Rolle des Betreuers an. Abhängig vom Ausmaß, in dem diese Unterstützung wahrgenommen wird, kommt es zu einem Gefühl der Abhängigkeit.

Die Schmerzen verursachen eine „closed up communication“ in der Familie. Ein Mangel an Verständnis wird geäußert (Seers, Friedli, 1996, 1164).

Die Beziehung zu den Kindern wird von den chronischen Schmerzen des Elternteiles ebenfalls beeinflusst. Die Betroffenen können auf Grund ihres Schmerzes keinen Anteil an Familienaktivitäten nehmen. Für die Kinder ist es oft schwierig, den Elternteil alleine zu Hause zu lassen. Aus der Perspektive der betroffenen Menschen verursacht dieses auch einen emotionalen Konflikt bei ihren Kindern und führt folglich

zu Distress. Weiter beschreiben sich die Betroffenen als reizbar und ungeduldig im Umgang mit ihren Kindern. Die Kinder waren in der Lage, ihre schlechte Stimmung bzw. ihre Behinderung zu akzeptieren (vgl. Clarke, 2007, 103ff).

Die Beziehung zu den Freunden ist auch durch ein Unverständnis für die Probleme und Auswirkungen des chronischen Schmerzes gekennzeichnet. Dieses Unverständnis äußert sich in der Tatsache, dass chronischer Schmerz als Entschuldigung für schlechte Leistungen am Arbeitsplatz und die Nichtteilnahme an Freizeitaktivitäten verstanden wird (vgl. Slade, 2009, 149).

In alle Studien mit Ausnahme der von Clarke (2007), Traska et al., (2010) und de Vries et al. (2011) wurde ein Mangel an sozialer Unterstützung beschrieben.

Die Beziehung zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe stellt die vierte identifizierte Kategorie dar.

Ein Großteil der Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, äußert ihre Unzufriedenheit hinsichtlich der Leistungen der Professionisten im Gesundheitswesen. Diese Unzufriedenheit ist Resultat der erlebten Erfahrungen in diesem Bereich.

In erster Linie wird ein Unverständnis für ihren Schmerz seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe wahrgenommen (vgl. Slade, 2009, 147).

Das Gefühl nicht verstanden zu sein bzw. übergangen zu werden, entsteht in Situationen, bei denen die Angehörigen der Gesundheitsberufe den Betroffenen keine Fragen über den Schmerz, das Schmerzerleben oder die Folgen der Schmerzbehandlung stellten.

Die Betroffenen werden oft mit Vorurteilen seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe konfrontiert (vgl. Slade, 2009, 147). Diese Vorurteile werden für die Betroffenen sichtbar, in der Annahmen eines sekundären Krankheitsgewinnes oder einer Simulation des Schmerzzustandes (vgl. ebd., 152).

Weiter wird ein Mangel an Interesse für ihre Probleme und schlechte Kommunikation angegeben (vgl. Hansson et al., 2011, 448; Slade, 2009, 147).

Die Betroffenen müssen „kämpfen“, um gute Pflege zu bekommen (Hansson, 2011, 447). „Sturheit“ war notwendig um Pflege zu erhalten. Die Betroffenen haben die

Meinung geteilt, dass man „Glück hatte“, wenn man eine Person gegenüber hätte, die zugehört hat. Sie wurden über bestehende Behandlungsmöglichkeiten nicht informiert, da das Personal dieses nicht als notwendig erachtete (vgl. Hansson, 2011, 447). Es wurde auch ein Defizit an Beratung und Schulung wahrgenommen (vgl. Slade, 2009, 447).

Diese Form der Beziehung zwischen Patient und Angehörigen der Gesundheitsberufe erweist sich als sehr belastend für die Betroffenen, da sie sich als „unglaubliche, lästige und egoistische Personen“ erleben (vgl. Hansson, 447). Es wird eine breite Palette von Gefühlen und Emotionen in diesem Zusammenhang geäußert. Angst, Frustration und Hoffnungslosigkeit wurden von den Betroffenen am häufigsten angegeben. Das Gefühl, nicht verstanden zu werden, nicht ernst genommen zu werden, gedemütigt und frustriert zu sein, führt zu weiterem Leiden (vgl. Hansson., 447f; Slade, 2009, 149).

Als Resultat der oben aufgezeigten Problembereiche verfügen Menschen mit chronischen Schmerzen über unzureichendes Wissen betreffend ihre Behandlungsmöglichkeiten und Schmerzmanagementansätze, was dazu führt, dass sie ihr Schmerzen nicht bewältigen können.

Nicht alle Betroffenen erfahren einen negativen Ansatz in ihren Begegnungen mit Angehörigen der Gesundheitsberufe. Betroffene, welche positive Erfahrungen in diesem Zusammenhang erlebt haben, äußern Gefühle des Vertrauens, der Sicherheit und der Hoffnung (vgl. Hansson, 2011, 447; Slade, 2009, 149).

Die letzte Kategorie Psychischer Zustand beinhaltet alle Emotionen, Stimmungslagen und Gefühle, welche die Betroffenen in Bezug auf ihren Schmerzzustand erleben.

Auf Grund der vielseitigen Belastungen, die der Schmerz selbst, die Beziehungen im sozialen Umfeld und die breite Öffentlichkeit verursachen, sind Menschen mit chronischen Schmerzen mit einer Reihe von negativen Emotionen, Gefühle und Stimmungen konfrontiert. Diese psychischen Zustände wirken sich auf das Wohlbefinden und auf den Schmerz aus.

Der chronische Schmerz führt in erster Linie zur einer Einschränkung der Funktionalität des Körpers. Einfache Tätigkeiten wie Zähneputzen, Körperpflege oder

die Post aus dem Briefkasten holen, können zu einer Herausforderung werden. Sie können diese Tätigkeiten nicht selbständig bewältigen und sind auf fremde Hilfe angewiesen.

