

Chronische Schmerzen bei Migranten und Migrantinnen

Das Wissen und die transkulturelle Kompetenz von Pflegenden, bezüglich
der Schmerzerfassung von chronischer Schmerzen bei Migranten und
Migrantinnen

Bachelorarbeit

Im Rahmen der Bachelorausbildung

von

Stefanie Rossy
Bachelor 2007-2010

Erstgutachterin: Ulrike Renate Nigl - Heim

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor in Pflege

05.07.2010

Abstract

Hintergrund: Etwa 16% aller Erwachsener Menschen in der Schweiz leiden seit mindestens sechs Monaten mehrmals wöchentlich an Schmerzen mit einer hohen Intensität. Und jeder fünfte Einwohner beziehungsweise Einwohnerinnen in der Schweiz ist Migrant beziehungsweise Migrantin. Die genannten Zahlen zeigen, die Aktualität der Themen, nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch im Pflegealltag, wenn es den Betroffenen an pflegerischer Betreuung bedarf. Das bedeutet, dass Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen immer öfter mit der Betreuung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten konfrontiert sein werden. **Ziel:** Ziel dieser Literaturübersicht ist, die Frage nach dem Wissen und den kulturellen Kompetenzen von Pflegenden, bei der Schmerzerfassung und Betreuung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, welche an Schmerzen leiden, zu beantworten. Weiter sollen die daraus resultierenden Ergebnisse für Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen eine Hilfe sein, die verschiedenen Facetten von chronischen Schmerzen und Migration zu erkennen und zu erfassen. **Methode:** Zur Beantwortung der Fragestellung: Welches Wissen und welche transkulturelle Kompetenzen benötigen Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, um Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten stammend und an chronischen Schmerzen leidend, eine professionelle Schmerzerfassung und Betreuung zu gewährleisten?, wurden fünf, qualitative Studien und vier Reviews, der vergangenen 16 Jahre hinzu gezogen. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse wurden in fünf verschiedenen Themenbereiche unterteilt, welche sich aus der intensiven Bearbeitung der Studien und Reviews ergeben haben. Die Themen sind: Wissen aneignen, Erkennen von Schmerzausdrucksarten, Auf Kommunikation achten, Ressourcen erkennen und anwenden, Assessmentinstrumente anwenden und sich Stereotypisierung bewusst machen **Diskussion:** Der Zusammenhang und Einfluss der verschiedenen Themen untereinander wird diskutiert. Weiter werden die Ergebnisse in Verbindung mit den kulturellen Kompetenzen (Hintergrundwissen/ Erfahrungen, Selbstreflexion und Empathie) und dem bipolaren Modell der interkulturellen Sensibilität von Milton J. Bennett gebracht.

Danksagung

Hiermit möchte die Autorin gerne einigen Personen für ihre Unterstützung, beim Verfassen ihrer Bachelorarbeit danken. Zuerst bedankt sie sich bei ihrer Begleitperson, Ulrike Renate Nigl-Heim, dass sie für die Beantwortung ihrer Fragen zur Verfügung gestanden ist. Weiter bedankt sie sich für das Querlesen und für Vorschläge der Verbesserung. Als zweites möchte die Autorin ihrer Mutter für die Unterstützung, beim Übersetzen der Studien vom Englischen ins Deutsche danken. Ein grosser Dank geht auch an diejenigen, welche die Arbeit der Autorin, Korrektur gelesen und ihr Ideen für eine Optimierung gegeben haben. Einer Person möchte die Autorin zusätzlich ein grosses Dankeschön aussprechen, und zwar ihrer Mentorin, welche ihr vor allem in der letzten Phase der Arbeit mit ihren motivierenden Zusprüchen zur Seite gestanden ist. Ansonsten dankt die Autorin allen, welche an dieser Stelle noch nicht genannt wurden, aber eine grosse Hilfe, für sie waren.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	6
1.1. Problembeschreibung	6
1.2. Fragestellung	8
1.3. Ziele und Absichten der Literaturübersicht	8
2. Theoretischer Überblick zum Thema chronischer Schmerz	9
2.1. Chronischer Schmerz	9
2.2. Einflüsse auf den Schmerz	9
2.3. Die Schmerzerfassung.....	10
2.4. Kultur und Schmerz	12
3. Theoretischer Überblick zum Thema Migration	13
3.1. Die Kultur.....	13
3.2. Die transkulturelle Kompetenz	13
3.3. Theoretischer Rahmen	15
4. Methode	16
4.1. Ablauf der Literaturrecherche	16
4.2. Das Design	16
4.3. Gütekriterien	17
4.3.1. Reliabilität.....	17
4.3.2. Validität	17
4.4. Suchbegriffe und Suchkriterien.....	18
4.5. Auswahl der gefundenen Studien.....	18
4.6. Beurteilung der gefundenen Studien	19
4.7. Ethische Überlegungen	19
4.8. Vorgehen der Analyse nach Mayring	20
5. Ergebnisse der Studien	21
5.1. Kurze Vorstellung der Studien.....	21
5.2. Wissen aneignen.....	22
5.2.1. Erkennen von Schmerzausdrucksarten	25
5.2.2. Auf Kommunikation achten.....	25
5.2.3. Ressourcen erkennen und anwenden	26
5.2.4. Assessmentinstrumente anwenden	27
5.2.5. Sich Stereotypisierung bewusst machen	28
6. Diskussion	30
6.1. Allgemeine Bewertung der Resultate.....	30
6.1.1. Vergleich aller Themen untereinander	31
6.2. Interpretation der Resultate	32
6.2.1. Empathie	32
6.2.2. Hintergrundwissen/ Erfahrungen	33

6.2.3. Selbstreflexion	35
6.3. Vernetzung mit dem interkulturellen Modell von Milton J. Bennett.....	37
7. Schlussfolgerung für die berufliche Praxis	39
7.1. Beantwortung der Fragestellung	39
7.2. Bedeutung für die Pflege.....	41
7.3. Empfehlung für die Praxis	42
7.4. Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten	43
7.5. Lernprozess der Autorin.....	44
7.5.1. Lernprozess zur Thematik	44
7.5.2. Lernprozess zur Bearbeitung der Studien.....	44
8. Literaturverzeichnis	46
9. Glossar	49
10. Anhang	53
A: Entstehung des Schmerzes	53
B: Migrationsprozess	53
C: Bipolares Modell der interkulturellen Sensibilität von Milton J. Bennett	53
D: Schritte einer systematischen Literaturübersicht von Polit, Beck und Hungler (2004).....	53
E: Stufen der Evidenzhierarchie	53
F: Suchprotokoll	53
G: Beurteilung einer qualitativen Studie von Behrens und Langer (2004)	53
H: Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004)	53
I: Iowa Model of Evidence-Based Quality Care von Titler, Steelman, Budreau, Burckwalter und Goode (2001)	53
J: Zusammenfassungen der gefundenen und mit einbezogenen Studien.....	53
K: Kurze Zusammenfassung der Bewertung der Studien.....	53
L: Zeitpläne.....	53
M: Selbstständigkeitserklärung.....	53

1. Einführung

Das von der Autorin gewählte Thema, „chronische Schmerzen im Zusammenhang mit Migration“ beinhaltet im Wesentlichen zwei Aspekte, zum einen der Aspekt der Migration und zum anderen der Aspekt der chronischen Schmerzen. Im nachfolgenden Kapitel geht die Autorin auf diese zwei Aspekte genauer ein, beschreibt daraus ein Problem und leitet eine Fragestellung ab. Anschliessend werden die Ziele und Absichten dargestellt.

1.1. Problembeschreibung

Um die Problematik von chronischen Schmerzen im Zusammenhang einer Migration¹ aufzuzeigen, werden nun die genannten Themen in Zusammenhang gebracht. Nach Strauss, Corbin, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczek und Wiener (1984, S.16 zitiert in Huber und Spirig, 2004) müssen sich Menschen mit chronischen Schmerzen im Alltag acht zentralen Herausforderungen stellen: Prävention medizinischer Krisen; Kontrolle der Symptome; Befolgen der vorgeschriebenen Behandlung und der Umgang mit Problemen, die aus dieser erfolgen; Prävention von oder das Leben mit sozialer Isolation; Anpassung an Veränderungen des Krankheitsverlaufs; Normalisierungsversuche sowohl bezüglich Interaktionen mit anderen als auch bezüglich Lebensstil; Bewältigung finanzieller Engpässe durch kostspielige Behandlungen und/ oder Arbeitsverlust und schlussendlich die Konfrontation mit psychischen Problemen sowie mit Schwierigkeiten im sozialen Netz. Auch Migranten und Migrantinnen müssen sich, den oben aufgezählten Herausforderungen stellen, jedoch kommen bei ihnen zusätzlich belastende Faktoren im Zusammenhang mit Migration hinzu. Denn Menschen welche entweder freiwillig oder unfreiwillig migrieren, werden durch verschiedene belastende Faktoren sowohl aus dem Herkunfts- als auch aus dem Gastland (Migrationsprozess/-Akt, Herkunft, Sprache, Religion, Familie, Status oder Arbeitsplatz) beeinflusst (Sluzki, 2001 zitiert nach Anderes, 2006). Sie machen zuerst einmal die eigentliche Migration mit ihren Phasen und Auswirkungen (Angst, Enttäuschung oder Überbelastung) durch. Sind sie im Gastland angekommen, werden sie mit weiteren Belastungen (Sprachbarrieren, Aufenthaltsstatus oder Arbeitsbedingungen) konfrontiert (Sluzki, 2001 zitiert nach Anderes, 2006). Alle diese Belastungen setzten dem Schmerz zu. Ausserdem hängen die Wahrnehmung und das Erleben von Schmerzen vom kulturellen Hintergrund einer Person ab (Lasch, 2000 zitiert in Huber und Spirig, 2004). Zum Beispiel werden in Afghanistan Schmerzen nur

¹ Siehe Glossar

bei vertrauten Personen der Familie offen gezeigt (Alban, Leiniger und Reynolds, 2000).

Diese oben beschriebenen Themen sind in der Pflegepraxis sehr aktuell, dies konnte die Autorin in einem ihrer Praktika beobachten. Die Migration begegnet uns auf verschiedene Weise, in verschiedenen Bereichen. Wie zum Beispiel auf der Strasse, in den Medien und immer häufiger auch im Spitalalltag. Dies bestätigt auch die Literatur, welche besagt, dass jeder fünfte Einwohner beziehungsweise Einwohnerin in der Schweiz Migrant beziehungsweise Migrantin ist (Kappus, 2008). Auch chronische Schmerzen werden häufig in der Literatur genannt. Eine Aussage welche dies verdeutlicht, wird von Wössmer, Loosli und Hochstrasser (2007) gemacht. Sie sagen aus, dass es in Deutschland rund fünf Millionen Schmerzpatienten- und Patientinnen mit erheblicher Beeinträchtigung des Lebensgefühls gibt, wovon 600 000 als „Problempatienten“ mit besonderer Betreuung bezeichnet werden. Um diese grosse Zahl von Patienten und Patientinnen adäquat zu betreuen, braucht es eine umfangreiche Schmerzerfassung. Diese wird zum Beispiel durch die visuelle Schmerzskala (VAS) durchgeführt, welche die Intensität (0 Punkte = keine Schmerzen, 10 Punkte = grösstmögliche Schmerzen) der Schmerzen erfasst. Den in der Schweiz sind es 16% aller Erwachsenen, welche seit mindestens sechs Monaten mehrmals wöchentlich an Schmerzen mit einer Intensität von über 5 - 10 Punkten leiden (Freisens, 2003 zitiert in Huber und Spirig, 2004).

Chronische Schmerzen sind nicht nur für die Patienten und Patientinnen eine Belastung, sondern können auch laut Ratsak und Schiebel - Piest (1992 zitiert in Thomm, 2000) für das Pflegefachmänner- und Frauen, durch die ständige Konfrontation mit den Schmerzpatienten- und Patientinnen zu Unsicherheit, depressiven Symptomen, Hilflosigkeit und Traurigkeit führen. Es können aber auch Abwehr und Zorn auftreten. Durch diese ständigen Belastungen, die Reaktionen darauf und das Fehlen von persönlichen Bewältigungsstrategien, seitens der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, kann es nach jahrelanger Konfrontation mit den verschiedenen Schmerzsituationen zu einem vermehrten Risiko an einem „Burnout - Syndrom“² zu leiden, kommen (Ekert und Ekert, 1994 zitiert in Thomm, 2000). Auch die Auseinandersetzung mit Migration beeinflusst die Arbeit der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen. Sie müssen sich, sowohl mit ihrem eigenen Gesundheitsverständnis und ihrer eigenen Kultur als auch mit dem Gesundheitsverständnis und der Kultur der Patienten und Patientinnen befassen, um Vorurteile

² Siehe Glossar

und Missverständnissen zu vermeiden und mit ihnen umgehen zu können. Weiter müssen sie sich Wissen über die verschiedenen Lebenswelten aneignen und den Umgang mit diesen immer wieder neu evaluieren, um sich transkulturelle Kompetenzen anzueignen. Um korrekt mit diesen Patienten und Patientinnen umzugehen ist nicht nur die transkulturelle Kompetenz bedeutend, sondern auch die adäquate Erfassung von chronischen Schmerzen. Daher stellt sich die Autorin die untenstehende Frage.

1.2. Fragestellung

Aus der oben beschriebenen Problematik stellt sich der Autorin folgende Frage:

Welches Wissen und welche transkulturelle Kompetenzen³ benötigen Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, um Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten⁴ stammend und welche an chronischen Schmerzen⁵ leiden, eine professionelle Schmerzerfassung⁶ und Betreuung zu gewährleisten?

1.3. Ziele und Absichten der Literaturübersicht

Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit möchte die Autorin anhand von wissenschaftlichen Studien, eine systematische Literaturübersicht zu dem Thema chronische Schmerzen und Migration verfassen. Die zu Beginn gestellte Frage wird beantwortet. Danach sollen die daraus resultierenden Ergebnisse den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen eine Hilfe sein, die verschiedenen Facetten von chronischen Schmerzen und Migration zu erkennen und erfassen. Diese Erfassung soll eine Unterstützung darstellen, um besser auf die individuellen und persönlichen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen einzugehen, um sie bei ihren chronischen Schmerzen professionell zu begleiten. Es soll mit Hilfe der Resultate, das benötigte Wissen und die transkulturelle Kompetenzen identifiziert werden, um die Betreuung, von chronischen Schmerzpatienten- und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, zu verbessern. Wie in der Problembeschreibung beschrieben, kann der chronische Schmerz auch eine Belastung für die Pflege darstellen. Somit können die Resultate die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen indirekt helfen, ihre Betreuung zu optimieren.

Im nachfolgenden Kapitel, werden einige theoretische Inhalte zum Thema Schmerz behandelt.

³ Siehe Glossar

⁴ Siehe Glossar

⁵ Siehe Glossar

⁶ Siehe Glossar

2. Theoretischer Überblick zum Thema chronischer Schmerz

In diesem Kapitel wird von der Autorin theoretisches Wissen über das Thema Schmerz beschrieben. Als erstes wird kurz erklärt, was chronischer Schmerz ist. Dann folgen die verschiedenen Einflussfaktoren, und die Beschreibung der Schmerzerfassung. Zum Schluss möchte die Autorin den Zusammenhang zwischen Kultur und Schmerz aufzeigen.

2.1. Chronischer Schmerz

Der chronische Schmerz ist ein Geschehen über eine längere Zeitdauer. Er dient im Gegensatz zum akuten Schmerz, nicht mehr als Warnsignal. Chronische Schmerzen nehmen eine sehr belastende Stellung im Leben eines Betroffenen ein, da sie alle Sinneseindrücke, wie Wahrnehmung, Anteilnahme oder Freude trüben können. Laut Menche (2004) verändern sie den Tagesablauf und schränken die Lebensqualität ein. Langfristig gesehen, stören sie die Lebensplanung der Betroffenen und ihren Angehörigen. Oft werden auch zwischenmenschliche Beziehungen dadurch gestört. Ständige Präsenz der Schmerzen kann dazu führen, dass der Tages- und Nachtrhythmus gestört wird, und dadurch keine Erholungsphasen mehr erfolgen. Beispiele für chronische Schmerzen sind, Rheuma⁷, Multiple Sklerose⁸, Neuralgien⁹ oder Tumorschmerzen¹⁰ (Binggeli, 1998, S.28-29). Im Anhang A befindet sich zusätzlich eine Darstellung, wie Schmerz entsteht.

2.2. Einflüsse auf den Schmerz

Die Schmerzerfahrung wird durch Alter, Geschlecht, frühere Erfahrungen mit Schmerz und durch den kulturellen Hintergrund beeinflusst. Diese Einflüsse, sollten den Pflegefachmänner- und Frauen bewusst sein, um beim Durchführen der Schmerzerfassung (diese Thematik wird weiter unten, genauer behandelt) vorurteilslos und unvoreingenommen zu sein (Carr & Mann, 2002). Auch nach Binggeli (1998) spielt die kulturelle Sicht eine bedeutungsvolle Rolle. Die Kultur in der man lebt, nimmt Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit. Die Persönlichkeit nimmt wiederum Einfluss auf das Schmerzempfinden und den Umgang mit Schmerzen, daher ist es wichtig den Schmerz auch aus einer kulturellen Sicht zu beleuchten. Man kann beobachten, dass in vielen

⁷ Siehe Glossar

⁸ Siehe Glossar

⁹ Siehe Glossar

¹⁰ Siehe Glossar

westlichen Kulturen bei Schmerzen nach einem Schuldigen gesucht wird. Viele Urvölker versuchen jedoch einen Sinn im Schmerz zu finden und mit Opfergaben die Götter milde zu stimmen. Jede Kultur reagiert also anders, jedoch spielt sich das Verhalten bei Schmerzen bei allen Kulturen nach einem erlernten Muster ab. Dies kann anhand einer Untersuchung von Zborowski erläutert werden. Er schrieb 1969 in seinem Buch „People in Pain“, dass zwei ethnisch-kulturell unterschiedliche Gruppen, Altamerikaner und Irischamerikaner, aus verschiedenen Gründen zurückhaltend mit Schmerzäusserungen sind, während Jüdisch- und Italoamerikaner Schmerzen früher äussern (Binggeli, 1998). Die Menschen mit jüdischer Abstammung sehen jedoch eine Befreiung im Schmerzausdruck, während die Menschen italienischer Herkunft, durch die Äusserung eher Hilfe erwarten. Dies soll als Beispiel einer durchgeführten Studie dienen, welche den Unterschied zwischen verschiedenen Lebenswelten aufzeigt. Schmerz ist nicht nur eine Wahrnehmung, sondern auch ein Gefühl. Daher nimmt die jeweilig, momentane Gefühlslage Einfluss auf die Schmerzen. Auch, bereits früher erlebte Schmerzen nehmen Einfluss auf das jetzige Erleben (Binggeli, 1998). Auf der Beziehungs- und Erfahrungsebene wird Schmerz leichter ertragen, wenn die betroffene Person sich in einem intakten, wohlbehüteten Umfeld befindet. Im Umgekehrten Fall, können laut Binggeli (1998) nicht intakte Beziehungen zur Verstärkung von Schmerzen führen. Neben den kulturellen Einflüssen auf Schmerz (Binggeli, 1998), wird in vielen fremden Lebenswelten Schmerzen auch aus religiöser Sicht betrachtet. Oft wird er als Strafe Gottes gesehen, vor allem bei den älteren Menschen; auch heute noch.

2.3. Die Schmerzerfassung

Zu Beginn einer Behandlung von Schmerzpatienten- und Patientinnen sollte als allererstes die Schmerzeinschätzung; das Schmerzassessment durchgeführt werden. Da der Schmerz nicht direkt messbar ist, wie andere Parameter, ist es von Wichtigkeit, dass die Einschätzung anhand der Mitteilungen des Patienten und der Patientin durchgeführt wird. Denn, Schmerz ist, was der Patient oder die Patientin als Schmerz empfindet (Menche, 2004). Die Schmerzerfassung wird anhand einer **Schmerzanamnese** durchgeführt, bei der zuerst die *Lokalisation* ermittelt wird. Ist der Schmerz streng lokalisiert (zum Beispiel an Wunden), ist er diffus (zum Beispiel bei Grippe-symptome) oder ist er ausstrahlend wie zum Beispiel bei einem Herzinfarkt. Der Patient/ die Patientin kann entweder auf die Stelle des Schmerzes zeigen oder ihn in eine Skizze einzeichnen. Dann folgt die Einschätzung der *Intensität*, also die Stärke des Schmerzes. Es wird nach den

Unterschieden der Schmerzen in Ruhe, bei Bewegung oder tiefem Einatmen sowie stärkster, durchschnittlicher und geringster Schmerz gefragt. Die *Qualität* des Schmerzes soll beschrieben werden, ist er zum Beispiel stechend, bohrend, ziehend, klopfend, krampfartig oder beklemmend. Auch die *zeitliche Dimension* ist ein wichtiger Faktor. Wann ist er zum ersten Mal aufgetreten, tritt er nur an bestimmten Tageszeiten auf, oder wann ist er am stärksten. *Verstärkende und lindernde Faktoren* werden erfragt, um sie in die Behandlung mit einzubeziehen. Inwiefern der Alltag der Betroffenen beeinflusst wird und ob Begleitsymptome vorhanden sind, sind weitere Fragen, welche zur Schmerzeinschätzung dienen. Als letztes werden noch *bisherige Therapien* erfragt, was wurde schon durchgeführt, was zeigte Erfolg und welche Therapien sollten nicht mehr angewendet werden (Menche, 2004). Weitere wertvolle Informationen geben die *Reaktionen der Angehörigen und anderen Bezugspersonen*, die *Stimmung der Patienten und Patientinnen* und ihre *persönlichen Einstellung zur Krankheit und den Schmerzen*. Zur weiteren Einschätzung werden nun auch verschiedene **Skalen und Einschätzungsinstrumente** verwendet, um die Schmerzen ganzheitlich zu erfassen. Hier wird nun von der Autorin eine Auswahl von solchen Skalen und Einschätzungsinstrumenten beschrieben, wobei zu vermerken ist, dass es je nach Literatur noch weitere gibt. Eine Skala, ist zum Beispiel die *visuelle Analogskala (VAS)*. Dies ist eine 10cm lange Linie, auf deren einen Ende „überhaupt kein Schmerz“ und auf dem anderen Ende „schlimmste, vorstellbarer Schmerz“ vermerkt ist. Der Patient/ die Patientin wird nun aufgefordert, seinen/ ihren Schmerzbeschreibung mit einem Punkt zu markieren. Wichtig dabei ist, dass der Patient oder die Patientin sich konzentrieren können. Nun wird der Abstand zwischen „überhaupt kein Schmerz“ und der Markierung des Patienten/ der Patientin gemessen und dokumentiert. Ein weiteres Instrument stellt die Kurzform des *McGill-Pain- Questionnaire* dar. Dies ist das meistgenutzte Schmerzassessmentinstrument, besonders bei chronischen Schmerzen. Es beinhaltet 78 Wörter, welche in 20 Gruppen untergliedert sind. Diese werden nochmals in vier Hauptdimensionen der Schmerzqualität unterteilt. Jedes Wort ergibt einen Punktwert. Der Patient und die Patientin sollen nun alle Wörter markieren, welche seinen/ ihren Schmerz am besten beschreiben. Vor allem im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen sind **Schmerztagebücher** sehr hilfreich, da so verstärkende/ hemmende Faktoren festgehalten werden können. Somit verleiht man dem Patienten/ der Patientin ein Gefühl von Kontrolle, wenn er/ sie seine/ ihre Erfahrungen und Notizen in die Behandlung mit einbringen können. Hier wurden von der Autorin, Möglichkeiten genannt, wie bei Patienten und Patientinnen vorgegan-

gen wird, welche sich verbal mitteilen können. Laut Menche (2004) sind die nonverbale Kommunikation, die Beobachtungen und die Mitteilungen von Angehörigen von grosser Wichtigkeit, wenn Patienten und Patientinnen die deutsche Sprache schlecht oder gar nicht sprechen. In diesen Fällen, ist es wichtig übersetzte Versionen der Erfassungsinstrumente und Skalen bereit zu stellen und wie oben beschrieben auf die nonverbale Kommunikation, die Beobachtungen und die Mitteilungen von Angehörigen zu vertrauen.

2.4. Kultur und Schmerz

Schmerz ist das meist empfundene Gefühl, eines Menschen. Laut Bates und Edwards (1992) leiden zwischen 50 und 80 Millionen AmerikanerInnen an chronischen Schmerzen. Schmerz ist ein komplexes biologisches, psychologisches, soziales und existentielle Phänomen (Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan, 2003). Jede individuelle Erwartung bezüglich Krankheiten und Schmerz werden durch spezifische, soziale Situationen und der Lebensgeschichte beeinflusst (Bates & Edwards, 1992). Bates und Edwards (1992) zeigen, dass in verschiedenen Studien bewiesen wurde, dass der ethnische oder kulturelle Hintergrund einen Einfluss auf die Einstellung der Menschen bezüglich Schmerzen, Symptomen, Erkrankungen und deren Behandlung haben. Durch die sich immer mehr verändernde Gesellschaft, mit verschiedenen Kulturen, müssen sich Pflegefachpersonen im 21. Jahrhundert verschiedenen Herausforderungen stellen. Denn die Patienten und Patientinnen kommen in die Spitäler mit verschiedenen Bedürfnisse, Überzeugungen, Verhalten und Familiendynamiken, welche durch ihre Kultur beeinflusst werden (Starr & Wallace, 2009). Um dieser Vielfalt an verschiedensten Kulturen kompetent zu begegnen, muss laut Starr und Wallace (2009) das Augenmerk auf die kulturellen Kompetenzen gelegt werden. Diese können mit dem Cultural Competence Assessment (CCA) eingeschätzt und überprüft werden. Jedoch zeigte die Studie von Starr und Wallace (2009), dass die Pflegenden ihre persönlichen kulturellen Kompetenzen sehr schlecht einschätzen. Sie äusserten weiter, dass ihnen zusätzliche, spezifische Schulungen und das Wissen fehle, wie sie den Patienten und Patientinnen, welche aus fremden Lebenswelten stammen und an chronischen Schmerzen leiden, umgehen müssen, um ihnen eine professionelle Schmerzerfassung und Betreuung gewährleisten zu können.

Oben wurde von der Autorin das Thema Schmerz behandelt, im nächsten Kapitel folgt das Thema über die Migration.

3. Theoretischer Überblick zum Thema Migration

Im nachfolgenden Kapitel wird beschrieben, was Kultur ist und bedeutet. Anschliessend folgt die Erläuterung der transkulturellen Kompetenz und zum Schluss wird die Autorin ebenso die Beschreibung des Modelles der interkulturellen Sensibilität von Milton J. Bennett aufzeigen.

3.1. Die Kultur

Kultur ist die Gesamtheit der geistigen und künstlerischen Lebensäusserungen einer Gesellschaft oder eines Volkes. Teilaspekte davon sind die Sprache, die Sitten und Gebräuche, die Lebensgewohnheiten, der Umgang mit Krankheit und Kranken und die Einstellung zu Leiden, Schmerz und Tod (Menche, 2004). Die Kultur ist ein komplexes Ganzes, welches Wissen, Glaubensvorstellungen, Kunst, Moral, Gesetze, Bräuche und alle anderen Fähigkeiten und Eigenschaften, die man als Mitglied einer Gesellschaft erwirbt, einschliesst (Domenig, 2007). Es ist sehr schwierig diesen Begriff zu definieren, da jedes Individuum sich seine eigene Lebenswelt konstruiert, welche von biographischen Erfahrungen, äusseren Lebensbedingungen und soziokulturellen Hintergründen geprägt ist. Auch der Blick auf das so genannt „Fremde“ ist vom eigenen Hintergrund beeinflusst, daraus lässt sich schliessen, dass es keine objektiven Beobachtungen und Wahrnehmungen auf andere Lebenswelten gibt (Domenig, 2007). Nachdem die Kultur definiert wurde, möchte die Autorin noch auf die Migration aufmerksam machen. Wie in der Problembeschreibung erklärt wurde, stellen sich chronischen Schmerzpatienten- und Patientinnen verschiedenen Herausforderungen. Diese erfahren auch die Migranten und Migrantinnen, zusätzlich, kommt die Belastung des Migrationsprozesses (Anhang B) hinzu. Daher möchte die Autorin diesen beschreiben, um das Verständnis für die Belastungsfaktoren zu erweitern.

3.2. Die transkulturelle Kompetenz

Fremdheit findet immer in Abgrenzung zum Eigenen statt. Also sollte man in einer professionellen Begegnung zwischen Menschen aus unterschiedlichem Milieu (Schulze, 1992 zitiert in Kränzle, Schmid & Seeger, 2007) deshalb unabdingbar zunächst das Eigene erkunden und in Frage stellen. Das Fremde bildet sich erst in Bezug auf das Eigene heraus. Verstehbar wird es erst durch Verknüpfung mit dem Bekannten, also dem Eigenen (Dornheim, 2007, zitiert in Domenig, 2007). Transkulturalität stellt nicht das Zwischen- oder das Nebeneinander, sondern das Grenzüberschreitende ins Zentrum und

somit auch wieder das Verbindende und Gemeinsame (Domenig, 2007). Sie fordert dazu auf, Gemeinsamkeiten zu entdecken und aufeinander zuzugehen und zu verstehen, um Ab- und Ausgrenzungen zu verhindern. Anhand diesen, oben gemachten Aussagen, möchte die Autorin nun im Folgenden die transkulturellen Kompetenzen etwas näher beleuchten.

Die transkulturelle Kompetenz beinhaltet (Domenig, 2007) drei Säulen, das *Hintergrundwissen/ Erfahrungen*, die *Selbstreflexion* und die *Empathie*.

Das Hintergrundwissen/ Erfahrungen, als erste Säule beinhaltet verschiedenes Wissen, welches als Grundlage dienen soll. Dieses Wissen beinhaltet Kenntnisse über Kultur, Migration, Integration, Grund- und Menschenrechte, sowie über migrationsspezifische Lebenswelten. Auch der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit, Rassismus, rassistische Diskriminierung und Gewalt gehört zum Hintergrundwissen. Weiter sollten frauenspezifische Lebenswelten, Unterschiede in der sozialen Organisation (individuumzentriert versus soziozentriert) und angepasste Kommunikationstechniken bekannt sein. Selbstreflexion bedeutet, seine eigene Lebenswelt zu hinterfragen, indem Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst gemacht wird. Aber auch die Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten soll sich bewusst gemacht werden, um auch deren Perspektiven zu erfassen. Daraus lässt sich, die transkulturelle Pflege als die „Kenntnis der eigenen kulturellen Grundlagen, die Kenntnis über andere kulturelle Phänomene und die Synthese aus beiden im jeweiligen aktuellen Handlungskontext“ definieren. Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sollen eine transkulturell, kompetente Haltung einnehmen, indem sie die Bereitschaft zeigen, sich auf die äusserst vielschichtige Thematik einzulassen und die Offenheit, eigene Handlungsmuster und vertraute Sichtweisen in Frage zu stellen beziehungsweise stellen zu lassen. Als dritte und letzte Säule, nennt Domenig (2007) die Empathie. Dies ist die Fähigkeit einer Person, sich kognitiv in andere Menschen hineinzusetzen, seine Gefühle zu teilen und sich damit über sein Verstehen und Handeln klar zu werden. Es bedeutet, neugierig und aufgeschlossen für „andersartiges“, „fremdes“, „für uns nicht sofort verständliches“ zu sein. Um dies zu erreichen benötigt man Interesse, Geduld und die Bemühung, das „Fremde“ zu verstehen.

3.3. Theoretischer Rahmen

Als theoretischen Rahmen wählte die Autorin für ihre systematische Literaturübersicht das bipolare Modell der interkulturellen Sensibilität von Milton J. Bennett. Welches im Anhang C beigefügt wird. Mit diesem Modell kann festgestellt werden, wo sich eine Person hinsichtlich Begegnungen mit Menschen aus anderen Lebenswelten befindet. Das Modell ist unterteilt in einen kulturellen Absolutismus mit den drei Phasen: Ignoranz; Abwehr/ Verteidigung; Minimierung und einen kulturellen Relativismus mit den drei Phasen: Respekt; kontrollierter Perspektivenwechsel; Integration. Nun werden die einzelnen Phasen etwas genauer beschrieben. Die erste Phase ist die **Ignoranz**, sie beinhaltet, dass ein Individuum kein Interesse an kulturellen Unterschieden aufzeigt und diese ignoriert. Die eigenen Werte und Normen haben Gültigkeit. Als zweite Phase wird von Bennett die **Abwehr/ Verteidigung** beschrieben. Hier wird die eigene Lebenswelt als einzig lebbar und am weitesten entwickelt angesehen. Die eigene Kultur ist „überlegen“. Es erfolgt eine negative Stereotypisierung. Als nächstes folgt die **Minimierung**, in dieser Phase versucht das Individuum die eigene Weltsicht beizubehalten und nimmt nur oberflächliche Differenzierungen, wie zum Beispiel Kleiderordnung oder Essverhalten wahr. Man ist in dieser Phase nicht in der Lage andere Kulturen zu schätzen. **Respekt** wird als vierte Phase beschrieben, die Individuen zeigen gegenseitige Anerkennung, andere werden als verschieden von sich angesehen. Das heisst, dass kulturelle Unterschiede wahrgenommen werden. Beim **kontrollierten Perspektivenwechsel** besteht ein differenziertes Wahrnehmungsvermögen, um Fremden die eigene Kultur klar zu machen. Es besteht eine Neugier andere Lebenswelten zu erleben, zum Beispiel während einesurlaubes. Als letzte Phase nennt Bennett die **Integration**. Die Individuen haben die Fähigkeit zwischen Kulturen einen aufbauenden Kontakt zu erleichtern; für sich und für andere. Verschiedene kulturelle Facetten werden in die Identität integriert. Hier möchte nun die Autorin einen Link zu den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen machen. Für sie ist es wichtig, sich in den letzten drei Phasen zu bewegen, um den Patienten und Patientinnen möglichst mit Verständnis zu begegnen. Dieses Modell hat auch einen grossen Zusammenhang, mit den zuvor beschriebenen transkulturellen Kompetenzen, bei denen es wichtig ist seine eigene Kultur zu reflektieren und somit Menschen, oder in dem Fall der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, den Patienten mit dem grösstmöglichen Verständnis entgegen zu kommen.