In diesen Zusammenhang werden von den Betroffenen Emotionen wie Frustration und Schuldgefühle beschrieben. Sie fühlen sich einerseits verärgert, dass diese Selbstständigkeit für sie unmöglich geworden ist (vgl. Clarke, 2007, 101). Andererseits sind sie auch unglücklich und frustriert, weil sie die Dinge nicht machen können, die sie als „normal“ ansehen (vgl. ebd., 112). Ein Gefühl des Verlustes der Unabhängigkeit entsteht.

Im Bezug zur Unmöglichkeit oft an Familienaktivitäten teilzunehmen, wird Reue, Bedauern, Trauer und sogar Depression berichtet. Großes Bedauern wird von den betroffenen Mensch geäußert, wenn sie über die verlorene Möglichkeit, mit ihren Kindern herumlaufen zu können, reden (vgl. Clarke, 2007, 104).

Ein allgemeines Gefühl des Verlustes durch den chronischen Schmerz wird von den Betroffenen erlebt (vgl. Clarke, 2007, 114).

Der Weg, den die Menschen mit chronischen Schmerzen durchgehen müssen, bis diese eine endgültige Diagnose erlangen bzw. eine Linderung der Schmerzen erreicht wird, kann sich als ein sehr langwieriger Prozess erweisen.

Dies führt oft zu Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und sogar zum Suizidgedanken. Suizidale Gedanken kommen vor allem dann vor, wenn die Betroffenen ihren chronischen Schmerz nicht kontrollieren können und dieser als ein ewiges Leiden erlebt wird. In solche Fälle sehen sie die Zukunft als unergründlich und fragen sich, ob die Qualität ihres Leben hoch genug ist, um es weiter zu leben (vgl. Thomas et al., 2000, 693f).

Wie oben schon aufgezeigt, fühlen sich Menschen mit chronischen Schmerzen von ihren Freunden, Arbeitskollegen, Ärzten und professionellen Pflegekräften stigmatisiert. Sie erleben in diesem Zusammenhang Scham, Verzweiflung, Selbstzweifel, Schuld und Frustration (vgl. Slade et al., 2009, 148).

Sie erleben ein Unverständnis für ihren Schmerz und den daraus resultierenden Problemen seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Sie haben Angst, dass

sie aus diesem Grund von den Angehörigen der Gesundheitsberufe in ihrem Leiden alleine gelassen werden können.

Die Synthese der Studien hat gezeigt, dass sich das Erleben von Menschen mit chronischen Schmerzen aus fünf Kategorien zusammensetzt. Jeder dieser Kategorien besteht aus einer oder mehreren Aspekten, die auch als Variable bezeichnet werden können. Jede dieser Variablen stellt einen Stressor dar, der sich entweder positiv oder negativ auf das Wohlbefinden der Betroffenen auswirkt. Wie sich der Stressor auf das Wohlbefinden der Betroffenen auswirkt, hängt eng mit der persönlichen Einschätzung der Situation durch die Betroffene zusammen. Wird die Situation als bedrohlich oder überfordernd und werden die eigenen Ressourcen auch als unzureichend bewertet um die Situation zu bewältigen, entsteht Distress.

6. Diskussion und Empfehlungen für die Praxis

Patienten mit chronischen Schmerzen und deren Familien stellen in der professionellen Krankenpflege ein bedeutsames Patientenklientel dar. Auf Grund des demographischen Wandels steigt auch die Zahl der Menschen mit chronischen Schmerzen. Der Schmerz gilt dabei nicht als eine rein körperliche Erfahrung, sondern wird als ein multidimensionales Phänomen beschrieben, welches durch physische, psychische, soziale, spirituelle und kulturelle Faktoren beeinflusst wird.

In der Arbeit wurde anhand der beschriebenen Studien das Erleben der Patienten mit chronischen Schmerzen beschrieben und die kritischen Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Pflegetätigkeit unter Berücksichtigung möglicher und ausgewählter Coping-Strategien aufgezeigt. Die Bewältigungserlebnisse der Patienten fanden besondere Berücksichtigung und wurden ausführlich beschrieben.

Eine effektive Schmerztherapie wurde schließlich seitens der WHO bereits in den 90-er-Jahren als Gesundheitspriorität deklariert und sollte sich an eben diesen Faktoren orientieren. Dennoch haben Schmerzpatienten einen durchschnittlichen Leidensweg von acht bis zehn Jahren hinter sich, bevor sie eine adäquate Behandlung erfahren. Stigmata, ein mangelndes Verständnis der Umwelt und letztlich auch die zu geringe Wahrnehmung - oftmals in Ermangelung einer somatischen Ursache - durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind als Ergebnisse der Thesis klar formuliert. Dieser Umstand verdeutlicht mit Nachdruck wie ungenügend den Betroffenen auch heute noch geholfen wird.

In diesem Zusammenhang wird im Zuge der Arbeit auch deutlich, dass Pflegende wenn überhaupt ein lediglich unzureichendes komplementäres Therapieangebot ausführen und die pflegerischen Möglichkeiten zur Schmerzprophylaxe und Schmerzbekämpfung kaum oder nur begrenzt nutzen. Dabei hätten gerade Pflegepersonen im extramuralen Bereich die Möglichkeit, den Zustand chronischer Schmerzpatienten positiv zu beeinflussen.

Unter zu Hilfenahme adäquater Assessmentinstrumente wären sie in der Lage, die Defizite der Betroffenen rechtzeitig zu erkennen, entsprechen frühzeitig mit schmerzlindernden Maßnahmen zu reagieren und diese anzuwenden. Diese Instrumente und Vorgehensweisen würden der Befähigung der Berufsgruppe der

Pflegenden zu einer gezielten Situationsverbesserung für die Betroffenen helfen, wodurch viele Patienten einerseits Schmerzen erspart blieben, andererseits den Betroffenen das Gefühl vermittelt würde, mit ihrer Schmerzsituation nicht alleine zu sein. Dies erscheint vor allem vor dem Hintergrund der in der Arbeit explorierten Patientenerfahrungen wichtig. Diese belegen nämlich, dass Patienten mit chronischen Schmerzen auf allen Ebenen des täglichen Lebens wegen ihrer Situation stigmatisiert werden. Sie beschreiben einen Mangel an Unterstützung und berichten in diesem Zusammenhang unter anderem über Probleme wie Isolation und Depressionen. Der Schmerz beeinträchtigt alle Lebensbereiche, alles wird von ihm beherrscht.