An diesem Punkt hat die Autorin die Erläuterungen der theoretischen Aspekte beendet und es folgt die Beschreibung zur Methode und zum Vorgehen der Literaturrecherche.

4. Methode

Im Folgenden wird nun von der Autorin, die Methode beziehungsweise der Ablauf der Literaturrecherche dargelegt. Weiter folgen Erklärungen zu den Suchbegriffen und Suchkriterien, zuvor werden jedoch das Design und die Gütekriterien der Arbeit erörtert. Auch das Auswahlverfahren mit Ein- und Ausschlusskriterien und die Beurteilung der gefundenen Studien werden von der Autorin beschrieben. Zum Schluss folgen einige Ausführungen zu den ethischen Überlegungen.

4.1. Ablauf der Literaturrecherche

Durch die Erfahrungen in ihren Praktika, stiess die Autorin auf die Themen Schmerzen und Migration. Daraufhin recherchierte sie in Büchern und in der Suchdatenbank des Hans Huber Verlages nach Literatur. Aus diesen ersten Recherchen wurde dann eine für die Pflege relevante Problematik aufgezeigt und daraus eine Fragestellung abgeleitet. Diese wird die Autorin anhand einer systematischen Literaturübersicht beantworten. Als die Fragestellung klar war, wurde durch eine weitere Recherche, Literatur auf den Datenbanken Medline und CINAHL gesucht (weiter unten folgen die Erläuterungen zu den Suchbegriffen und Suchkriterien). Wurde von der Autorin eine Studie gefunden, wurde diese gelesen und zusammengefasst. Dabei wurden vor allem die Ergebnisse berücksichtigt. Zusätzlich zu dem Lesen und Zusammenfassen wurde jede einzelne Studie anhand ihres Designs mit einem Beurteilungsbogen bewertet. Wie die Autorin dabei genau vorgegangen ist, wird weiter unten im Punkt 4.5 beschrieben.

4.2. Das Design

Die gewählte Methode zur Themenbearbeitung ist eine systematische Literaturübersicht, bei der eine Fragestellung gezielt aufgrund relevanter Literatur bearbeitet wird. Dies wird durch die Verwendung, Beurteilung und Gewichtung mehrerer, verschiedener Studien erreicht, welche einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand liefern. Neben der Metaanalyse¹¹, des quasi- Experimentes¹² und der randomisiert- kontrollierten Studien¹³ befindet sich die systematische Literaturübersicht auf dem ersten Niveau der Evidenzstufen (University of Westminster, 2010). Der Vorteil einer systematischen Literaturübersicht ist, dass Fachliteratur zusammengefasst werden kann, um damit Pra-

¹¹ Siehe Glossar

¹² Siehe Glossar

¹³ Siehe Glossar

xiperspektiven oder Vorschläge für die Pflegepraxis abzuleiten. Somit ist es für die Autorin wichtig, die schon vorhandenen Studien zusammenzufassen, um sich einen Überblick zu verschaffen, wie Patienten und Patientinnen aus anderen Lebenswelten hinsichtlich ihrer chronischen Schmerzen professionell betreut werden können. Ausserdem können die folgenden zwei Ziele einer Bachelorausbildung erreicht werden. Kenntnisse über den gegenwärtigen Wissensstand der Forschung in einem Fachgebiet erlangen und zum anderen Studien verstehen und kritisch bewerten. Im Anhang L befindet sich der Zeitplan, an den sich die Autorin, für die Erstellung der Literaturübersicht gehalten hat. In ihrer Literaturübersicht, ist die Autorin genau nach den Schritten von Polit, Beck und Hungler (2004) vorgegangen. Diese Schritte werden im (Anhang D) angeführt.

4.3. Gütekriterien

Zur Bestimmung der Qualität von Forschungen wurden bestimmte Gütekriterien beschrieben. Ausserdem geben sie darüber Auskunft, ob die gefundenen Ergebnisse wissenschaftlich korrekt sind. Die Gütekriterien legen ihr Augenmerk auf die Erhebung und die Auswertung von Daten. Nun beschreibt die Autorin an dieser Stelle die beiden Gütekriterien Reliabilität und Validität (Mayer, 2007a).

4.3.1. Reliabilität

Die Reliabilität (Zuverlässigkeit, Beständigkeit) gibt an, ob wiederholende Messungen ein und desselben Gegenstandes oder Vorganges mit ein und desselben Messinstrumentes immer die gleichen Ergebnisse liefern. Im Zusammenhang mit der Literaturübersicht wurde die Suchstrategien so aufgezeigt, dass sich bei einer erneuten Recherche, dieselben oder ähnlichen Ergebnisse erbringen würden. Wird ein Instrument mehr als einmal zur Messung eines bestimmten, gleich bleibenden Verhaltens/ Gegenstandes verwendet, müssten die Resultate gleich sein. Nur, wenn dies der Fall ist, wird das Instrument als reliabel (zuverlässig) bezeichnet (Mayer, 2007a).

4.3.2. Validität

Bei der internen Validität (Bewertung der Glaubwürdigkeit) geht es darum festzustellen ob es tatsächlich die unabhängig Variable war, welche die Veränderung der Abhängigen Variablen bewirkt hat (LoBiondo, 2005). Für Aussagen oder in empirischen Studien gezogene Schlussfolgerungen wird ein hoher Grad an interner Validität angenommen,

wenn Alternativerklärungen für das Vorliegen oder die Höhe der gefundenen Effekte weitestgehend ausgeschlossen werden können (LoBiondo, 2005). Die interne Validität der Studien wurde anhand der Beurteilungsraster von Behrens und Langer (2004) geprüft. Die externe Validität (Bewertung der Zuverlässigkeit) hat mit Problemen der Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen auf andere Populationen und Situation zu tun. Sie fragt danach, unter welchen Bedingungen und mit welcher Art von Untersuchungsteilnehmern gleiche Ergebnisse zu erwarten sind. Die externe Validität wurde geprüft, indem analysiert wurde, für welche Population die Ergebnisse verwendet werden können (LoBiondo, 2005).

4.4. Suchbegriffe und Suchkriterien

Mit folgenden Suchbegriffen hat die Autorin, während einer Periode von April 2009 bis Juni 2010 auf den Datenbanken CINAHL und Medline nach geeigneten Studien gesucht, um ihre zu Beginn formulierte Fragestellung zu beantworten. Die Suchbegriffe waren: chronic pain, trans- cultural competence, migration, diverse culture, cultural stamp, sensation from hurt, culture, experience of pain, experience of chronic pain, hurt statement, other life world und nursing assessment. Diese Begriffe wurden auf den oben genannten Datenbanken beliebig kombiniert. Anfangs wurden Studien gesucht, welche in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden, als diese Limits nicht die von der Autorin gewünschten Ergebnisse brachte, wurde die Limits auf die letzten zehn Jahre erhöht. Bezüglich der Sprachen wurden Studien in englischer, deutscher und italienischer Sprache gesucht, auch dies brachte nicht den gewünschten Effekt, dadurch beschränkte sich die Autorin auf englische Studien. Als die Autorin, für die Beantwortung ihrer Fragestellung auf CINAHL und Medline keine geeigneten Studien mehr finden konnte, durchsuchte sie die Referenzen, der bisher gefundenen Studien und konnte so noch weitere, geeignete Studien für ihre Fragestellung finden. Das genaue Suchprotokoll wird im Anhang F aufgeführt.

4.5. Auswahl der gefundenen Studien

Zur Auswahl der Studien wurde zuerst der Titel begutachtet, dieser sollte den Inhalt grösstenteils schon enthalten haben. Danach wurden die Zusammenfassungen der Studien gelesen, um die gewünschten Inhalte besser beurteilen zu können. Mit Hilfe der Fragestellung, welche zu Beginn aufgestellt wurde und den Einschlusskriterien wurden

dann schlussendlich die Studien ausgewählt, welche gelesen, bewertet und zusammengefasst werden sollten.

Einschlusskriterien:

- Studien, welche Elemente von Kompetenzen beschreiben, oder testen, die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sich aneignen sollten, um Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen, im Migrationskontext professionell zu betreuen
- Studien, über Erfahrungen von Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen mit den chronischen Schmerzpatienten- und Patientinnen
- Studien, welche Informationen aus verschiedenen Lebenswelten beschreiben

4.6. Beurteilung der gefundenen Studien

Hat die Autorin, die gefundenen Studien, mit den oben aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien bewertet, folgt die genauere Betrachtung und Beurteilung durch nachfolgende Bewertungsraster. Qualitative Studien und Reviews wurden mit dem Raster für die Beurteilung einer qualitativen Studie und Beurteilung von Systematischen Übersichtsarbeiten oder Meta – Analysen, beide von Behrens und Langer (2004) bewertet. Bei beiden Rastern wurden die Studien mit einbezogen, wenn sie von 12 Punkten, neun erreicht hatten. Diese zwei Beurteilungsraster werden im Anhang G und H angeführt. Im Anhang K sind die Bewertungen im Einzelnen, kurz zusammengefasst.

4.7. Ethische Überlegungen

Ziel der Ethik¹⁴ bei Forschungsarbeiten, ist das Recht der Teilnehmer und Teilnehmerinnen an der Studie zu schützen und die Forschungsmethode korrekt anzuwenden. Abgeleitet von den ethischen Grundprinzipien (Autonomie, Gutes tun, Nicht schaden und Gerechtigkeit) (vgl. SBK, 1998, zitiert in Mayer, 2007a) werden in der Forschung folgende drei Grundprinzipien zum Persönlichkeitsschutz der Forschungsteilnehmenden definiert: Die *umfassende Information und freiwillige Zustimmung* bedeutet, dass der Forschungsteilnehmende und die Forschungsteilnehmende über Ziel und Zweck der Studie, über das Vorgehen, über ihre Rolle dabei und über mögliche Risiken aufgeklärt werden (Mayer, 2007a). Das heisst, dass die Teilnehmer/ Teilnehmerinnen, im Fall dieser Arbeit, Pflegefachmänner- und Frauen, ihre Zustimmung informiert werden und ihre Zustimmung geben. Sie sollten auch auf das Recht aufmerksam gemacht werden die

¹⁴ Siehe Glossar

Teilnahme zu verweigern oder sie jederzeit abzubrechen, ohne jegliche Konsequenzen zu erleiden. Die Erfüllung all dieser Bedingungen wird als aufgeklärte Einwilligung bezeichnet. *Anonymität* ist dann gewährleistet, wenn die Zusicherung da ist, dass die Identität des Teilnehmenden/ der Teilnehmenden bewahrt ist. Die erarbeiteten Informationen sollten so dargestellt werden, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gemacht werden können. Im Punkt *Schutz der Einzelnen vor eventueller psychischer und physischer Schäden*, muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Forschung derartige Risiken beinhaltet. Die Forschung mit Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen werden nicht der Ethikkommission vorgelegt, da es für sie am Arbeitsplatz kaum Risiken gibt. Es ist nicht möglich alle Risiken und Nebenwirkungen zu beseitigen. Sollten zu viele Risiken auftreten, muss die Forschung sofort abgebrochen werden (Mayer, 2007a). Neben den ethischen Überlegungen, sollten natürlich auch die rechtlichen Aspekte beachtet werden, das bedeutet, dass Forscher und Forscherinnen die Pflicht haben, die Menschenwürde und die gesetzlichen Rechte der Patienten und Patientinnen zu sichern. Jedoch sind die beiden Aspekte nicht immer einfach voneinander zu trennen (Mayer, 2007b). Siehe dazu auch das Grundlegendokument der HES-OS Freiburg: „Memento zur Datenschutzgesetzgebung und zu den Ethikrichtlinien“ (Fachhochschule für Gesundheit, 2010).

Es folgt im nächsten Kapitel die Darstellung der Ergebnisse, welche sich bei der Bearbeitung der gefundenen Studien herauskristallisiert haben.

4.8. Vorgehen der Analyse nach Mayring

Dies ist ein Verfahren, um einen Text systematisch zu analysieren (Mayer, 2007b). Zuerst wird festgelegt, welche Dokumente (in diesem Fall qualitative Studien und Reviews) für die Forschungsfrage von Bedeutung sind. Die Autorin, hat diesen Schritt mit der Literaturrecherche erfüllt. Danach werden zur Analyseeinheiten, Analysedimensionen und Analysekatoren festgelegt. In dieser Arbeit wurden die gefundenen Studien, mit Hilfe der Bewertungsraster von Behrens und Langer (2004) beurteilt. Mit diesen Rastern wurden die Dokumente (Studien) systematisch bewertet (Mayer, 2007b). Zum Schluss werden Kategorien oder Themen bestimmt. In diese werden die einzelnen Resultate der Dokumente eingeteilt. Die Autorin, hat wie schon weiter oben erwähnt sechs Themen für ihre Arbeit bestimmt. Die Resultate hat sie danach in diese Themen unterteilt (Mayring, 2000).

5. Ergebnisse der Studien

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der bearbeiteten Studien zusammengetragen, welche in verschiedene Themenbereiche unterteilt werden, welche Elemente aufzeigen, die die Kompetenzen von Pflegefachmänner- und Frauen fördern, um Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen zu betreuen. Es wurde von der Autorin darauf geachtet, die Aussagen der Studienverfasser nicht verändert wurden.

5.1. Kurze Vorstellung der Studien

Für die Literaturübersicht verwendete die Autorin im Ganzen neun Berichte (siehe Tabelle weiter unten). Fünf hatten ein qualitatives Design, vier waren Reviews. Drei der qualitativen Studien und drei der Reviews erwähnen das Thema Schmerz in Verbindung mit Kultur. Die letzten zwei qualitativen Studien beschäftigen sich mit dem Thema Kultur allgemein, ohne den Schmerz zu erwähnen. Eine Review spricht von den Einflüssen der Kultur, jedoch ohne das Eingehen auf das Thema Schmerz. Da die einbezogenen Designe verschieden waren, stellte sich der Vergleich der Resultate, als für die Autorin etwas schwierig dar. Die Zusammenfassungen der bearbeiteten Studien und deren Ergebnisse befinden sich im Anhang J. Zu den jeweiligen Themen, werden immer zuerst die Ergebnisse der qualitativen Studien aufgezeigt, danach die Ergebnisse der Reviews. Aus der Bearbeitung der Ergebnisse haben sich sechs Themen herauskristallisiert: Wissen aneignen, Erkennen von Schmerzausdrucksarten, auf Kommunikation achten, Ressourcen erkennen und anwenden, Assessmentinstrumente anwenden und sich Stereotypisierung bewusst machen.

Strategie	Autor(en)/ Jahr	Titel	Design
PubMed (18.01.10, 8.35) Cultural aspects/ chronic pain/ Humans/ full Text/ Englisch	Patel, S., Peacock, S.M., McKinley, R.K., Clark Carter, D. & Watson, P.J.; 2008	GPs experience of managing chronic pain in a South Asian community – a qualitative Study of the consultation process	Qualitative Studie
Related Artikel	Sturkenboom, I., Dek- ker, J., Schep- pers, E., Don- gen, E. & Dek- ker, J.; 2007	Healing care? Reha- bilitation for female immi- grant patients with chronic	Qualitative Studie

		pain from a family perspective	
CINAHL (08.06.10, 14.00) Cultural competence	Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K.; 2010	Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seeker	Qualitative Studie
Related Artikel	Vydelingum, V.; 2005	Nurses 'experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England	Qualitative Studie
Related Artikel	Walker, A.C., Tan, L. & George, S.; 1995	Impact of culture on pain management: An Australian nursing perspective	Qualitative Studie
Related Artikel	Lowe, J. & Archibald, C.; 2009	Cultural Diversity: The Intention of Nursing	Review
CINAHL (23.11.09, 7.15)	Davidhizar, R., Giger, J.N.; 2004	A Review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse	Review
Related Artikel	Weber, S.; 1996	Cultural Aspects of Pain in Child-bearing Women	Review
Related Artikel	Galanti, G.-A.; 2005	Culturally Competent Rehabilitation Nursing	Review

5.2. Wissen aneignen

Sich Wissen aneignen heisst, sich mit Hilfe der neusten Forschungsergebnisse auf dem Laufenden halten (Walker, Tan & George, 1995). Das Wissen, welches man sich aneignen sollte, beinhaltet zum Beispiel Informationen über den Einfluss der Migration auf Einzelpersonen oder die Familie. In einigen Kulturen ist es üblich, dass der Arzt immer

noch eine sehr hohe Stellung hat, und die Patienten und Patientinnen somit in der Hierarchiestufe weiter unten sind. Sie trauen sich nicht ihre Meinung bezüglich ihrer Schmerzen zu äussern. Sie glauben, nur die Diagnose des Arztes kann stimmen. Es gibt jedoch sehr viele Patienten und Patientinnen, die sich eine eigene Vorstellung machen, warum sie Schmerzen haben. Das kann zum Beispiel physischer oder physikalischer Stress sein, oder das Klima, in welchem sie im Gastland leben (Sturkenboom, Dekker, Scheppers, Van Dongen & Dekker, 2007). Einige Patienten und Patientinnen glauben sogar, dass sie eine persönliche oder familiäre Vulnerabilität¹⁵ für Krankheiten besitzen. Da Patienten und Patientinnen oft Ängste bezüglich ihrer Schmerzen und deren Therapie zeigen (Galanti, 2005), sollten sich die Pflegefachmänner/ die Pflegefachfrauen natürlich Wissen über den Schmerz allgemein, aber auch über seine Therapie aneignen (Walker, Tan & Geroge, 1995).