Auffallend ist das von den Betroffenen beschriebene unzureichende Wissen der Pflegepersonen zum Thema Schmerz und ihre damit verbunden Problemen. Sie kritisieren auch den Informationsmangel bezüglich Behandlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien auf Grund der nicht funktionierenden Patienten-Pflegenden-Beziehung.

Auf Basis der Datenlage muss also festgehalten werden, dass die pflegerische Versorgung chronischer Schmerzpatienten als äußerst mangelhaft zu bezeichnen ist.

Ob dieser Aussagen und der Wichtigkeit erscheint es aus Sicht der Autorin zwingend notwendig, dass sich Angehörige der Pflege- und Betreuungsberufe intensiv mit dem Thema Schmerz sowie den damit verbundenen Interventionsmöglichkeiten auseinander setzen. Dies setzt nicht nur eine Veränderung der Einstellung und der Denkansätzen der Pflegepersonen, sondern auch die Weiterentwicklung bzw. Umgestaltung und Adaptierung bereits bestehender Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten voraus.

In Anbetracht der vielen körperlichen Einschränkungen und der physischen und psychische Belastungen, die Menschen mit chronischer Schmerz erleben, stellt sich die Frage, welche Konzepte und Maßnahmen die Pflege anwenden kann, um die Betroffenen professionell zu unterstützen.

Da die Beziehung zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und den Patienten durch Vorurteile, mangelndes Verständnis und fehlendes Vertrauen gekennzeichnet ist, kann die „Middle Rande Theory of Empathy“ von Joanne K.

Olson und Diane Kunyk ein möglicher Ansatz für die Verbesserung dieser Beziehung sein.

Die Theorie von Olson und Kunyk lehnt sich an Orlando's Interaktionmodell an. Die Theorie besteht aus drei Konzepten, Nurse expressed empathy, Patient – perceived empathy und Patient distress. Olson et al. definieren Empathie als das Verstehen, was der Patient fühlt, was er denkt und beschreiben dieses Verständnis als die Fähigkeit, sowohl die Gefühle als auch die Gründe für diese Gefühle, mit dem Patienten zu kommunizieren.

Die Pflegenden sollten einerseits die Empathie nutzen, um eine stabile Pflege-Patient-Beziehung aufzubauen und aufrechtzuhalten, andererseits um die Behandlungsergebnisse zu verbessern bzw. effektivere Pflege zu erreichen.

Die Pflege hat die Aufgabe die Behandlungsergebnisse zu optimieren. Um dies zu erreichen, sollte die Pflegekraft das Phänomen des Patient- distress so weit wie möglich reduzieren. Das ist nur dann möglich, wenn die Pflegenden eine gesunde Beziehung zum Patienten aufbauen können. In Rahmen dieser Beziehung soll die Pflegekraft, die Bedürfnisse und Gefühle des Patienten wahrnehmen können und die wahrgenommenen Gefühle in Form von Empathie wieder zurück an den Patienten kommunizieren können. Die von den Pflegenden zum Ausdruck gebrachte und vom Patient wahrgenommene Empathie führt zur Reduktion des Patient- distress.

Um die Bedürfnisse und Gefühle des Patienten richtig wahrnehmen zu können, benötigt die Berufsgruppe entsprechende Werkzeuge des Pflege- Assessments. Diese müssen auf exakten bzw. genauen Wahrnehmungen beruhen, um den Distress des Patienten zu verringern. Die exakte bzw. genaue Wahrnehmung durch die Pflegenden entspricht gleichzeitig der Empathie (vgl. Olson, Kunyk, 2004, 151ff).

Folglich müssen Betroffene befähigt werden, ihre täglichen Aufgaben zu managen. Auf Grund der körperlichen Einschränkungen bzw. wegen der Behinderungen sind sie dabei auf fremde Hilfe angewiesen. Empathie ist wesentlicher Teil der Gewährleistung, dass sich Betroffene wieder mit Dingen beschäftigen können, die ihnen wichtig sind, ohne dass all ihre Gedanken um den Schmerz kreisen. Sind die Schmerzen gelindert, sind die Betroffenen wieder in der Lage, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Alltägliche Verrichtungen werden wieder möglich und das Gefühl, nicht ständig auf jemanden angewiesen zu sein, erhöht die Lebensqualität. Dadurch

wird auch die Möglichkeit geschaffen, dass Patienten im Arbeitsprozess gehalten oder wieder eingegliedert werden können, womit die Isolationsgefahr hintangehalten und Ablenkung geschaffen wird, was sich letztendlich nicht nur auf den Patienten positiv auswirkt, sondern auch auf das Sozialsystem rund um den Patienten.

In diesem Zusammenhang stellt sich somit aus pflegerischer Sicht die Frage, welche Personengruppen die betroffenen Schmerzpatienten in ihrer gewohnten Umgebung entsprechend unterstützen und betreuen können. Dafür kommen grundsätzlich drei Personengruppen in Frage:

- Personen aus dem Kreis der Familie
- Personen aus dem sozialen Umfeld und
- Professionelle Pflegende

Unterstützung im täglichen Leben zu bekommen, setzt einerseits voraus, dass die Betroffenen mit ihrem Schmerz und ihren Bedürfnissen wahr-, vor allem aber ernst genommen werden und andererseits, dass die professionelle Pflege nicht nur über Assessmentinstrumente verfügt, sondern die Erkenntnisse aus den Assessments entlang empathischen Pflegens durch komplementäre Behandlungsmethoden unterstützt. Dazu ist zum einen eine entsprechende Ist-Standerhebung zur aktuellen Situation der Betroffenen unter Einsatz vermehrter, adäquater Assessmentinstrumenten notwendig und zum anderen eine differenzierte Betrachtung der Gesamtsituation seitens der Betreuenden hilfreich.