Folgend werden nun weitere Beispiele aufgeführt, welches Wissen sich die Pflegefachpersonen aneignen sollten. Die folgenden Resultate stammen alle von Suurmond, Seelman, Rupp, Goosen & Stronks (2010). In dieser qualitativen Studie wurden die benötigten kulturellen Kompetenzen für die Betreuung Asylsuchender untersucht, welche in einem Zentrum für Asylsuchende von Pflegenden behandelt wurden. Zum einen ist das Wissen über die politische und humanitäre Situation im Herkunftsland wichtig. Daraus können die Pflegefachpersonen zwischen diesen und den Erkrankungen einen Zusammenhang herstellen. Welche Informationen benötigt werden, entscheidet die Pflege je nach Situation. Auch das Wissen über Epidemiologie und die Manifestation von Krankheiten im Herkunftsland sind wichtig. Welche Wirkungen hat das Flüchtlingsleben auf die Gesundheit? Was hat der Patient/ die Patientin vor, während und nach der Reise erlebt? Einige Beispiele, wieso diese Informationen wichtig sind: vor der Reise (Knochenbrüche als Zeichen von Folter), während der Reise (Unterschiede des Gesundheitszustandes, je nach Reisedestinations) und nach der Reise (die bisherigen Erlebnisse nehmen Einfluss auf die psychische Gesundheit). Die Pflegefachmänner- und Frauen sollten sich über die juristischen Rahmenbedingungen unter denen die Patienten und Patientinnen leben, informieren. Ihnen sollte erklärt werden, dass die besprochenen Informationen vertraulich bleiben und sie keinen Einfluss auf den Entscheid für eine Aufenthaltsbewilligung haben. Weiter sind Fähigkeiten wichtig, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Diese Beziehung hilft dem Patienten/ der Patientin sich gegenüber

¹⁵ Siehe Glossar

der Pflege offen zu äussern. Die Pflege kann dadurch leichter Fragen über traumatische Erlebnisse und Persönliches stellen. Bei dieser Art von Fragen muss immer mit grösster Vorsicht vorgegangen werden, da die Fragen schlimme Erinnerungen hervorrufen könnten. Da sich die Patienten und Patientinnen in einem fremden Gesundheitswesen befinden, sollte ihnen erklärt werden, was sie erwartet. Es sollte mit ihnen alles besprochen werden, somit fühlen sie sich in die Pflege mit einbezogen. Zum Schluss fassen die Autoren dieser Studie nochmals zusammen, welche Wissen sich die Pflegefachmänner- und Frauen aneignen sollten, Wissen über das Herkunftsland, die Körpersprache und Unterschiede im Ausdrücken von Schmerz, zum Beispiel (Suurmond et al., 2010).

Um am Schnellsten an das nötige Wissen zu kommen, ist es das Beste den Patienten/ die Patientin direkt nach ihrem Hintergrund, Kultur, Werte oder Normen zu fragen. Denn sie können am besten über sich selber Auskunft geben. Diese Aussage machte Galanti (2005) in ihrer Review, in der sie erklärte, wieso das Wissen über die Kultur der Patienten und Patientinnen für die Pflegenden wichtig ist. Die oben aufgeführte Situation, dass erstens einige Wissenslücken vorhanden sind und zweitens sehr viele Dinge beachtet werden müssen, schlagen die Studien von Walker, Tan und George (1995) und Vydelingum (2006) vor, dass durch entsprechende Weiterbildungen und Standards die Pflege von Patienten und Patientinnen aus anderen Lebenswelten verbessert werden kann. In der Review von Lowe und Archibald (2009), in der die kulturellen Unterschiede auf die Pflege untersucht, und Verhalten und Handlungen für die Verbesserung der kulturellen Pflege vorgeschlagen wurde, beschrieben sie, dass neben dem Aneignen des vorher beschriebenen Wissens, die Pflegenden sich auch ihre Kultur und ihren Überzeugungen bewusst werden sollten, damit sie sich der Kultur ihrer Patienten und Patientinnen widmen können. Haben sich die Pflegenden diese Kenntnisse angeeignet, sollten sie diese kulturellen Aspekte in alle Bereiche der Pflege mit einbeziehen (Lowe & Archibald, 2009). In einer qualitativen Studie von Walker, Tan und George (1995) wurden Pflegenden aus Australien nach, kulturellen Aspekten und Wissen, Überzeugungen und deren Einfluss auf das Schmerzmanagement gefragt. Sie konnten aufzeigen, dass das Potenzial an verschiedenen Kulturen und das Wissen der Pflege über kulturelle Aspekte nicht immer eine Garantie ist, dass die kulturelle Pflege auch wirklich ausgeführt wird. Jedoch wurden zuvor einige wissenswerte Dinge genannt, welche die Ausführung von kultureller Pflege vereinfachen. Obwohl das Aneignen von Wissen im Zusammenhang mit fremden Lebenswelten oft in den Studien genannt wird, gibt es doch noch einige Lücken im Wissen (Vydelingum, 2006), welche es zu füllen gilt.

5.2.1. Erkennen von Schmerzausdrucksarten

In der Studie von Walker, Tan und George (1995) wurde beschrieben, dass die Pflegefachmänner- und Frauen welche zu ihren Erfahrungen mit Patienten/ Patientinnen aus fremden Lebenswelten befragt wurden, unterschiedliche Schmerzausdrücke bei ihren Patienten und Patientinnen wahrgenommen haben. Laut der qualitativen Studie von Patel, Peacock, McKinley, Carter und Watson (2008) fiel den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen auf, dass die Patienten und Patientinnen die Schmerzen, welche sie beschreiben, oft psychosoziale Probleme, wie zum Beispiel Depression, sind. Es fällt den Patienten und Patientinnen viel leichter über den Schmerz zu sprechen, als zu zugeben, dass sie an Depressionen leiden. Zum Teil wird das Zugeben überhaupt von Schmerzen als Zeichen von Schwäche gesehen (Davidhizar & Giger, 2004). Der Ausdruck von Schmerzen ist in verschiedenen Ländern anders, dies konnte auch Davidhizar und Giger (2004) in ihrer Review, welche die Literatur zusammenfasste, die sich mit der Pflege von Patienten und Patientinnen aus verschiedenen Kulturen und mit chronischen Schmerzen beschäftigte, bestätigen. Zwei verschiedene Formen des Schmerzausdruckes, die genannt werden, sind, der offene oder der stoische Ausdruck. Bei dieser Form ertragen die Patienten und Patientinnen ihren Schmerz einfach und leiden vor sich hin. Sie wollen nicht, dass jemand merkt, dass sie Schmerzen haben (Davidhizar & Giger, 2004). Ein Beispiel für diese zwei Formen sind zum einen die Nordeuropäer, Asiaten und Angloamerikaner, diese drücken ihren Schmerz eher zurückhaltend aus. Während Menschen welche in der Mittelmeergegend leben, ihre Schmerzen oft stark nach aussen ausdrücken. Zusammenfassend zu dem Umgang, sagt die Review von Galanti (2005), dass es das Beste ist, den Patienten/ die Patientin direkt nach seinem, ihrem Schmerzausdruck zu fragen. So können Missverständnisse verhindert werden (Galanti, 2005).

5.2.2. Auf Kommunikation achten

In der qualitativen Studie von Patel et al. (2008) wurde das Problem der Sprachbarrieren zum Thema Kommunikation genannt. Sturkenboom et al. (2007) äussern dazu, dass zum Teil die Familie in solchen Situationen als Übersetzer eingesetzt werden. Jedoch ergaben die Ergebnisse der Review von Davidhizar und Giger (2004), dass unbedingt die professionellen DolmetscherInnen eingesetzt werden sollten. In dieser Review wurde weiter heraus gefunden, dass vor allem der non-verbalen Kommunikation Beachtung geschenkt werden sollte. Diese Ergebnisse bestätigen auch die Reviews von Weber

(1996) und Galanti (1995). Beide untersuchten den Einfluss von Kultur auf die Pflege. Von Weber (1996) wird weiter ausgesagt, dass die Kommunikation bei jedem Patienten/ jeder Patientin aus fremden Lebenswelten angepasst werden muss. Zum Beispiel, indem man langsam und deutlich spricht. Auch das Überprüfen des Gesagten sollte laut Weber (1996) durchgeführt werden. Zum Beispiel können die Pflegenden den Patienten/ Patientinnen Rückfragen stellen oder sie auffordern, das eben Gesagte in ihren eigenen Worten wiederzugeben. Es kann auch von Wichtigkeit werden, die Dinge mehrmals zu wiederholen, oder sie mit visuellen Medien zu untermauern (Weber, 1996).

5.2.3. Ressourcen erkennen und anwenden

Es werden in den Resultaten verschieden Ressourcen dargestellt, welche den Patienten und Patientinnen helfen mit ihren Schmerzen umzugehen. Sturkenboom et al. (2007) sagen dazu, dass die Erfahrungen von Angehörigen mit Schmerzen, der Glaube, gezielte Bewegung und Sport oder die Informationsbeschaffung aus verschiedenen Medien eine grosse Ressource darstellt.

Für Walker, Tan und George (1995) stellt die Pflege vor allem in der Vermittlung zwischen den Patienten und dem Arzt eine wichtige Rolle. Zum einen können sie für den Patienten/ die Patientin gegenüber dem Arzt eine Vertreterrolle einnehmen, oder aber auch zur Unterstützung des Arztes zur Verfügung stehen. Zum Beispiel in Fällen, wo der Patient/ die Patientin etwas nochmals erklärt haben möchten.

Oft werden die Familienmitglieder als Übersetzer angefragt, wenn gerade kein professioneller Dolmetscher zur Verfügung steht (Vydelingum, 2005). Zum Teil können aber die Angehörigen auch als grosses Ärgernis für die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen gesehen werden. Da sie oft viele Fragen stellen und länger bei ihren Lieben bleiben, als die Angehörigen von weissen Patienten. Eine Erklärung dafür kann auch sein, dass die Patienten/ Patientinnen oft ihre Schmerzen nur bei den Angehörigen äussern und sie ihre Familie bitten, bei den Pflegenden um Medikamente zu fragen.

Nach der Review von Davidhizar und Giger (2004) werden Dolmetscher als wichtige Ressource genannt, ausserdem soll die Zusammenarbeit vor allem mit den Patienten selber, aber auch mit ihren Angehörigen gefördert werden. Auch die Resultate von Weber (1996) bestätigen, dass der Patient/ die Patientin als grösste Ressource genutzt werden soll. Weiter oben wurde erwähnt, dass die Familie eine Ressource beim Übersetzten darstellt, für die Patienten und Patientinnen haben sie aber noch eine weitere Bedeu-

tung. Viele Angehörige können Dinge erledigen, welche die Patienten und Patientinnen aufgrund ihrer Einschränkungen durch ihre Schmerzen nicht übernehmen können.

5.2.4. Assessmentinstrumente anwenden

Allgemein ist zu sagen, dass die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen im Umgang mit Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten oft ein Gefühl der Frustration erleben (Patel et al., 2008). Dies hat den Grund, dass von den Patienten und Patientinnen oft widersprüchliche Aussagen, bezüglich ihres Schmerzes gemacht werden und sie oft wegen denselben Symptomen, mehrmals, die Hilfe des Gesundheitspersonales in Anspruch nehmen. Somit können keine genauen Diagnosen gestellt und keine Kontinuität in der Pflege gewährleistet werden. Dies könnte durch eine korrekte Durchführung eines Assessments vermieden werden. Dabei ist zu beachten, dass es viele Einflussfaktoren gibt. Walker, Tan und George (1995) nennen in ihrer qualitativen Studie einige Beispiele, wie die Durchführung, sowohl von Schmerzerfassungen, als auch von kulturellen Aspekten beeinflusst werden können. Zum einen nennen sie, die Beziehung zwischen Patient und Pflege als Einflussfaktor auf die Durchführung des Assessments. Denn jeder Patient/ jede Patientin und jeder Pflegefachmann/ jede Pflegefachfrau bringen in diesen Prozess der Beziehung ihre eigenen Erwartungen, Erfahrungen, Überzeugungen, Werte und Normen mit (Walker, Tan & George, 1995). Weiteren Einfluss kann die assistierende Stellung der Pflege neben den Ärzten darstellen, welche auch heute noch zum Teil besteht. Aber auch die Arbeitskultur auf den verschiedenen Abteilungen beeinflusst die Durchführung (technisch-orientierte Pflege, wirtschaftliche Einschränkungen oder die Bedürfnisse der anderen Patienten und Patientinnen). Die Review von Lowe und Archibald (2009) stellen in ihren Ergebnissen fest, dass auch kulturelle Instrumente eingesetzt werden sollten. Diese sind jedoch zurzeit nicht in grosser Anzahl vorhanden (Weber, 1996).

Für die Erfassung des Schmerzes sind einige Assessmente vorhanden, welche sich in der Praxis bewährt haben. Davidhizar und Giger (2004) stellt kurz, einige, in der Praxis am häufigsten verwendeten Instrumente vor. Zum Beispiel die Brief Pain Inventory (BPI), diese hat eine sehr hohe Reliabilität und Validität in der Praxis gezeigt. Dieses Instrument kann in kurzer Zeit angewendet werden und ist in verschiedenen Sprachen übersetzt worden. Die Numerical Rating Scale (NRS), mit dieser Skala von entweder 0-5 oder 0-10 können die Patienten und Patientinnen ihre Schmerzintensität einschätzen. Beide dieser Varianten werden in der Praxis verwendet, auch dieses Instrument wurde

in zahlreiche Sprachen übersetzt (Davidhizar & Giger, 2004). Zu Letzt nannten die Autoren der Review die Visual Analog Scale (VIS). Diese bildet eine horizontale Linie, an deren einen Ende kein Schmerz, und am anderen Ende grösstmöglicher Schmerz steht. Die Patienten/ Patientinnen markieren dann die Stelle, welche für sie am Ehesten zutrifft. Zur Unterstützung des Verständnisses, dieser Instrumente können Pflegefachmänner- und Frauen verschiedene visuelle Medien einsetzen (Weber, 1996). Ein wichtiger Faktor, welcher Einfluss auf die Erfassung von Schmerz nimmt, ist die Einstellung der Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen selber, welchen sie zu Schmerz haben. Wenn die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen zum Beispiel denken, dass der Schmerz normal ist und einfach dazu gehört, werden sie viel weniger Medikamente dagegen verabreichen (Davidhizar & Giger, 2004).

5.2.5. Sich Stereotypisierung bewusst machen

Ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, darf nicht ausser Acht gelassen werden. Vor allem die qualitative Studie von Vydelingum (2005) macht zu diesem Thema einige Aussagen, welche von Pflegefachmänner- und Frauen eines allgemeinen Spitales in England stammen. Sie waren gegenüber den Patienten und Patientinnen, aus anderen Kulturen stammend, sehr misstrauisch. Sie empfanden die Überzeugungen, Glauben, Werte und Normen, welche sie auslebten als nicht rational. Und doch sagten sie aus, dass auf ihren Stationen kein Rassismus¹⁶ vorhanden wäre. Hatten die Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen jedoch selber schon einmal Schwierigkeiten, aufgrund ihrer Überzeugungen, so konnten sie viel mehr Verständnis aufbringen. Gab es irgendwelche schwierigen Situationen aufgrund der anderen Kultur, suchten die sie die Schuld dafür bei den Patienten und Patientinnen. Sie versuchten nicht Lösungen zu suchen, um die Schwierigkeiten zu lösen. Dadurch, dass die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen aus dieser Studie aussagten, dass sie alle Patienten und Patientinnen gleich behandelten, konnte keine individuelle Pflege stattfinden. Einige empfanden sogar ein Gefühl des Konfliktes, wenn sie einem Patienten oder einer Patientin aus einer fremden Lebenswelt etwas erlaubten, was sie den weissen Patienten und Patientinnen nicht erlaubten. Oft ist es so, dass die Patienten und Patientinnen schon vor der Pflege von den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen verurteilt werden. Sie gehen davon aus, dass alle Patienten und Patientinnen aus der gleichen Kul-

¹⁶ Siehe Glossar

tur genau gleich reagieren und somit auch die gleiche Pflege benötigen (Davidhizar & Giger, 2004). Der grösste Teil der Resultate der Reviews kamen zu den Ergebnissen, dass es unbedingt nötig ist nicht schon vor Beginn der Pflege zu stereotypisieren (Lowe & Archibald, 2009; Davidhizar & Giger, 2004; Galanti, 2005).