Zu den komplementären Therapiemöglichkeiten im Gesamtkontext der Coping-Strategien gehören exemplarisch folgende Formen:

- Aromatherapie
- Autogenes Training
- Bachblüten
- Basale Stimulation
- Edelsteintherapie
- Farbtherapie

- Hildegard-Therapie
- Homöopathie
- Massagen
- Magnetfeldtherapie
- Musiktherapie
- Qigong
- Reiki

Besondere Beachtung muss hierbei auf den Einsatz verschiedener komplementärer Behandlungsmöglichkeiten, wie genannte, gelegt werden, da diese im Augenblick in der alltäglichen Arbeit zu wenig Berücksichtigung finden.

Ein schmerzpflegerisches Assessment soll also die Wahrnehmung des Patienten in einem holistischen Kontext gewährleisten, um die Bedürfnisse der Patienten, im Sinne einer empathischen Zuwendung unter Unterstützung von -wie oben aufgezählt- komplementäre Methoden zu erfüllen und um damit die Stressoren der Patienten gezielter und authentischer wahrnehmen und minimierende Maßnahmen ableiten und anwenden zu können. Dies entspräche einem Vorgehen ähnlich der aktivierenden Pflege, bei welcher die körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten von Patienten durch zielgerichtete Maßnahmen und Interventionen gefördert und erhalten werden. Die Ressourcen und Fähigkeiten von Schmerzpatienten wären so weit auszuschöpfen und den vorhandenen schmerzbedingten Einschränkungen anzupassen, dass sie ihre Lebenssituation wieder mit gestalten und sich wieder mit sich selbst und ihrer Umwelt auseinandersetzen zu können. Sicher zu stellen ist dabei, dass die gewählten Maßnahmen mit dem Pflegeziel identifiziert werden und sich kongruent verhalten. Damit wird den Patienten ein eigenverantwortlicher und selbständiger Umgang mit ihrer Situation ermöglicht und zu einer erheblichen pflegerischen Qualitätssteigerung beigetragen.

Darauf Bezug nehmend, ist vor allem die Pflege gefordert, gemeinsam mit den Patienten und deren Angehörigen eine weiterführende wissenschaftliche Basis für ein solches Vorgehen zu schaffen. Für Pflegewissenschaft und Pflege bedeutet dies

mit Blick auf die Versorgung chronisch kranker, schmerzbelasteter Menschen, eine große zukünftige Herausforderung sowohl auf Forschungs- als auch auf Praxisebene.

Ein wichtiger Schritt in Richtung Zukunft wäre die Implementierung pflegeseitiger Experten für Schmerzmanagement im intra- vor allem aber im extramuralen Bereich. Ausbildungsmöglichkeiten dafür werden beispielsweise an der Donau Universität Krems als Lehrgang „Interdisziplinäres Schmerzmanagement“ oder an der FH Kärnten als Weiterbildungslehrgang „Akademische/r Schmerzmanager/in“ angeboten.

Folgende künftige Aufgaben müssen dabei unter anderem Berücksichtigung finden und einer Lösung zugeführt werden:

- Entwicklung eines evidenzbasierten Pflegestandards für Patienten mit chronischen Schmerzen
- Ent- und Weiterentwicklung professioneller Assessmentinstrumente
- Entwicklung einer professionellen Fachkompetenz in Bezug auf Schmerzen
- Kreieren von geeigneten Schulungs- und Anleitungsprogrammen, sowie Aufklärungsstrategien für Betroffene, Angehörige – edukative Interventionen
- Spezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme für Ärzte und professionell Pflegende, Berücksichtigung und Adaptierung bestehender Ausbildungen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen
- Interventionsmodelle abgestimmt auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen gemäß altersspezifischer und soziokultureller Gesichtspunkte
- Evaluierung und Schaffung neuer Handlungsoptionen im Kontext der demographischen Entwicklung

Im Bewusstsein der anstehenden Aufgaben und der Allgegenwart chronisch schmerzbelasteter Patienten ist Empathie ein Mittel, das nie falsch sein kann.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass chronische Schmerzen zu den großen Gesundheitsproblemen in Österreich und Europa zählen. Trotzdem wird chronischen Schmerzen in der Praxis immer noch zu wenig Bedeutung beigemessen und sie werden in den meisten Fällen auch unzureichend behandelt. Eine effektive

Behandlung ist aber unverzichtbar um Patienten ihre Lebensqualität zurück zu geben und Gesundheitsausgaben zu minimieren.

Chronische Schmerzen erfordern mehr Aufmerksamkeit, bedürfen von Anfang an einer gezielten Behandlung in der, der Schmerzkranken Mensch im Mittelpunkt steht und muss nicht nur als Symptom, sondern als Krankheitszustand anerkannt werden.

7. Literaturverzeichnis

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
http://www.jusline.at/151._Medizinische_Hauskrankenpflege_ASVG.html
(4.8.2012).
- Antes G., Bassler D., Galandi D. (1999): Systematische Übersichtsarbeiten: Ihre Rolle in einer Evidenz-basierten Gesundheitsversorgung. Deutsches Ärzteblatt, 96,10, A-616/ B-476/ C-437.
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/16011/Systematische-Uebersichtsarbeiten-Ihre-Rolle-in-einer-Evidenz-basierten-Gesundheitsversorgung> (22.10. 2012).
- Bach M., Rieder A., Fiala W., Müller R., Neumann Th., Arrouas M., Kratzer H. (2009): Erster Österreichischer Patientenbericht Chronischer Schmerz 2009.
http://www.welldone.at/welldone_deb/content/page.asp?id=1473 (1.3. 2012).
- Barnett-Page E., Thomas J. (2009): Methods for synthesing of qualitative research: a critical review. BMC Medical Research. 9, 59.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2288-9-59.pdf> (6.9.2012).
- Baron R. (2006): Diagnostik und Therapie neuropatischer Schmerzen. Deutsches Ärzteblatt, 103(41), A2720-A2730.
- Bartholomeyczik S., Linhart M., Mayer H., Mayer H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Urban&Fischer, Facultas München Jena, Wien.
- Baumgartner L., Kirsten R., Möllmann R. (2003): Häusliche Pflege heute. Urban & Fischer, München.
- Bennett R. (2003): Fibromyalgia. In: Melzack R., Wall P. (Ed.): Pain Management. A Clinical Companion to Wall und Melzack's TEXTBOOK OF PAIN. Churchill Livingstone, Edinburg London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto, 95-105.
- Berger S., Helmbold A., Mosebach H., Wietek P. (2011): EPN Research & Development. Wissenschaftliche Hintergründe EPN (European care Pathways), Version 2.6. RECOM, Bad Emsal.
- Bischoff C., Traue H. C. (2011): Kopfschmerz vom Spannungstyp. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 359-380.
- Bondas T., Hall E. O. C. (2007): Challenges in approaching metha-synthesis research. Qualitative Health Research. 17, 113-121.
- Booth A. (2001): Cochrane or cock-eyed? How should we conduct systematic reviews of qualitative research?
<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001724.htm> (22.10.2012).
- Bundesgesetzblatt 1993/315. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_866_0/1993_866_0.pdf (28.7.2012).
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS)(1999): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder. BMAGS, Wien.

- BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001): Chronischer Schmerz. Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten. http://www.bmbf.de/pub/chronischer_schmerz.pdf (19.8.2010).
- Campbell R., Pound P., Pope C., Britten N., Pill R., Morgan M., Donovan J. (2003): Evaluating metha-etnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medizine*, 56, 671-684.
- Campbell R., Pound P., Morgan M., Daker-Withe G., Britten N., Pill R., Yardley L., Pope C., Donovan J. (2011): Evaluating metha-etnography: syntematic analysis and syntesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*. www.hta.ac.uk. (20.8.2012).
- Carr E. C. J., Mann E. M. (2009): Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe. Hans Huber, Bern.
- Chen J.T., Fagan M.J., Diaz J. A., Reinert S. E. (2007): Is treating chronic pain torture? Internal medicine residents' experience with patients with chronic nonmalignant pain. *Teaching & Learning in Medicine*, 19, 2, 101-105.
- Clarke K. A. (2007): A phenomenological approach to the experience of chronic pain. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades, Dissertation, Universität Bangor, Wales.
- Clarke K. A., Iphofen R. (2008): A phenomenological hermeneutic study into unseen chronic pain. *British Journal of Nursing*. 17, 10, 658-663.
- Closs S. J., Staples V., Reid I., Bennett M. I., Briggs M. (2007): Managing the Symptoms of Neuropathic Pain: An exploration of Patients' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34(4), 422-433.
- Cochrane Collaboration (2012): Cochrane Reviews. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews> (16.10.2012).
- Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 5.1.0. [updated March 2011]. <http://handbook.cochrane.org/> (20.9.2012).
- Cochrane Collaboration Qualitative Research Methods Group (2011): A Guide to Synthesising Qualitative Research for Researchers Undertaking Health Technology Assesments and Systematic Reviews. http://www.healthcareimprovementscotland.org/programmes/clinical__cost_effectiveness/shtg/synth_qualitative_research.aspx. (10.11.2012).
- Cochrane Collaboration Qualitative Research Methods Group (2012): Resources for conducting Qualitative Syntheses. <http://cqim.cochrane.org/resources-conducting-qualitative-syntheses> (10.11.2012).
- Coyle N. (2004): In Their Own Words: Seven Advanced Cancer Patients Describe Their Experience with Pain and the Use of Opioid Drugs. *Jornal of Pain and Symptom Management*. 27(4), 300-309.
- CRD Centre for Reviews and Dissemination (2008): Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf (18.10.2012).
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. <http://www.dachverband.at/pflege-betreuung/betreuung-daheim/soziale-dienste.html?CSS=&schrift=1> (4.10.2012).

- Denny E. (2009): I Never Know From One Day to Another How I Will Feel: Pain and Uncertainty in Women With Endometriosis. *Qualitative Health Research*. 19, 985-995.
- Deutsches Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009): Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. http://www.dgkg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/g_01_05_01_chronischer_unterbauchschmerz.pdf (20.10.2012).
- Deutsches Gesellschaft für Neurologie (2008): Leitlinie Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-131_S1_Kopfschmerz_bei_Medikamentenuebergebrauch_10-2008_10-2013.pdf (20.10.2012).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38029.html> (11.9.2012).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.)(2004): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.)(2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung. http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardSchmerzmanagement_Akt.pdf (11.9.2012).
- de Vries H. J., Brouwer S., Groothoff J. W., Geertzen J. H. B., Reneman M. F. (2011): Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 126. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3121659/> (20.6.2012).
- Dixon-Woods M., Shaw R. L., Agarwal S., Smith J. A. (2004): The Problem of appraising qualitative research. *Quality & Safety in Health Care*. 13, 223-225.
- Dorner B., Willweber-Strumpf A., Zenz M. (2001): Schmerzmessung. In: Zenz M., Jurna I. (Hrsg): *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 109-125.
- Duden (2012). <http://www.duden.de/rechtschreibung/Erfahrung> (12.9.2012).
- Dysvik E., Natvig C. K., Eikeland O-J., Lindstrøm T. C. (2005): Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*. 42, 297-305.
- Egle U. T., Nickel R (2003): Diagnostik und Differenzialdiagnose aus bio-psycho-sozialer Sicht. In: Egle U. T., Hoffmann S. O., Lehmann K., Nix W. (Hrsg): *Handbuch Chronischer Schmerz*. Schattauer, Stuttgart, 162-173.
- Engel G. L. (2011): Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Hans Huber, Bern.
- Eggebrecht D-B., Falckenberg M. (2011): Tumorschmerz. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung*. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 491-506.
- Ertl R., Kratzer U., Aistkeithner R. (2011): *Hauskrankenpflege. wissen-planen-umsetzen*. 3. Auflage. Facultas, Wien.
- Fingeld D. L. (2003): Metha-synthesis: The state of the Art-so Far. *Qualitative Health Research*. 13, 893-904.