Nachdem die Ergebnisse der verschiedenen qualitativen Studien und Reviews aufgezeigt wurden, werden diese nun im nachfolgenden Kapitel diskutiert.

6. Diskussion

In diesem Kapitel werden zuerst die allgemeinen Bewertungen der Resultate aufgezeigt, danach der Zusammenhang oder Einfluss der einzelnen Themen aufeinander. Schlussendlich werden die einzelnen Resultate in die kulturellen, theoretischen Aspekten zugeordnet (kulturelle Kompetenzen und interkulturelle Modell von Milton J. Bennett).

6.1. Allgemeine Bewertung der Resultate

Zum Einen ist zu sagen, dass die Ergebnisse von verschiedenen Arten von Designs stammen. Einige von qualitativen Studien (5) und andere von Reviews (4), daher war es für die Autorin schwierig, die interne Validität¹⁷ der Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Die beiden Arten von Designs sind auf verschiedenen Stufen der Evidenz¹⁸ (Anhang E) angesiedelt. Qualitative Studien sind auf der dritten Evidenzstufe, wo hingegen die Reviews auf der ersten Stufe sind. Die Autorin verwendet in ihrer Übersichtsarbeit eine qualitative Studie und vier Reviews welche nach der Bewertung mit den Rastern von Behrens und Langer (2004) nicht die von der Autorin zuvor festgelegte Punktezahl, von neun, erreichten. Diese Studie und Reviews konnten jedoch die Fragestellung der Autorin sehr gut beantworten und die für die Autorin wichtigen Kriterien (Frage klar definiert, Ergebnisse können auf Population der Autorin übertragen werden, Ergebnisse geben Unterstützung zur Beantwortung der Fragestellung der Autorin) erfüllten. Somit konnten sie die Mindestanforderung erreichen, um in die Arbeit eingeschlossen zu werden. Ein weiterer Grund war, dass trotz der Suche auf Medline und CINAHL keine weiteren Berichte gefunden wurden. Die restlichen qualitativen Studien erhielten nach dieser Bewertung alle neun Punkte oder mehr. Die Studien und Reviews wurden alle zwischen 1995 und 2010 publiziert. Daher sind die daraus resultierenden Ergebnisse von einem aktuellen Forschungsstand abgeleitet. Aufgrund der wenigen Punkte, welche durch die Bewertungen erreicht wurden, kann daraus geschlossen werden, dass der Evidenzlevel der Ergebnisse und somit der Literaturreview, von der Autorin eher niedrig eingeschätzt werden.

Beim Vergleich der Populationen und des Settings in den verschiedenen qualitativen Studien und Reviews, stellte sich heraus, dass in allen vier verwendeten Reviews diese zwei Bereiche nicht erwähnt und genauer beschrieben wurden. Nur bei einer Review wurde bemerkt, dass es sich bei den Befragten um gebärende Frauen handelte. Jedoch

¹⁷ Siehe Glossar

¹⁸ Siehe Glossar

wurde auch die Anzahl nicht beschrieben. Im Gegenteil dazu wurden die qualitativen Studien besser beschrieben. Die Studien von Patel et al. (2008) zum Beispiel, befragten 18 britische und südasiatische Pflegende, welche in einer Primary Care in Leicester arbeiteten und Erfahrungen mit Schmerzpatienten und Patientinnen hatten. In einer Studie (Sturkenboom et al., 2007) wurden 43 Pflegende aus sechs verschiedenen Stationen in einem allgemeinen Spital in Südengland befragt. Auch in Australien wurden Pflegende befragt, jedoch sind auch hier die Anzahl und das genaue Setting nicht bekannt (Davidzizar & Giger, 2004). Nur in einer Studie wurden marokkanische und türkische Patienten/ Patientinnen und ihre Angehörigen, zu Hause befragt, auch hier ist die genaue Anzahl nicht erwähnt worden. Im Gegensatz aller bisher, qualitativer Studien und Reviews, wurde eine Studie mit Pflegenden durchgeführt (Anzahl nicht bekannt), welche jedoch in einem Zentrum für Asylsuchende arbeiteten. Die Teilnehmerzahlen der Studien und Reviews sind, falls sie erwähnt wurden nicht sehr gross, und daher können die Resultate nicht auf die Allgemeinheit übertragen werden, doch trotzdem wurden in diesen Ergebnissen einige wichtige Aspekte genannt.

6.2. Vergleich aller Themen untereinander

Die gefundenen Ergebnisse, aus der Bearbeitung der Studien und Reviews konnten einige Elemente herausfiltern, welches Wissen nötig ist, um die kulturellen Kompetenzen zu fördern. Hingegen sind Elemente der Empathie und der Selbstreflexion nicht, oder nur zum Teil erwähnt worden. Der Grund für diesen Umstand könnten die Fragestellungen der Autoren sein. Sie fragten zum Beispiel nach den Erfahrungen von Pflegefachmänner- und Frauen mit dem Managen von chronischen Schmerzpatienten- und Patienten, oder nach dem Einfluss von Kultur und Glauben auf den Schmerz. In keiner gefundenen Studie oder Review wurde jedoch konkret nach dem Wissen oder die kulturellen Kompetenzen gefragt, welche zur Schmerzerfassung und Betreuung von Patienten und Patientinnen aus verschiedenen Lebenswelten stammen, benötigt werden. Möglicherweise könnten auch die Hintergründe der Forscher/ Forscherinnen Einfluss auf die Studien und Reviews und somit auch auf die Ergebnisse genommen haben. Für die Autorin war es schwierig dies einzuschätzen, da die Hintergründe der Forscher und Forscherinnen gar nicht, oder nur zum Teil beschrieben wurden.

Die Resultate zeigen, dass Pflegefachmänner- und Frauen nicht nur die Unterschiede der Kulturen ihrer Patienten und Patientinnen kennen sollten, sondern das sie sich bewusst machen, dass Stereotypisierung vorkommen kann. Erst wenn die Pflegefachmänner-

ner und Pflegefachfrauen die verschiedenen Schmerzausdrücke und den, von der Kultur beeinflussten Umgang, ihrer Patienten und Patientinnen, mit dem Schmerz kennen, können sie die Schmerzen richtig erkennen, erfassen und die Patienten und Patientinnen adäquat betreuen. Die Wichtigkeit vom Gebrauch von Assessments wurde aufgezeigt und angepasste Instrumente, für die Praxis erwähnt.

6.3. Interpretation der Resultate

An dieser Stelle sollen die theoretischen Aspekte der kulturellen Kompetenzen (*Empathie, Hintergrundwissen/ Erfahrungen und Selbstreflexion*) und des Modelles der interkulturellen Sensibilisierung von Milton J. Bennett, dabei helfen, die Resultate zu interpretieren.

6.3.1. Empathie

Der erste prioritärer Schritt für Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sollte das Bewusstmachen von der eigenen Kultur und die Offenheit gegenüber anderen Kulturen sein. Dieser Schritt muss unternommen werden, bevor sich Wissen über verschiedenen Kulturen und Überzeugungen angeeignet werden können. Oft stimmen die Erwartungen der Pflegefachmänner- und Frauen nicht mit der kulturellen Pflege überein. Sie zeigen zwar das Bewusstsein und Sensibilisierung bezüglich kulturellen Kompetenzen, jedoch fehlt die Umsetzung in das Verhalten (Starr & Wallace, 2009). In den gefundenen Studien und Reviews wurde diese Thematik der Empathie nicht direkt erwähnt. Die verschiedene Autoren weisen nur vermehrt darauf hin, dass die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sich bewusst sein sollten, dass Schmerz in den verschiedenen Kulturen anders ausgedrückt werden können, als sie es sich vielleicht gewohnt sind und auch die Beschreibungen anders sind (Davidhizar & Giger, 2004). Um die Empathie zu zeigen, wäre es eine Möglichkeit, zum Beispiel beim Eintrittsgespräch oder während der Pflege, den Patienten nach seiner Kultur, Werte und Normen zu fragen. Vielleicht können sie sogar beschreiben, welche Wörter sie für den Schmerz verwenden und was sie bedeuten. Somit kann der Patient/ die Patientin sich in die Pflege mit eingebunden und verstanden fühlen. Es zeigt ihnen, dass ein Interesse und Offenheit ihrer Kultur gegenüber gezeigt wird. Oft werden von den Patienten und Patientinnen Ängste bezüglich ihren Schmerzen und deren Therapie beschrieben (Galanti, 2005). Hier wäre die Aufgabe, der Pflege die Patienten und Patientinnen darauf anzusprechen und ihnen die Möglichkeit geben sich auszusprechen.

Im Zusammenhang mit dem Schmerzassessment und der Betreuung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, welche an Schmerzen leiden, ist die Familie eine wichtige Ressource, die nicht ausser Acht gelassen werden sollte. Daher wäre es von Bedeutung, wenn die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen die Zusammenarbeit, natürllich mit dem Patienten/ der Patientin selber, aber auch mit ihren Angehörigen fördern würden (Davidhizar & Giger, 2004).

6.3.2. Hintergrundwissen/ Erfahrungen

Nachdem sich die eigene und die fremde Kultur bewusst gemacht wurde. Können Pflegefachmänner- und Frauen sich nun in einem zweiten Schritt, Wissen über die verschiedenen Aspekte von Migration und Schmerz aneignen. Die Sprachbarrieren (Patel et al., 2008; Davidzizar & Giger, 2004) wurde als grosse Herausforderung genannt, welche mit Hilfe von Dolmetschern angegangen werden kann. Dazu ist es nötig zu wissen, wo alle Dolmetscher/ Dolmetscherinnen registriert werden. Oft kommt es vor, dass nicht gerade ein Dolmetscher/ eine Dolmetscherin zur Verfügung steht, jedoch gerade in diesem Moment einer benötigt wird. In solchen Situationen ist es häufig der Fall, dass Angehörige zur Hilfe gezogen werden. Hierbei ist jedoch Vorsicht geboten, es könnte passieren, dass sie die genauen Ausdrücke der Fachbegriffe nicht verstehen und so nicht die sinngemässe Übersetzung zu Stande kommt. Auch das Heranziehen von Reinigungspersonal, zum Beispiel, kommt oft vor. Auch hier sei Vorsicht geboten, vor allem bezüglich der Schweigepflicht. Kommunikation und sein Prozess wird in verschiedener Weise (Davidzizar & Giger, 2004) erwähnt, aber auch die Wortwahl zur Beschreibung und Ausdruck von Schmerz. In einer Studie wurde bestätigt, dass der Kommunikationsprozess von den Erfahrungen der Patienten mit einer Erkrankung oder Schmerzen beeinflussen (Ali, Atkin & Neal, 2006). Da Patienten aus Somalien zum Beispiel, oft Schwierigkeiten haben ihre Probleme zu beschreiben, sollten die Pflegenden in der Lage sein, die Körpersprache und die verbale Kommunikation zu verstehen, um die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen aus anderen Lebenswelten zu erkennen (Söderhamn, 2006). Um dies zu ermöglichen stellt der Patient/ die Patientin eine grosse Ressource dar, da er/ sie selbst am besten beschreiben kann, welche Worte er/ sie benutzt und wie er/ sie seinen/ ihren Schmerz ausdrückt. Wichtig für die Patienten und Patientinnen ist, dass die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen ihnen zuhören und ihre ganze Geschichte in die Pflege mit einbeziehen (Bullington, Nordemar, Nordemar & Sjöström-Flanagan, 2003).

Immer wieder gibt es Beispiele, welche Unterschiede es im Erleben von Schmerz gibt. Kvaren und Johansson (2004) untersuchten in ihrer Studie, die Schmerzerfahrungen zwischen Patienten/ Patientinnen aus Schweden und dem Iran und Patienten/ Patientinnen aus Schweden und dem Irak. Es zeigten sich vor allem Unterschiede in der Intensität. Jedoch bei den Patienten/ Patientinnen aus dem Iran und dem Irak wurden diese Unterschiede nicht festgestellt, sie Erlebten den Schmerz weitgehend gleich (Kvaren & Johansson, 2004). Es lohnt sich also, bei neuen Patienten und Patientinnen welche aus fremden Lebenswelten stammen, direkt zu fragen, wie sie ihren Schmerz ausdrücken und was sie für Worte dafür verwenden, so können auch Missverständnisse vermieden werden.

Vor allem in einer Studie (Lowe & Archibald, 2009) wird die Verwendung von Assessmentinstrumenten, sowohl bezüglich Schmerz als auch Kultur genannt. Instrumente um den Schmerz zu erfassen sind einige vorhanden, welche sich in der Praxis bewährt haben. Diese sind sogar in einigen verschiedenen Sprachen übersetzt worden (Lowe & Archibald, 2009). In der Praxis ist der McGill Pain Questionnaire das meist, verwendete Instrument, um den Schmerz zu evaluieren (Kvaren & Johansson, 2004). Für die Erfassung der kulturellen Einflüsse gibt es zurzeit noch eher wenige Instrumente (Lowe & Archibald, 2009). Oft wurde der Schmerz laut Calvillo und Flaskerud (1993) von den Patienten und Patientinnen schlimmer eingeschätzt, als es die Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen taten. Hierzu sollten sich Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen bewusst sein, dass ihre eigenen Erwartungen Einfluss auf die Schmerzreaktionen der Patienten und Patientinnen und ihre Behandlung haben (Calvillo & Flaskerud, 1993).

Um mit dem Schmerz um zu gehen wenden die Patienten und Patientinnen verschiedene Ressourcen, zum einen ist dies ihre Familie, aber auch die Religion oder die Beschaffung von Informationen zum Beispiel vom Internet oder anderen Medien (Sturkenboom et al., 2007; Galanti, 2005). Der Glaube als Copingstrategie (Bewältigungsstrategie) konnte auch von einer Studie von Jones, Kwoh, Groeneveld, Mor, Geng und Ibrahim (2008) bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Studie von Suurmond et al. (2010) zeigen einige gute Ansätze, welches Wissen sich Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen aneignen sollten um Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, mit Schmerzen zu betreuen. Als erstes nannten sie, dass sich Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen Wissen über die politische und humanitäre Situation aus dem Gastland aneignen sollten. Wissen über die Epidemiologie und die Manifestation der Erkrankungen, sind ein zweiter wichtiger Punkt.

Weiter sind juristische Rahmenbedingungen von Wichtigkeit. Wiederum wurde in dieser Studie die Beziehung zwischen Patienten und Patientinnen und der Pflege betont. Eine gute Beziehung ermöglicht es den Patienten und Patientinnen sich offen zu äussern und den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen schwierige Fragen über persönliche Probleme oder den psychischen Gesundheitszustand zu stellen. Dabei sollten sie immer im Hinterkopf behalten, dass diese Fragen, traumatische Erlebnisse wieder aufleben lassen können. Speziell wurde hier wiederum benannt, dass der Patient/ die Patientin in die Pflege mit einbezogen und ihnen das jeweilige Gesundheitssystem erklärt werden sollte. Zum Schluss erwähnten Suurmond et al. (2010) auch dass Schulungen für die Pflege nötig wären. Auch laut Starr und Wallace (2009) sind effektive Trainings bezüglich kulturellen Kompetenzen nötig und sollten mehr angeboten werden. Es werden jedoch nicht genauere Angaben dazu gemacht, welche Art von Trainings genau gemeint, oder welche die effektivsten sind. Eine weitere Studie veröffentlichte, dass immer die neusten Forschungsergebnisse in die Pflege mit einbezogen werden sollten (Walker, Tan & George, 1995). Dies hat den Vorteil, dass die Patienten und Patientinnen die zurzeit neuste Pflege geniessen können. Um dies zu gewährleisten ist natürlich zuerst einmal wichtig, dass die Forschungen durchgeführt werden. Auch dazu können die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen beitragen, indem sie sich selber daran beteiligen und in einer Forschung mitmachen. Sind Forschungsergebnisse vorhanden, sollten diese natürlich gelesen und interpretiert werden können. Dies setzt voraus, dass die Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen sich darin üben. Da es in allen Ländern immer mehr Menschen aus anderen Kulturen, als der eigenen gibt, ist es von Nöten die Migration mit ihrem Einfluss auf Einzelpersonen oder Familien zu kennen (Walker, Tan & George, 1995).

6.3.3. Selbstreflexion

Auch zu diesem Thema konnten in den Resultaten nicht direkte Aussagen gefunden werden. Es wurde beschrieben, dass nicht verurteilt werden sollte, sondern die Unterschiede der verschiedenen Kulturen akzeptiert werden (Chang & Karden, 2002). Jeder Patient und jede Patientin soll individuell betrachtet werden und nicht auf ihre Kultur reduziert werden. Denn auch innerhalb von Kulturen sind die Menschen unterschiedlich. Auch das Thema Frustration bezüglich der ständigen Konfrontation mit den Schmerzpatienten- und Patientinnen und deren Behandlung wird in einer Studie thematisiert (Patel et al., 2008). Wie schon vorhin erwähnt, ist oft die Beziehung zwischen

Pflege und Patient schwierig, diese wird jedoch von Patel et al. (2008) als ein wichtiges Element in der Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Schmerzen gesehen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Kommunikation, besonders die non-verbale Kommunikation (Davidhizar & Giger, 2004; Weber, 1996; Galanti, 2005). Dabei ist zu beachten, dass die Patienten und Patientinnen aus anderen Lebenswelten verstanden haben, was gesagt wurde. Dies kann überprüft werden, in dem die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen den Patienten/ die Patientin auffordert, das Gesagte in eigenen Worten zu wiederholen (Weber, 1996). Zusätzlich ist zu sagen, dass die Pflegefachpersonen auf ihre eigene Kommunikation achten sollten, wie verhalten sie sich, wie ist ihre Gestik und Mimik?

Den Resultaten zu folgen einer Studie von Vydelingum (2006) sagten die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen aus, dass sie alle Patienten und Patientinnen gleich behandeln. Sie führen also keine individuelle Pflege durch. Wenn sie sich bei der Betreuung Herausforderungen stellen müssen, suchen sie den Grund bei den Patienten und Patientinnen (Vydelingum, 2006). Dieses Vorgehen der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen ist nicht sehr professionell, sie sollten nicht die Schuld jemanden zuschieben wollen, sondern die ganze Situation betrachten und eine Lösung zur Bewältigung der Herausforderung suchen. Dabei sollten sie vor allem daran denken, dass jeder Patient/ jede Patientin individuell ist und dies auch innerhalb einer Kultur. Weiter wurde in dieser Studie heraus gefunden, dass das Wissen über Kulturen fehlt, was zu einer Lücke in der kulturellen Kompetenz führt (Vydelingum, 2006). Daraus sollten sie schlussfolgern, dass sie sich dieses fehlende Wissen über die fremde Kultur aneignen, somit können sie den Patienten aus dieser Kultur ein besseres Verständnis gegenüber bringen. Erfolgt schon zu Beginn der Pflege eine Stereotypisierung, kann keine kulturelle Pflege angewendet werden (Vydelingum, 2006).

Eine erschreckende Aussage, welche die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen in der Studie von Vydelingum (2006) gemacht haben, ist das auf ihren Abteilungen überhaupt kein Rassismus vorhanden ist. Dies ist jedoch schwer zu glauben, weil sie schon vor der Pflege stereotypisieren und den Patienten bestimmte Eigenschaften, wegen ihrer Kultur zuschreiben, und kein Verständnis gegenüber der anderen Lebenswelt aufbringen. Ein weiteres Beispiel dafür, dass Rassismus vorhanden sein kann, ist das die Werte, Normen und der Glauben, der Patienten und Patientinnen aus anderen Lebenswelten als nicht rational betrachtet werden. Zuerst sollte die eigene Kultur reflektiert werden, um der Lebenswelt der Patienten und Patientinnen mehr Verständnis entgegen zu bringen. Of-

fenheit für das „Andersartige“, „Fremde“ ist gefordert. Auch für die Patienten und Patientinnen stellt die Offenheit ein wichtiger Faktor dar, da sie dadurch einfach sein können wie sie sind (Bullington et al., 2003). Einige Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen aus dieser Studie erlebten selber die Ablehnung einiger ihrer Überzeugungen und brachten dadurch den Patienten und Patientinnen mehr Verständnis entgegen (Vydelingum, 2006). In der Studie von Walker, Tan und George (1995) wird betont, dass die Pflegefachmänner- und Frauen ihre Rolle im vermitteln zwischen Patienten und Ärzten sieht. Hier ist zu nennen, dass in vielen Abteilungen Mitarbeiter aus verschiedenen Kulturen stammen. Ist jedoch kein Verständnis vorhanden und es ergeben sich Missverständnisse in der Zusammenarbeit unter den Pflegefachmännern- und Frauen, aufgrund der verschiedenen Kulturen. So kann auch den Patienten und Patientinnen gegenüber kein Verständnis gezeigt werden.

Die Assessments welche zur Erfassung des Schmerzes angewendet werden, werden durch die Patient-Pflege Beziehung beeinflusst. Das kommt daher, dass beide, Patient/ Patientin und Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen eigene Erwartungen, Erfahrungen, Überzeugungen und Werte und Normen in den Prozess mit einbringen (Walker, Tan & George, 1995). Aber auch diese Studie konnte aufzeigen, dass Pflegefachmännern- und Frauen das Wissen über Schmerz allgemein, aber auch über seine Therapie und über das Thema der Migration fehlt. Hierbei ist es von grosser Bedeutung, dass die Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen sich mit diesen Wissenslücken beschäftigen und sie füllen. Der Patient/ die Patientin selber oder seine/ ihre Angehörigen können dafür eine sehr grosse Ressource darstellen. Ist das fehlende Wissen neu angeeignet, so können die Erkenntnisse daraus in die Pflege mit einbezogen werden und somit wird das Verständnis gegenüber des Patienten/ der Patientin und seiner/ ihrer Kultur verbessert. Ein Weg um sich fehlendes Wissen an zueignen ist zum Beispiel eine Weiterbildung. Doch laut Walker, Tan und George (1995) fehlen oft die Möglichkeiten solche Weiterbildungen wahrzunehmen.

6.4. Vernetzung mit dem interkulturellen Modell von Milton J. Bennett

Nun möchte die Autorin an dieser Stelle eine Verbindung mit dem interkulturellen Modell von Milton J. Bennett machen. Anhand dieses Modelles kann jeder einzelne Pflegefachmann und jede einzelne Pflegefachfrau, sich hinsichtlich seiner/ ihrer Begegnung mit Menschen aus anderen Lebenswelten einreihen. Die Phasen zur Einteilung sind folgende: der kulturellen Absolutismus mit den drei Phasen: Ignoranz; Abwehr/ Verteidigung;

gung; Minimierung und der kulturelle Relativismus mit den drei Phase: Respekt; kontrollierter Perspektivenwechsel und Integration. Die Pflegefachmänner- und Frauen sollten bei der Zusammenarbeit mit Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten darauf achten, dass sie sich in den letzten drei Phasen (Respekt, kontrollierter Perspektivenwechsel oder Integration) befinden. Dies kann erreicht werden indem sie sich mit ihrer eigenen Kultur beschäftigen und sich erst dann der Kultur ihrer Patienten und Patientinnen widmen. So kann sich ihr Verständnis bezüglich einer anderen Kultur immer mehr erweitern und schlussendlich zur Integration führen und zugleich auch kulturelle Kompetenzen angeeignet werden.

Aus der Diskussion der Ergebnisse wird nun die Fragestellung beantwortet und Schlussfolgerungen abgeleitet.

Zusammenfassend möchte die Autorin sagen, dass das wichtigste ist, sich die eigene Kultur bewusst zu machen und Offenheit gegenüber jeglicher, anderer Kultur zu zeigen. Andere Kulturen und die Überzeugungen, welche in dieser gelebt werden sollen akzeptiert werden. Das Vorhandensein von möglichem Rassismus oder Stereotypisierung darf nicht verleugnet werden. Danach sollten die vorhandenen Wissenslücken gefüllt werden, indem sich Kenntnisse über den Schmerz allgemein, seine Empfindung, Erleben, Beschreibung und der Umgang mit Schmerz, angeeignet werden. Ein weiterer Punkt ist auch die Kommunikation mit seinem Prozess und die Einflüsse, welche auf diesen einwirken. Es sollen sich Sprachbarrieren bewusst gemacht werden, und das Wissen zur Behebung erworben werden. Zu der Kommunikation gehören auch die eigene Körpersprache, genau so, wie die Körpersprache der Patienten und Patientinnen. Verwenden von Assessmentinstrumenten, sowohl bezüglich des Schmerzes, als auch der Kultur, sind wichtig. Dabei ist zu beachten, dass sich zuerst einmal Informationen über die Instrumente eingeholt werden, um dann den Umgang mit ihnen, mit Hilfe der Anwendung zu optimieren. Um alle diese erwähnten Aspekte zu beachten, sollen immer die neusten Forschungsergebnisse mit einbezogen werden. Die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sollen sich im Umgang mit Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, nach dem interkulturellen Sensibilisierungsmodell von Milton J. Bennett, immer in den Phasen Respekt, kontrollierter Perspektivenwechsel und Integration bewegen.

7. Schlussfolgerung für die berufliche Praxis

In diesem Kapitel wird die Fragestellung beantwortet. Die Autorin wird die Bedeutung für die Pflege darlegen und die Bedeutung für die Pflege vorstellen. Empfehlungen für weitere Forschungen und für die Implementierung werden gegeben. Zum Schluss wird der gemachte Lernprozess aufgezeigt.

7.1. Beantwortung der Fragestellung

Bevor die Fragestellung vom Beginn der Arbeit beantwortet wird, möchte die Autorin diese an dieser Stelle nochmals aufzeigen. Die Autorin wollte untersuchen, welches Wissen und kulturellen Kompetenzen es braucht, um chronische Schmerzpatienten im Migrationskontext zu betreuen und eine Schmerzerfassung durchzuführen? Dadurch, dass die Ergebnisse einen eher niedrigen Evidenzlevel aufweisen, kann keine komplette Antwort gegeben werden. Es werden zwar einige Elemente von kulturellen Kompetenzen und dem Wissen aufgezeigt, jedoch bleiben diese sehr allgemein. Es haben sich aber Elemente zur Unterstützung der kulturellen Kompetenzen herauskristallisiert, welche ohne viel Aufwand in die Praxis integriert werden können.

Ein wichtiger Punkt für die Autorin ist, der Einbezug der aktuellsten Forschungsergebnisse. Aber auch Wissen über den Einfluss der Migration auf Einzelpersonen und/ oder auf ganze Familien ist von Bedeutung. In den verschiedenen Kulturen, kommt es auch heute noch vor, dass die Patienten und Patientinnen die Stellung der Ärzte/ Ärztinnen und Pflegefachmänner- und Frauen anders sehen, als man selber. Daher wäre es gut, die Patienten/ die Patientinnen danach zu fragen. Ein Beispiel warum dies wichtig ist, kann sein, dass die Patienten und Patientinnen sich zum Beispiel nicht trauen ihre Bedürfnisse vor dem Arzt/ der Ärztin zu äußern, wenn sie ihn/ sie in der Hierarchie über ihnen selber und den Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen betrachten. Weiter ist es wichtig die verschiedenen Formen des Schmerzausdruckes zu beachten. Manche Patienten und Patientinnen drücken ihren Schmerz offen aus, und andere wiederum, eher stoisch, das heisst, dass sie ihn eher im Stillen ertragen und nichts sagen. Hier benötigt es gute Beobachtung der non-verbalen Kommunikation. Aber auch die Aussagen der Patienten und Patientinnen und die Hintergründe des Schmerzes sind zu beachten. Zum Beispiel mit einem umfangreichen Schmerzassessment. Die Autorin möchte an dieser Stelle noch einige, weitere Dinge aufführen. Die politische und humanitäre Situation, aber auch die Epidemiologie und Manifestation von Krankheiten im Herkunftsland, der Patienten und Patientinnen. Was bedeutet es ein Flüchtling zu sein? Ein wichtiger Punkt ist

auch das Wissen über juristische Rahmenbedingungen, Herkunftsland, Körpersprache und verschiedene Schmerzausdrücke.

Das Bewusstsein der eigener Kultur spielt eine wichtige Rolle. Oft werden die Sprachbarrieren im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten genannt. Daraus lässt sich schliessen, dass die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sich Wissen aneignen sollten, wie diese Schwierigkeit gelöst werden kann. Im Zusammenhang mit dem Umgang mit dem Schmerz, ist zu sagen, dass es für jeden einzelnen Patienten und jede einzelne Patientin ihre eigenen Ressourcen gibt.

Bezüglich der Erfassung des Schmerzes sollten Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen über die verschiedenen Assessmentinstrumente informiert sein, und diese anwenden können. Auch die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Durchführung ist ein wichtiger Punkt. Die Erfassung ist ein Prozess, in den sowohl die Patienten und Patientinnen, als auch die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen ihre eigenen Erwartungen, Erfahrungen, Überzeugungen, Werte und Normen mit einbringen. Auf der anderen Seite sind natürlich auch die kulturellen Assessmentinstrumente nicht zu vergessen, jedoch sind diese in der Praxis noch nicht so sehr verbreitet, wie diese für das Erfassen des Schmerzes. Das Vorkommen von Stereotypisierung und Rassismus muss sich unbedingt vor Augen geführt werden. Es gibt immer Patienten und Patientinnen, welche andere Überzeugungen haben, welchen vielleicht mit Misstrauen entgegen getreten wird. Zu diesem Thema ist es wichtig zu wissen, was Stereotypisierung und Rassismus ist, und wie diese sich ausdrücken. Nun wurde von der Autorin das benötigte Wissen aufgezeigt, welches Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sich aneignen sollten. Diese Wissensaneignung stellt jedoch gleichzeitig eine der kulturellen Kompetenzen dar, welche für die Betreuung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten benötigt wird.

In den Ergebnissen haben sich nicht nur das benötigte Wissen herauskristallisiert, sondern auch kommunikative, soziale und kulturelle Kompetenzen, welche benötigt werden. Das heisst konkret, dass die Kommunikation angepasst wird, es sollte langsam und deutlich gesprochen werden. Die Körpersprache sowohl, des Patienten/ der Patientin, als auch der Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen sollten beachtet werden. Weiter ist aktives Zuhören, und das Beachten der eigenen Sprache (Gestik, Mimik) wichtig. Um die sozialen Kompetenzen zu beachten, wird die Zusammenarbeit mit der Familie erwähnt. Sie können dabei helfen die verbalen oder non-verbalen Ausdrücke der Patienten zu deuten. Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen sollen um einen respektvollen Umgang bemüht sein und Verständnis zeigen. Dabei sollten sie nicht vorverurteilen. Neben

dem Hintergrundwissen/ Erfahrungen ist eine weitere kulturelle Kompetenz, die Selbstreflexion, dabei sollte die eigene Kultur mit ihren Einflüssen reflektiert werden, um die Fremde zu verstehen. Sie zeigen Offenheit bezüglich der Kultur der Patienten und Patientinnen und somit auch Verständnis. Als letztes wird die Empathie genannt. Dabei ist es wichtig die Patienten und Patientinnen nicht aufgrund ihrer Kultur zu verurteilen und zu glauben, dass jeder Patient/ jede Patientin aus der gleichen Kultur genau gleich reagiert, empfindet oder handelt und die gleichen Ansichten hat. Diese Kompetenz ist eine sehr bedeutende, denn, wenn die Pflegefachmänner- und Frauen sich nicht gegenüber anderen Kulturen offen zeigen, können sie auch nicht das angeeignete Wissen umsetzen.

7.2. Bedeutung für die Pflege

Obwohl die Literaturübersicht nicht alle Antworten geben konnte, ist deutlich ersichtlich, dass die Schmerzerfassung und die Betreuung, von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten eine grosse Herausforderung darstellen. Um überhaupt die kulturellen Kompetenzen zu fördern, muss man idealerweise auf verschiedenen Aspekten aufmerksam sein. Zusätzlich kommt dazu, dass Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen vermehrt selber aus anderen Lebenswelten stammen und eine Herausforderung ist, mit diesen verschiedenen kulturellen Aspekten umzugehen, um sich auf die Lebenswelten der Patienten und Patientinnen einzulassen. Dieser Punkt wurde in den gefundenen Studien und Reviews jedoch zu wenig Beachtung geschenkt. Was jedoch verdeutlicht wurde ist, dass es für die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen wichtig ist sich die oben aufgeführten Wissensbereiche aneignen. Ist das Wissen vorhanden, sollten sie dieses in die Betreuung von Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten integrieren. Es soll immer darauf geachtet werden, dass die bestehenden Wissenslücken, welche immer noch zum Teil bestehen, vermindert werden. Dies kann ermöglicht werden, wenn die Fortschritte der Forschung immer im Auge behalten werden und die neusten Erkenntnisse daraus in die Pflege mit einbezogen werden. Zum einen können Pflegefachmänner- und Frauen selber an Forschungen teilnehmen, oder zu mindestens, sich darin üben Forschungsergebnisse zu lesen und kritisch zu betrachten. Um die kulturellen Kompetenzen zu beachten und mit einzubeziehen, sollte darauf geachtet werden, dass die Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen ihre Arbeit immer wieder selbst reflektieren. Dabei sollten sie sich immer ihrer eigenen Kultur bewusst sein, damit sie das Verständnis für die Kultur ihrer Patienten und Patientinnen etwas mehr Verständnis entgegen-

genbringen können. Zum Thema der Erfassung der Schmerzen und der Kultur ist zu beachten, dass Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen Wissen benötigen, welche Instrumente in der Praxis verwendet werden. Auch der Umgang mit diesen Assessmentinstrumenten sollte geübt werden. Auch das Bewusstsein, dass Stereotypisierung vorhanden sein kann und sie diese vermeiden sollten, ist wichtig.