- Fisch, S. (2009): Neuropatischer Schmerz. <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-4-25022009/neuropathischer-schmerz.html> (20.10.2012).
- Fonds Soziales Wien. Leitthema , Pflege, Betreuung und Assistenz'.
<http://sozialinfo.wien.gv.at/content/de/10/DirectoryDetail.do?liid=2> (4.10.2012).
- Frettlöh J., Maier C., Schwarzer A. (2011): Neuropathische Schmerzsyndrome unter besonderer Berücksichtigung von Phantomschmerzen und CRPS. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 509-536.
- Friker J. (2003): Pain in Europe. A Report. www.painineurope.com (14.6.2012).
- Fritsche G. (2011): Medikamenteninduzierter Kopfschmerz. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 403-418.
- Fritsche G., May A. (2011): Migräne. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 381-401.
- Freund K. C. (2008): Pflegequalitätsentwicklung und –leistungsdarstellung durch die Pflegeklassifikationen NANDA - NOC – NIC. Pflegewissenschaft, 11, 601-613.
- Gadenne V. (2012): Qualia. Information Philosophie in Internet. <http://www.sprache-werner.info/84-X-Qualia.2029.html> (20.9.2012).
- Georg J., Stankowski J. (1995): Pflegediagnosen – Entwicklung – Gegenstand – Bedeutung. Die Schwester Der Pfleger. 34 (2), 128-134.
- Gerrig J. R., Zimbardo G. R. (2008): Psychologie. 18 Auflage. Pearson Studium, München.
- Glombiewski A. J. (2007): Kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Rückenschmerzen: Modelle, Indikation, Wirkfaktoren. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades, Inaugural-Dissertation, Philipps-Universität Marburg, Marburg Lahn.
- Goller H. (1995): Psychologie. Emotion, Motivation, Verhalten. Kohlhammer, Stuttgart.
- Goller H. (2009): Erleben, Erinnern, Handeln. Eine Einführung in die Psychologie und ihre philosophischen Grenzfragen. Kohlhammer, Stuttgart.
- Grypdonck M. (1997): Die Bedeutung qualitativer Forschung für die Pflegekunde und Pflegewissenschaft. Pflege, 10, 4, 222-228.
- Hampel P., Brunnberg A., Grimberghe-Krohn B., Mantel F., Tomsen M., Hoischen A., Hrkac M., Tiach L., Morfeld M., Mohr B. (2009): Schmerzchronifizierung, Geschlecht und Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz. Orthopäde, 38, 742-751.
- Hansson K. S., Fridlung B., Brunt D., Hansson B., Rask M. (2011): The Meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 25, 444-450.
- Hartmann D. (1998): Philosophische Grundlagen der Psychologie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Hasenbring M. (1999): Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen. In: Basler H-

- D., Kröner-Herwig B., Rehfisch H-P., Seemann H. (Hrsg): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 4. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 161-176.
- Hasenbring M., Pfingsten M. (2004): Psychologische Mechanismen der Chronifizierung-Konsequenzen für die Prävention. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H-P. (Hrsg): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 5. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 99-116.
- Hassler M. (2007): Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. Gesundheitswesen, 69, 297-302.
- Hildebrandt J., Pfingsten M., Klinger R., Hasenbring M. (1992): zum Problem der Klassifikation chronischer Schmerzsyndrome. Multiaxiale Schmerzklassifikation MASK. Anästhesiol. Intensivmed. Notfallmed. Schmerzther. 27, 366-373.
- IASP – International Association for the Study of Pain (2012): Pain Taxonomy. Pain terms. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm> (10. 2.2012).
- IASP – International Association for the Study of Pain (2009): Global Jahr gegen Muskel-Skelett-Schmerzen. Oktober 2009-Oktober 2010. Epidemiologie muskuloskeletaler Schmerzen. <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&CONTENTID=9812&SECTION=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm> (9.10.2012).
- IHS Classification – International Headache Society. IHS Classification ICHD-II. Kopfschmerz vom Spannungstyp. http://ihs-classification.org/de/02_klassifikation/02_teil1/02.03.00_tension.html (5.11.2012).
- International Council of Nurses (2003): ICNP. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Hans Huber, Bern.
- Joanna Briggs Institute (2008): Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. http://www.joannabriggs.edu.au/documents/jbireviewmanual_cip11449.pdf (15.9.2012)
- Joanneum Research (2011): Chronischer Schmerz: Unterschätzt und unterbehandelt: Die Versorgungssituation in Österreich ist verbesserungswürdig. <http://www.springerlink.com/content/0g1300n23647j275/fulltext.pdf> (30.5.2010).
- Junge K., Šuber D., Gerber G. (2008): Einleitung. In: Junge K., Šuber D., Gerber G. (Hrsg) Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstruktion sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft. transcript, Bielefeld, 15-41.
- Kauz D., Horn V., Elisabeth R. (2008): An Exemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. International Journal of Nursing Terminologies and Classification. 19(1), 14-19.
- Kleibel V., Mayer H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Facultas,