7.3. Empfehlung für die Praxis

Eine wichtige Empfehlung ist sicher, dass die Thematik von chronischen Schmerzen im Migrationskontext im Team besprochen wird. Somit können sich Unterschieden in den verschiedenen Lebenswelten bewusst gemacht, und sich das jeweilige, fehlende und spezifische Wissen angeeignet werden. Mit diesem Wissen kann der Zusammenhang von Schmerz und Kultur aufgezeigt werden. Zur Unterstützung der Erfassungen von Schmerz und kulturellen Aspekten und somit der Optimierung der Betreuung, sollten Assessmentinstrumente verwendet werden. Zur Schmerzerfassung sind schon einige vorhanden, zur Erfassung der kulturellen Aspekte kann eines eingeführt werden. Auch das Einsetzen von Dolmetscher ist wichtig. Die oben aufgeführten Ergebnisse können gut in den Pflegeprozess integriert werden, vor allem in der Datenerhebung. Um zum Beispiel ein Assessmentinstrument zur Erfassung der kulturellen Aspekte zu implementieren¹⁹, würde die Autorin das „Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care“ vor (Anhang I) vorschlagen. Dies ist ein Ablaufschema, wie neues Wissen und Forschungsbefunde in die Praxis übertragen und genutzt werden. In einem ersten Schritt wird analysiert, ob ein Problem vorhanden ist (Titler, Steelman, Buckwalter, Goode & Budreau, 2001). Als nächstes wird überprüft ob die Forschungsergebnisse zu den Prioritäten einer Institution gehören. Ist dies der Fall kann ein interprofessionelles Team aufgestellt werden, welches für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation der evidenzbasierten Innovation²⁰ verantwortlich ist (Titler et al., 2001). Nun folgt der Schritt, die Literatur zu sammeln, um die Problematik zu lösen und diese anschließend kritisch zu bewerten. Verfügt das interprofessionelle Team über genügend Literatur, gilt es ein Pilotprojekt zu planen, welches in der Praxis erprobt, überprüft und falls erfolgreich, implementiert zu werden (Titler et al., 2001).

¹⁹ Siehe Glossar

²⁰ Siehe Glossar

7.4. Empfehlungen für zukünftige Forschungsarbeiten

Durch das Erkennen von Lücken in der Forschung, bezüglich kultureller Aspekte, konnte die Autorin einige Vorschläge für weitere Forschungsarbeiten geben. Zum einen konnte die Autorin während der Bearbeitung der Studien feststellen, dass es noch einige Wissenslücken, bei den Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen vorhanden sind. Weiter wurde in den Ergebnissen deutlich, dass Standards und Weiterbildungsmöglichkeiten fehlen. Durch die weiteren Forschungen könnten Standards zur kulturellen Pflege und geeignete, effiziente Inhalte der Weiterbildungen erforscht werden (Walker, Tan & George, 1995; Vydellingum, 2006). Bei der Recherche zu dieser Literaturübersicht bemerkte, die Autorin, dass es sehr viele Studien über das Erleben von Patienten und Patientinnen gibt, jedoch nicht sehr viele, welches Wissen und kulturelle Kompetenzen die Pflegefachmänner- und Frauen genau benötigen, um Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten zu betreuen. Auch das Fehlen von kulturellen Assessmentinstrumenten, wurde der Autorin durch die Recherche bewusst. Es sollte mehr Forschungen geben, welche sich mit dieser Thematik beschäftigen, da die Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen immer mehr Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten, betreuen werden. Die Autorin möchte an dieser Stelle ihre eigene Fragestellung hinterfragen. Es wurde ersichtlich, dass es kulturelle Kompetenzen benötigt, um Patienten und Patientinnen aus fremden Lebenswelten zu betreuen, in der Forschung werden diese jedoch nicht, oder nur teilweise thematisiert. Das Augenmerk liegt vermehrt auf der Thematik des Schmerzes. Obwohl, das Thema der kulturellen Kompetenzen sehr wichtig ist, werden sehr wenige, und allgemeine Äusserungen gemacht. Es ist von Bedeutung diese kulturellen Kompetenzen zu fördern, damit auch die Schmerzen besser eingeschätzt werden können. Um weitere Forschungen zu erhalten, könnte zum Beispiel erfragt werden, wie kann man die kulturellen Kompetenzen der Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen am effizientesten fördern? Möglicherweise hätte die Autorin mit dieser Frage andere Ergebnisse erzielen können.

Als letztes möchte die Autorin den durchgemachten Lernprozess, während des Verfassens dieser Literaturübersicht thematisieren.

7.5. Lernprozess der Autorin

An dieser Stelle möchte die Autorin ihren Lernprozess bezüglich Schmerzen im Migrationskontext und der Bearbeitung der Studien kurz beschreiben.

7.5.1. Lernprozess zur Thematik

Die beiden Themen Schmerzen und Migration wurden während der Ausbildung in verschiedenen Modulen thematisiert. Durch die Literaturreview konnte sich die Autorin einen Überblick über die Literatur dieser beiden Themen verschaffen. Während der Suche und Bearbeitung der Literatur wurde gleichzeitig ihr schon vorhandenes Wissen, bezüglich der Thematik erweitert.

Der Nutzen, welcher die Autorin für ihre zukünftige Arbeit ableiten konnte ist, dass durch das starke Verbreitet sein von Schmerzen und Migration in der Praxis die Autorin sensibilisiert ist und ihre Wissen weiter geben kann. Die angesprochene Verbreitung konnte die Autorin in einem ihrer Praktika schon wahrnehmen. Somit können auch weitere Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen, mit Hilfe dieser Literaturreview auf die Thematik aufmerksam gemacht werden. Ein weiterer Nutzen ist, dass die Autorin durch ihr gewonnenes Wissen, in der Praxis den Patienten und Patientinnen mit mehr Verständnis entgegen treten kann. Durch diese Arbeit ist sich die Autorin noch einmal stärker bewusst, wie viel Einfluss die Kultur auf verschiedene Bereiche, hier vor allem auf den Schmerz, seinen Ausdruck und seine Behandlung hat.

7.5.2. Lernprozess zur Bearbeitung der Studien

Für die Autorin, war es die erste Erstellung einer systematischen Literaturübersicht. Der Forschungsprozess mit seinen Phasen wurde während der Ausbildung der Autorin nahegebracht, jedoch konnte sie erst mit dieser Literaturübersicht sich genauer mit dem Forschungsprozess beschäftigen und dadurch ihr Verständnis für diesen erweitert.

Es war zu Beginn nicht ganz einfach die Problematik zu beschreiben und daraus eine, für die Praxis relevante Fragestellung zu formulieren. Als die Fragestellung fest stand, stellte sich der Autorin die nächste Herausforderung. Da die Thematik von Schmerzen und Migration schon sehr oft in der Literatur vertreten ist, war es nicht leicht auf den Datenbanken von Medline und CINAHL die passende Literatur zur Beantwortung der Frage zu finden. Hatte die Autorin jedoch dabei Erfolg, musste die Literatur, welche in der englischen Sprache war, gelesen und verstanden werden. Dies war am Anfang nicht leicht, da die Autorin nicht alles verstehen konnte und Hilfe von Übersetzungsmaschi-

nen (Google Sprachtool, Reverso) beanspruchen musste. Positiv ist jedoch, dass der englische Wortschatz dadurch erweitert werden konnte. Als die Studien ausgewählt waren, beurteilte die Autorin diese, anhand von Beurteilungsraster. Der Umgang mit diesen musste sie sich auch zuerst aneignen. Mit der Zeit fiel jedoch auch dies leichter. Durch die Literaturreview kann die Autorin Forschungsergebnisse zusammengetragen, untereinander vergleichen und anschliessend Vorschläge für die Implementierung von wichtigen Erkenntnissen bringen. Zusammenfassend, kann die Autorin sagen, dass ihr sowohl, die neu gewonnenen Erkenntnisse zur Thematik, als auch zur Bearbeitung der Studien in ihrer Funktion als zukünftige Pflegefachfrau helfen werden, den Patienten und Patientinnen eine adäquate Pflege zu gewährleisten.

8. Literaturverzeichnis

- Alban, S., Leiniger, M.M. & Reynolds, C.L. (2000). *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer.
- Ali, N., Atkin, K. & Neal, R. (2006). The Role of Culture in the General Practice Consultation Process. *Ethnicity and Health*, 11 (4), 389-404.
- Bates, M. & Edwards, T. (1992). Ethnic Variations in the Chronic Pain Experience. *Ethnicity Dis.*, 2: 63 – 83.
- Binggeli, H. (1998). *Schmerz Schmerztherapie*. Erfahrungen und theoretische Grundlagen aus eigener und aus Sicht von Betroffenen. Merlingen: Eigenverlag Hanni Binggeli.
- Bullington, J., Nordemar, R., Nordemar, K. & Sjöström-Flanagan, C. (2003). Meaning out of chaos: a way to understand chronic pain. *Scand J Caring*, 17, 325-331.
- Calvillo, E.R. & Flaskerud, J.H. (1993). Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 451-459.
- Carr, E.C.J. & Mann, E.M. (2002). *Schmerz und Schmerzmanagement*. Praxisbuch für Pflegeberufe. Bern: Huber.
- Chang, M.K. & Harden, J.T. (2002). Meeting the Challenge of the New Millennium: Caring for Culturally Diverse Patients. *Urologic Nursing*, 22 (6), 372-376.
- David, M. & Borde, T. (2001). *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*. Frankfurt: Mabuse.
- Domenig, D. (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz*. Bern: Huber.
- Eckman, M. & Eser Davolio, M. (2003). *Rassismus angehen statt übergehen*. Luzern: Pestalozzianum.
- Fachhochschule für Gesundheit Freiburg. (2010). [Website]. Verfügbar unter: <http://www.ged.hefr.ch/DSFR/Pages/default.aspx> [Zugriff am 28.Juni 2010].
- Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2005). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Edingburh London: Elsevier.
- Huber, E. & Spirig, R. (2004). *Das Leben mit Schmerzen meistern: ältere Frauen als Expertinnen im Umgang mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates*. *Pflege*, 17: 296 – 305.

- Jones, A.C., Kwok Kent, C., Groeneveld, P.W., Mor, M., Geng, M. & Ibrahim, S.A. (2008). Investigating Racial Differences in Coping with Chronic Osteoarthritis Pain. *J Cross Cult Gerontol*, 23, 339-347.
- Kappus, E.-N. (2008). *Migration und Integration in der Schweiz*. Luzern: Caritas.
- Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (2007). (2. Aufl.). *Palliativ Care – Handbuch für Pflege und Begleitung*. Heidelberg: Springer.
- Kvaren, C. & Johansson, E. (2004). Pain Experience and Expectations of Physiotherapy from a Cultural Perspective. *Advanced in Physiotherapy*, 6, 2-10.
- Lanfranchi, A. (2002). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In B. Anderes (2006). *Migration und Integration. Unterrichtsunterlagen Modul 9*. Freiburg (CH): Hochschule für Gesundheit.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Mayer, H. (2007a). (4.Auflg.). *Pflegeforschung kennenlernen*. Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2007b). (2.Auflg.). *Pflegeforschung anwenden*. Wien: Facultas.
- Menche, N. (2004). (3.Auflg.). *Pflege Heute*. München: Urban & Fischer.
- Mayring, Ph. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* [online journal], 1 (2). Verfügbar unter: www.qualitative-research.net
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5.Auflg.). New York/ London/ Toronto/Sydney: Free Press.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Huber.
- Pschyrembel (2004). (260.Auflg.). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: De Gruyter.
- Saladin, P. (Hrsg.). (2006). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlage für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitution*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sluzki, C., E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In B. Anderes (2006). *Migration und Integration. Unterrichtsunterlagen Modul 9*. Freiburg (CH): Hochschule für Gesundheit.
- Starr, S. & Wallace, D.C. (2009). Self-reported cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department. *Public Health Nursing*, 26 (1), 48-57.
- Stein, H. (1999). *Was bei Schmerzen hilft*. Freiburg im Breisgau: Herder.

- Titler, M.G., Steelman, V.J., Budreau, G., Burckwalter, K.C. & Goode, C.J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13 (4), 497-509.
- University of Westminster. (2010). Research [Website]. Verfügbar unter: <http://www.wmin.ac.uk/sls/page-484> [Zugriff am 22.Juni 2010].
- Wössmer, B., Loosli, P. & Hochstrasser, J. (2007). Multimodale Behandlung bei chronischen Schmerzen – Chance und Herausforderung für die Zusammenarbeit von Psychosomatik und Physiotherapie. *Pflege*, 64: 595 – 599.

9. Glossar

Burnout-Syndrom

„Ausbrennen“, Zustand emotionaler Erschöpfung, reduzierter Leistungsfähigkeit. Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität bei Personen, welche die Arbeit mit oder am Menschen ausführen (z.B. Ärzte/ Ärztinnen, Pflegefachmänner/ Pflegefachfrauen, Lehrer/ Lehrerinnen) (Pschyrembel, 2004)

Chronischer Schmerz

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes - und Gefühlserlebnis, dass mit einer Gewebsschädigung verknüpft ist, aber auch ohne sie auftreten kann oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Schmerz ist immer subjektiv.“ (Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, n.d. zitiert in Thomm, 2000)

Ethik

System moralischer Werte, bei dem es um den Grad geht, in dem Forschungsverfahren professionellen, rechtlichen und sozialen Verpflichtungen gegenüber Studienteilnehmern folgen (Polit et al., 2004, S. 460)

Evidenz

Ist im Zusammenhang mit Evidence-Based Nursing als „wissenschaftlicher Nachweis“ oder „wissenschaftlicher Beleg“ definiert (Mayer, 2007a, S. 191)

Fremde Lebenswelt

Eine fremde Lebenswelt, ist diejenige welche nicht die eigene darstellt. Sie wird von jedem Individuum selber konstruiert, anhand von biographischen Erfahrungen, äusseren Lebensbedingungen und soziokulturellen Hintergründen (Domenig, 2007).

Implementierung

Die Implementierung ist ein geplanter Prozess und eine systematische Einführung von Neuheiten. Das Ziel ist, dass es einen strukturellen Platz im professionellen Alltag in der Führungsfunktion oder im Gesundheitssystem findet. (Grol, 2005)

Innovation

Eine Innovation ist eine Idee, eine Gewohnheit oder ein Objekt, das von einer Person oder Gruppe als neu wahrgenommen wird. Die wahrgenommene Neuheit dieser Idee bestimmt die Reaktion der Person auf die Neuheit (Rogers, 2003)

Interne Validität

Der Grad, in dem darauf geschlossen werden kann, dass eher die unabhängige Variable als unkontrollierte externe Faktoren für beobachtete Wirkungen auf die abhängige Variable verantwortlich sind (Polit et al., 2004, S. 462).

Meta- Analyse

Technik zur quantitativen Kombination und dadurch Integration der Ergebnisse mehrerer Studien zu einem gegebenen Thema (Polit et al., 2004, S. 464).

Migration

Migration ist eine räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes im Sinne eines dauerhaften Wohnortwechsels von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Wanderung über die Grenzen eines Nationalstaates hinweg ist dabei kennzeichnend für die internationale Migration. Migrationen beinhalten nicht nur Zu-, sondern auch Abwanderung (Lederer et al., 1999, zitiert in David & Borde, 2001, S. 57)

Multiple Sklerose	Primär entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems mit herdförmiger Entmarkung sowie Schädigung von Axonen (Pschyrembel, 2004, S. 1188)
Neuralgien	Allgemeine Bezeichnung für Schmerzsyndrome, die auf das Ausbreitungsgebiet eines Nervs beschränkt sind (Pschyrembel, 2004, S. 1264)
Quasi- Experiment	Ist eine Forschungsanordnung (ein Vorgehen) mit experimentellem Aufbau, dem jedoch ein oder mehrere, für ein klassisches Experiment charakteristische Merkmale, wie z.B. die Kontrollgruppe, fehlen (Mayer, 2007a, S. 196)
Rheuma	Oberbegriff für fließende, reissende und ziehende Schmerzen des Bewegungsapparats (Pschyrembel, 2004, S.1581)
Randomisiert-kontrollierte Studie	Ist die klassische Form des Experiments mit der höchsten Beweiskraft klinischer Studien (Mayer, 2007a, S. 197)
Rassismus	„Rassismus ist die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertung tatsächlicher oder fiktiver Unterschiede zum Nutzen des Anklägers und zum Schaden des Opfers, mit der seine Aggression gerechtfertigt werden soll (1992, zitiert in Eckmann & Eser Davolio, 2003, S.13)
Schmerzerfassung	Einschätzen des Schmerzes, welche vom Patienten oder von der Patientin empfunden wird, bezeichnet man als Schmerzerfassung (Menche, 2004). Sie sollte in das Aufnahmeverfahren oder

in die Eingangsuntersuchung integriert werden, um, schon vorhandene Schmerzen zu dokumentieren, den Umgang mit Schmerzen zu erfassen, frühere Schmerzerlebnisse zu erfragen und die Erwartungen an das Schmerzmanagement festzuhalten (Carr & Mann, 2002).