- Wien.
- Kleinginna P. R., Kleinginna A. M. (1981): A categorized list of emotion definitions, with suggestion for a consensual definition. *Motivation and Emotion*. 5 (4), 345-379.
- Klinger R., Hasenbring M., Pfingsten M., Hürter A., Maier C., Hildebrandt J. (2000): Die Multiaxiale Schmerzklassifikation – Psychosoziale Dimension (MASK-P). http://www.dgpsf.de/fileadmin/user_upload/downloads/MASK_P_dt_26-04-2011.pdf (12.6.2012).
- Klinger R. (2004): Klassifikation chronischer Schmerzen: „Multiaxiale Schmerzklassifikation“ (MASK). In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H-P. (Hrsg): *Psychologische Schmerztherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York, 307-319.
- Kröner-Herwig B. (1997): Chronischer Schmerz aus psychologischer Sicht. In: Weikunat R., Haisch J., Kessler M. (Hrsg): *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik*. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, 257-263
- Kröner-Herwig B. (2004): Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H-P., Seemann H. (Hrsg.): *Psychologische Schmerztherapie*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 3-21.
- Kröner- Herwig B., (2009): Chronischer Schmerz. <http://han.srv.meduniwien.ac.at/han/1458/www.springerlink.com/content/gl7172t023807p81/>.
- Körner-Herwig B. (2011): Schmerz als biopsychosoziales Phänomen-Eine Einführung. In: Körner-Herwig B., Frettlör J., Klinger R., Nilges P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung*. 7. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 3-14.
- Körner-Herwig B., Zernikow B. (2011): Schmerz bei Kindern. In: Körner-Herwig B., Frettlör J., Klinger R., Nilges P. (Hrsg): *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung*. 7. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 185-208.
- Lakomek H-J., Lakomek M., Bosquet-Nahrwold K. (2007): Fibromyalgie. *Diagnostik-Krankheitsmodell-Therapie*. Medizinische Klinik. 102(1), 23-29.
- Landgrebe L. (2010): *Der Begriff des Erlebens. Ein Beitrag zur Kritik unseres Selbstverständnisses und zum Problem der seelischen Ganzheit*. Königshausen & Neumann, Würzburg.
- Lautenbacher S. (2004): Schmerzmessung. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H-P. (Hrsg): *Psychologische Schmerztherapie*. 5. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 271-286.
- Lautenbacher S. (2007): Schmerzmessung. <http://han.srv.meduniwien.ac.at/han/1458/www.springerlink.com/content/ql7l244662g55779/fulltext.pdf> (30.5.2010).
- LoBiondo-Wood G., Haber J. (2005): *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. 2. Auflage. Urban&Fischer, München Jena.
- Mayer H. (2007): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für*

- Studium und Weiterbildung. 2. Auflage. Facultas, Wien.
- Mayer K. C. (2012): Spannungskopfschmerzen. Kopfschmerz vom Spannungstyp (KST). <http://www.neuro24.de/ks3.htm> (5.11.2012).
- McCaffery M., Beebe A., Latham J. (1997): Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin Wiesbaden.
- Mönch W., Breuker D., Middermann U. (2011): Bauchschmerzen und gynäkologische Schmerzen. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7 Auflage. Springer, Berlin Heidelberg, 453-476.
- Morschitzky H. (2007): Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. 2 Auflage. Springer, Wien New York.
- Müller-Mundt G. (2001): Schmerztherapie und Pflege: Anforderungen an Schmerzmanagement und Patientenedukation am Beispiel progredienter Erkrankungen - Ergebnisse einer Literaturanalyse. <http://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-111.pdf> (31.5.2010).
- Müller-Staub M. (2004a): Pflegeklassifikationen im Vergleich. Teil 1. PRINTERNET, 5, 359-377.
- Müller-Staub M. (2004b): Pflegeklassifikationen im Vergleich. Teil 2. PRINTERNET, 6, 296-312.
- Mülleller-Staub M. (2005): Wahl einer Pflegediagnosen-Klassifikation für die Einführung in die Elektronische Pflegedokumentation: ICNP, ICF, MANDA und ZEPF im Vergleich. Printernet. 2, 115-122.
- Müller-Staub M., Lavin M. A, Needham I., Achterberg van T. (2007): Pflegediagnosen,- interventionen und –ergebnisse: Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis:eine systematische Literaturübersicht. Pflege. 20(6), 352-371.
- NANDA International (2005): NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Hans Huber, Bern.
- NANDA International (2010): Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation. 2009-2011. Recom GmbH&Co.KG, Kassel.
- Noblit G. W., Hare R. D. (1988): Meta-Ethnography. Synthesizing Qualitative Studies. Sage Publications, Newbury Park Beverly Hills London New Delhi.
- Obenaus K. (2006): Schmerztherapie mit neuen Selbstbildern. Die Creativ-Dynamische Bildsynthese (CDB). Ernst Reinhardt, München.
- Oelkers-Ax R. (2006): Schmerz bei Kinder und Jugendliche. Psychotherapeutische Verfahren. Ernst Reinhardt, München.
- Ohne Autor (2009): Nozizeptiver vs. neuropathischer Schmerz: Diagnose. www.nozizeptiver-vs-neuropathischer-schmerz.universimed.com (14.6.2012).
- Olson J. K., Kunyk D. (2004): Empathy. In: Peterson S. J., Bredow T. S. (Hrsg). Middle Range Theories. Application to nursing research. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 151-164.
- Pfingsten M., Hildebrandt J. (2001): Nomenklatur/Definition. In: Zenz M., Jurna I. (Hrsg): Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. 2. Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft,

- Stuttgart, 175-184.
- Pfingsten M., Hildebrandt J. (2011): Rückenschmerzen.
<http://han.srv.meduniwien.ac.at/han/1458/www.springerlink.com/content/r50736675800x033/fulltext.pdf> (30.5.2010).
- Pfingsten M., Korb J., Hasenbring M. (2011): Psychologische Mechanismen der Chronifizierung- Konsequenzen für die Prävention. In Körner-Herwig B., Frettlör J., Klinger R., Nilges P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 115-134.
- Pfitzer (2011): Pain Proposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. www.arthritiscare.org.uk (24.6.2012).
- Pioch E. (2005): Schmerzdokumentation in der Praxis. Klassifikation, Stadieneinteilung, Schmerzfragebogen. Springer, Heidelberg.
- Pipam W., Bernatzky G., Likar R. (2009): Schmerzmessung und Dokumentation. In: Likar R., Bernatzky G., Märkert D., Ilias W. (Hrsg) Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Springer, Wien New York, 37-46.
- Plaisance L., Logan C. (2006): Nursing Students' Knowledge and Attitudes Regarding Pain. *Pain Management Nursing*, 7(4), 167-175.
- Popay J., Roberts H., Sowden A., Petticrew M., Arai L., Roberts M., Britten N., Roen K., Duffy S. (2006): Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. ESRC Methods Programme.
<http://cqim.cochrane.org/core-library-qualitative-synthesis-methodology> (11.09.2012).
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 261., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. de Gruyter, Berlin.
- Rappold E. (2008): Klassifikationssysteme- Pflegewissenschaft: Klassifikationssysteme. Vorlesung verbunden mit Übung, Universität Wien, Wien, WS 2008.
- Rehberg K-S. (2008): Erlebnis versus Erfahrung? Motive soziologischer Krisenbewältigung. In: Junge K., Šuber D., Gerber G. (Hrsg) Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstruktion sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft. transcript, Bielefeld, 133-154.
- Reuter I. (2010): Kopfschmerzen. <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01149> (3.9.2012).
- Ring N., Ritchie K., Mandava L., Jepson R. (2011): A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews. NHS Quality Improvement, Scotland.
http://www.healthcareimprovementscotland.org/programmes/clinical__cost_effectiveness/shtg/synth_qualitative_research.aspx (15.9.2011).
- Ruoß M. (1998): Psychologie des Schmerzes. Chronische Schmerzen in kognitionspsychologischer Perspektive. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Schmidt-Atzert L. (1996): Lehrbuch der Emotionspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln.

- Scholz O. B. (1999): Schmerzmessung. In: Basler H-D., Franz C., Kröner- Herwig B., Rehfisch H.P., Seemann H. (Hrsg): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 5., korrigierte und erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 301-326.
- Scholz O. B., Gerber W-D. (1999): Klassifikation chronischer Schmerzen. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P., Seemann H. (Hrsg): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 5., korrigierte und erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 327-344.
- Schrems B. (2008): Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. Facultas, Wien.
- Schröder M. (2009): NANDA-Pflegediagnosen. Darstellung der Entwicklung und des aktuellen Stands der Verwendung im deutschsprachigen Raum. Hausarbeit. Universität Bremen. Grin, München.
- Seemann H., Zimmermann M. (1999): Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht - Eine Standortbestimmung. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P., Seemann H. (Hrsg): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 5., korrigierte und erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg New York, 23-58.
- Senf W., Gerlach G. (2011): Psychodynamische Konzepte: Schmerz, Chronifizierung und Interaktion. <http://han.srv.meduniwien.ac.at/han/1458/www.springerlink.com/content/j2284188k3278705/fulltext.pdf> (30.5.2010).
- Seers K. (1996): The patient experience of their chronic non-malignant pain. *Journal of Advanced Nursing*. 24, 1160-1168.
- Settel E. J. (2003): Befinden bei chronischem Schmerz. Dissertation zur Erlangung der Doktorgrades, Dissertation, Universität Marburg, Marburg.
- Slade S. C., Molloy E., Keating J. L. (2009): Stigma Experienced by People with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 10, 1, 143-154.
- Staub Müller M. (2004): Pflegeklassifikationen im Vergleich. http://www.pflegepbs.ch/downloads/Klassif_Teil1.pdf. (13.7.2012).
- Stefan H., Allmer F., Eberl J., Hansmann R., Jedelsky E., Michalek A., Pandzic R., Schalek K., Tomacek D. (2009): POP-PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Springer, Wien, New York.
- Szakolczai A. (2008): Sinn aus Erfahrung. In: Junge K., Šuber D., Gerber G. (Hrsg): Erleben, Erleiden, Erfahren. Die Konstruktion sozialen Sinns jenseits instrumenteller Vernunft. transcript, Bielefeld, 63-99.
- Thieme K., Graceley R. H. (2011): Fybromyalgie. In: Kröner-Herwig B., Frettlöh J., Klinger R., Nilgen P. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Grundlagen-Diagnostik-Krankheitsbilder-Behandlung. 7. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg, 477-490.
- Thomas S. P., Johnson M. (2000): A Phenomenologic study of Chronic Pain. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 683-705.
- Tiroler Hospiz Gemeinschaft. Mobiles Palliativteam. www.hospiz-tirol.at/content/245/mobiles_palliativteam.html (18.10.2012).

- Traska T. K., Rutledge D. N., Mouttapa M., Weiss J., Aquino J. (2010): Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia. *Jornal of Clinical Nursing*. 21, 626-635.
- Tye M. (2009): The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/qualia/> (23.9.2012).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2012): The WHO Family of International Classification. www.who.int/classifications (13.4.2012).
- Wieteck P. et al. (2007): ENP Research & Development. Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways. http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP_wissenschaftliche_Hintergruende_Web_2007_de.pdf (19.7.2012).
- Wieteck P. (2009a): Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation EPN®. RECOM, Kassel.
- Wieteck P. (2009b): Abbildung der Kernprozess Arzt-Pflege in einer elektronischen Patientenakte (EPA). Lösungsansätze einer EPA. *Krankenhaus-IT-Journal*, 4, 64-66.
- Wieteck P. (2009c): EPN-European Nursing care Pathways. Standardisierte Fachsprache, Pflegediagnosen, -ziele und maßnahmen zur Abbildung pflegerischer Behandlungspfade. 5, 4-6.
- Wolf E., Birgerstam P., Nilner M., Petersson K. (2008): Nonspecific Chronic Orofacial Pain: Experiences and Perspectives with a Qualitative Approach. *Journal of Orofacial Pain*, 22, 4, 349-358.
- Woods-Dixon M., Agarwal S., Jones D., Young B., Sutton A. (2005): Synthesing qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, 1, 45-53.
- Zimmermann M. (1999): Psychologie von Nozizeption und Schmerz. In: Basler H-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.-P., Seemann H. (Hrsg.): *Psychologische Schmerztheorie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 59-104.

8. Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname: Ana Toromanova
Geburtsdatum: 17.06.1976
Geburtsort: Plovdiv; Bulgarien
Familienstand: verheiratet seit 09 / 2004
Kinder: Janina geboren 08 / 2005
Staatsangehörigkeit: Bulgarien – seit 2002 in Österreich



Ausbildung:

1983 -1991 Grundschole Alexander Dimitrov; Plovdiv
1991 – 1995 Technikum für Gemeinschaftsverpflegung; Plovdiv
Matura; 06 / 1995
2004 – 2007 Pharmazie; Uni Wien
seit SS 2007 Pflegewissenschaften; Uni Wien

Berufliche Erfahrung:

1995 – 2001 Losverkäuferin bei BYLBING EOOD & AITIER OOD;
Plovdiv
2001 – 2002 KassiererIn bei Ci - El- Elit EOOD; Burgas
2005 - 2010 Hilfskraft bei Baukoord DI Eigner GesmbH, Wien