Transkulturelle Kompetenz

Die transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechend, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten (Domenig, 2001).

Tumorschmerzen

Ein Tumor ist eine „Geschwulst“, eine örtliche umschriebene Zunahme des Gewebsvolumens, in Form eines spontanen, verschiedengradig enthemmten, autonomen und irreversiblen Überschusswachstum von körpereigenen Gewebe. Tumorschmerzen sind Schmerzen, welche aufgrund dieser Umstände entstehen (Pschyrembel, 2004, S. 1860)

Vulnerabilität

Verletzlichkeit; Personengruppen, die als ForschungsteilnehmerInnen mit besonderer Vorsicht behandelt werden müssen und eines besonderen Schutzes bedürfen, werden als vulnerabel bezeichnet (Mayer, 2007a, S.200)

10. Anhang

A: Entstehung des Schmerzes

B: Migrationsprozess

C: Bipolares Modell der interkulturellen Sensibilität von Milton J. Bennett

D: Schritte einer systematischen Literaturübersicht von Polit, Beck und Hungler (2004)

E: Stufen der Evidenzhierarchie

F: Suchprotokoll

G: Beurteilung einer qualitativen Studie von Behrens und Langer (2004)

H: Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004)

I: Iowa Model of Evidence-Based Quality Care von Titler, Steelman, Budreau, Burckwaller und Goode (2001)

J: Zusammenfassungen der gefundenen und mit einbezogenen Studien

K: Kurze Zusammenfassung der Bewertung der Studien

L: Zeitpläne

M: Selbstständigkeitserklärung

Anhnag A

Entstehung von Schmerz

Oft treten nach Verletzungen oder nach einem Unfall, durch Abnutzungserscheinungen oder durch Krankheit lokale (örtlich begrenzte) Reizungen auf, welche meist Schmerzen mit sich bringen (Stein, 1999). Dies kann in den Muskeln, in den Sehnen, in Knochen, in Gelenken, inneren Organen oder Nerven geschehen. Nach einer solchen Schädigung werden chemische Stoffe freigesetzt, welche Schmerzimpulse hervorrufen.

Nun wird die Schmerzinformation über das Rückenmark ins Gehirn weitergeleitet. Geschieht dies in einer bestimmten Weise, so wird Schmerz empfunden. Laut Stein (1999) verfügt der Körper über Schmerzrezeptoren, die sogenannten Nozizeptoren. Werden diese stimuliert, wird über die Nervenbahnen ein Schmerzimpuls zum zentralen Nervensystem (Gehirn und Rückenmark) geleitet. Über eine Kette von drei Neuronen (Nervenzellen) ist die Übermittlung bis zum Cortex (Hirnrinde) zwischengeschaltet. Die Übertragung der Informationen von einem zum nächsten Neuron erfolgt durch bestimmte Botenstoffe oder Transmitter.

In fast allen Geweben befinden sich Schmerzrezeptoren, ausser im Zentralnervensystem selbst, in den Knochen und im Zahnschmelz. Es gibt verschiedene Arten von Nervenfasern, die A-delta-Neuronen und die nicht-myelinisierten C-Neuronen. Nicht alle dieser Neuronen können Schmerzsignale weiterleiten, bei einer akuten Verletzung, Entzündung oder Krankheit können auch Druck und Temperatur die Schmerzrezeptoren aktivieren. Örtlich begrenzte, chemische Stoffe im Gewebe (Allogene) werden zusätzlich freigesetzt, sie führen zu Schmerzimpulsen in den Nozizeptoren.

In den sechziger Jahren, des 20. Jahrhunderts stellten der Psychologe Melzack und der Pathologe Wall die „Gate-Control Theorie auf. Diese besagt, dass der Schmerz nicht nur von der Flut der Impulse abhängt, sondern auch von einigen anderen Faktoren. Sie haben sowohl die physiologischen als auch psychologischen Faktoren der Schmerzentstehung mit einbezogen. Weiter nennen sie, dass Informationen von anderen Nervenfasern, zum Beispiel von denen für Berührung oder Temperatur, die Schmerzweiterleitung hemmen können. Dies lässt sich unter anderem durch die Aktivität hemmender Neuronen im Hinterhorn des Rückenmarks (dort gibt es Nervenzellen, welche bei Aktivität, die Weiterleitung anderer Impulse hemmen) erklären. Anhand dieser Theorie können auch verschiedene Behandlungsformen, wie Muskelaktivität, Entspannung, Massage, Kälte- und Wärmeanwendung, Akupunktur oder elektrische Nervenstimulation erklärt werden (Stein, 1999).

Anhang B

Migrationsprozess

Migration ist die Veränderung des Lebensmittelpunktes, durch Wohnortwechsel eines Individuums oder einer Gruppe (Lederer et. Al, 1999 zitiert in David & Borde, 2001). Migration kann aus verschiedenen Gründen erfolgen, zum Beispiel wenn Menschen in ihrem eigenen Land keine Arbeit finden (Arbeitsmigration), wenn Krieg herrscht oder sie verfolgt werden und sie gezwungen sind zu flüchten (unfreiwillige Migration) oder sie einen Menschen aus einem anderen Land heiraten möchten (Heiratsmigration) (Han, 2000, zitiert in David & Borde, 2001). Bei jeder Migration laufen die Migranten und Migrantinnen verschiedene Phasen durch.

Vorbereitungsphase

Mit Gedanken beschäftigte zu migrieren (Beantragung eines Visums)

Je nach Situation länger oder kürzer

Kann von Angst, Enttäuschung oder Überbelastung begleitet sein

(Sluzki, 2001, zitiert in Andres, 2006)

Eigentlicher Migrationsakt

Je nach Umstände verschieden lang

Migrationsakt=Dauer der Reise, bis Ankunft im Gastland

Grund der Migration spielt zentrale Rolle (Migration kurz, wenn man im Gastland arbeiten möchte, oder daran Gefallen gefunden hat; flieht man von Krieg und Verfolgung, kann es Monate oder Jahre sein)

Einflussfaktoren: Grund der Migration, Status im Gastland (legal, illegal?)

(Sluzki, ibid)

Überkompensation

im Gastland angekommen, grösste Anpassung erkennbar

Lernen der Sprache und Verhaltensweisen des Gastlandes

Grundbedürfnisse zu stillen und in neuer Umgebung überleben

Schwierige und belastende Situation für Individuum und Familie, wenn Bewältigungsstrategien fehlen=Krise und Desorganisation

Anpassungs- und Akkulturationsprozess (Probleme im Hintergrund)

(Sluzki ibid)

Dekompensation

Konflikte und Probleme können auftreten

Neue Realität wird gestaltet, um zu überleben

Neue Existenz

Bisherige Gewohnheiten vermitteln Sicherheit (vielleicht müssen einige abgelegt werden, damit bessere Anpassung stattfindet)

(Sluzki, ibid)

Generationsübergreifender Anpassungsprozess

Individuum/ Familie angepasst und integriert, neue Identität

Sowohl im Herkunfts- als auch im Gastland zu Recht finden

Neue Generation im Gastland aufgewachsen

Kinder der Migranten und Migrantinnen können sich leichter der neuen Kultur und Sprache anpassen (durch Schule, Medien, direkte Beziehungen)

Unterschiedliche Ansichten von Kindern und Eltern=Konflikte

(Sluzki, ibid)

Abschliessend sei zu erwähnen, dass nach Lanfranchi (2002, zitiert nach Anderes, 2006) der Migrationsprozess ein Übergang ist und dass die Familie verschiedene Bewältigungsmöglichkeiten haben. Sie sagt, es gebe drei Typen dieser Bewältigung von Übergängen. Zum einen die Vorwärtsgewandte, die sklerotisierte und die rückwärtsgewandte Migrationsfamilie. Die Autorin möchte nun an diesem Punkt diese drei Formen etwas genauer erläutern. Die **vorwärtsgewandte** Migrationsfamilie, kann sehr gut zwischen Intimität und Öffnung gegen aussen regulieren. Sie kann sich gut auf andere Dinge einlassen und neue Lebensentwürfe entwickeln. Als zweites, wäre die **sklerotisierte** Familie zu nennen. Sie pflegt eine traditionelle Werteordnung mit starrer Innenzentriertheit. Sie entwickeln sich nur schwer, man kann einen ethnischen Rückzug erkennen. Der dritte Typ, ist die **rückwärtsgewandte** Familie. Ihr fehlt die Umgebung, in der sie ihre Identität sichern können. Sie denken immer an die Rückkehr in ihr Heimatland und leben in einem Dauerprovisorium.

NDK Grundlagen interkultureller Kommunikation GM4A: IKF – Luzern

Das bipolare Modell der interkulturellen Sensibilität mit seinen sechs Phasen

1. Kultureller Absolutismus mit den drei Phasen: Ignoranz; Abwehr/Verteidigung; Minimierung
2. Kultureller Relativismus mit den drei Phasen: Respekt; kontrollierter Perspektivenwechsel; Integration.

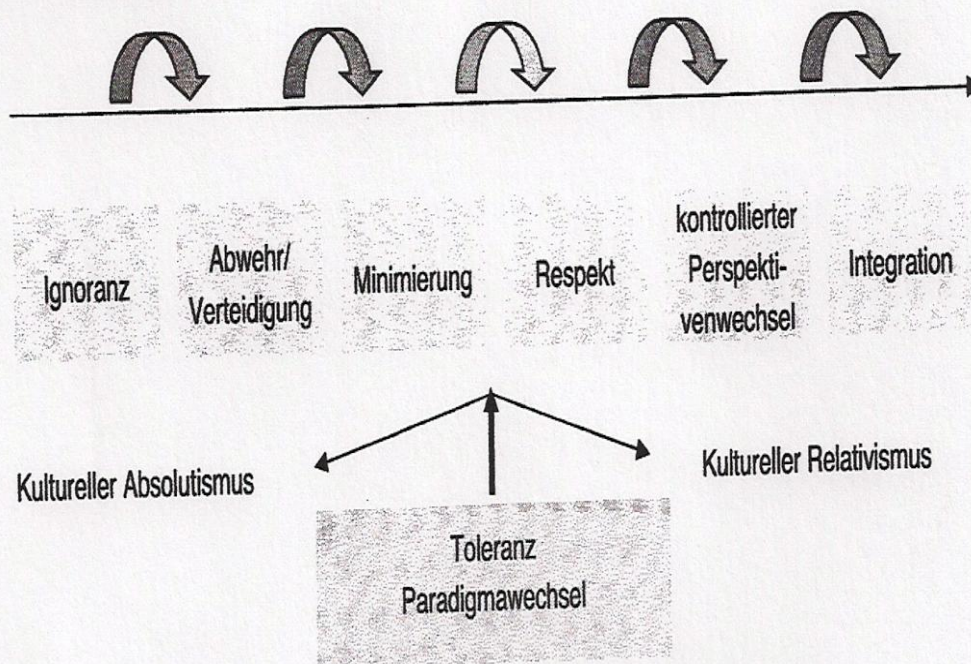


ABB. 3: DURCH DIE AUTOREN/-INNEN ANGEPASTES PHASENMODELL DER ENTWICKLUNG INTERKULTURELLER SENSIBILITÄT NACH MILTON J. BENNETT

Anhang D

Schritte einer systematischen Literaturübersicht von Polit, Beck und Hungler (2004)

Identifizieren von Schlagworten und Schlüsselbegriffen, nach denen gesucht werden soll



Identifizieren potenzieller Quellen durch elektronische oder manuelle Suche



Heraussuchen viel versprechender Quellen



Überprüfen der Quellen auf Relevanz und Eignung → Verwerfung irrelevanter beziehungsweise ungeeigneter Quellen



Lesen der relevanten Quellen und Anfertigen von Notizen → Identifizieren neuer Quellen



Anordnen der Quellen



Analyse beziehungsweise Integration des Materials



Schreiben der Übersicht

Anhang E

Stufen der Evidenz (University of Westminster, 2010)

Niveau 1	Metaanalysen und systematische Literaturübersichten Randomisiert kontrollierte Experimente (RCTs) Quasiexperimente
Niveau 2	Kohortenstudien Fallkontrollstudien
Niveau 3	Expertenmeinungen Beobachtungsstudien Diskussionspapiere

Anhang F

Suchprotokoll

Suchinstrument	Suchbegriffe/ Limite	Treffers- zahl	Relevan- te Treffer	Autor/ Jahr/ De- sign/ Pro- banden	Bemerkun- gen
PubMed (06.04.09, 19.45)	Chronic pain, keine Limite	50772	Zu viele!		
PubMed (06.04.09, 19.45)	Chronic pain, publiziert in letz- ten fünf Jahren, Deutsch	638, 166 Reviews	Keine		
PubMed (06.04.09, 19.45)	Chronic pain, trans-cultural competence, Deutsch, publi- ziert in letzten fünf Jahren	38, 5 Re- views	Keine		
PubMed (06.04.09, 19.45)	Migration, chro- nic pain, trans- cultural compe- tence, Deutsch, letzte fünf Jahre Publiziert	26, 9 Re- views	Keine		
PubMed (20.11.09, 7.00)	Chronic pain/ diverse culture/ En- glish/Deutsch/ Humans/ link to free full Text	6	Keine		
CINAHL (20.11.09, 7.10)	Chronic pain/ cultural stamp/ assessment of pain/full Text/ Englisch	37199	Keine		
CINAHL (20.11.09, 7.15)	Chronic pain/ cultural stamp/ sensation from hurt/ Englisch	21484	Keine		
CINAHL (23.11.09, 7.15)			1	R. Davidhi- zar, J.N. Giger/ In- ternational Council of Nursing/ 2004/ Re- view	Re- view/Pflege bei Patienten einer anderen Kultur
CINAHL (23.11.09, 7.15)	Culture and chronic pain/ link full Text	4	Keine		

PubMed (24.11.09, 7.30)	Culture dicerse/ Englisch/ Deutsch/ Italie- nisch/ Humans/ Nursing Journal	17	Keine		
PubMed (25.11.09, 7.10)	Experience of pain/ Humans/ Nursing Journal/ Englisch/ Deutsch/ Italie- nisch	22	Keine		
CINAHL (30.11.09, 7.27)	Experience of chronic pain/ Englisch/ full Text/ 1990-2009	4	Keine		
CINAHL (30.11.09, 7.27)	Experience of chronic pain/ Englisch/ full Text/ 1999-2009	4	Keine		
CINAHL (02.12.09, 7.35)	Hurt estatement/ full Text/ 1999- 2009/ Englisch/ Pain and Pain Management	11	Keine		
CINAHL (09.12.09, 7.45)	Chronic pain/ pain experience/ cultural stamp/ other life world/ not therapy/ 1999-2009/ En- glisch/ full Text/ pain and pain management/ all adult	1272	Keine		
CINAHL (09.12.09, 7.45)	Chronic pain/ pain experience/ cultural stamp/ other life world/ not therapy/ 1999-2009/ En- glisch/ full Text/ pain and pain management/ all adult	1272	Keine		
PubMed (18.01.10, 8.35)	Cultural aspects/ chronic pain/	209	Keine		

	Humans/ full Text/ Englisch/ Deutsch/ Italienisch				
PubMed (18.01.10, 8.35)	Cultural aspects/ chronic pain/ Humans/ full Text/ Englisch/ Deutsch/ Italienisch	209	Keine		
PubMed (18.01.10, 8.35)	Cultural aspects/ chronic pain/ Humans/ full Text/ Englisch	209	1	Patel S., Pearcock S., Midinley R., Watson P.J./ 2008/ Qualitative Studie	GPs Erfahrungen vom Managing von chron. Sz. In Süd Asien
CINAHL (08.06.10, 14.00)	Cultural competence	13	1	Starr, S. & Wallace, D.C/ 2009/ Qualitative Studie	Self-reported Cultural Competence of Public Health Nurses in a Southeastern U.S. Public Health Department
CINAHL (08.06.10, 14.00)	Cultural competence	13	Keine		
CINAHL (08.06.10, 14.00)	Cultural competence	13	Keine		

Anhang G

Beurteilung einer qualitativen Studie von Behrens und Langer (2004)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung!
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitiert?
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konstanz im Forschungsamt? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

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

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern.

Anhang H

Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004).

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Bereich im Titel genannt?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? Quellen angegeben?
6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?
7. Waren die Studien ähnlich? Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenität?

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse? Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?
9. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?

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

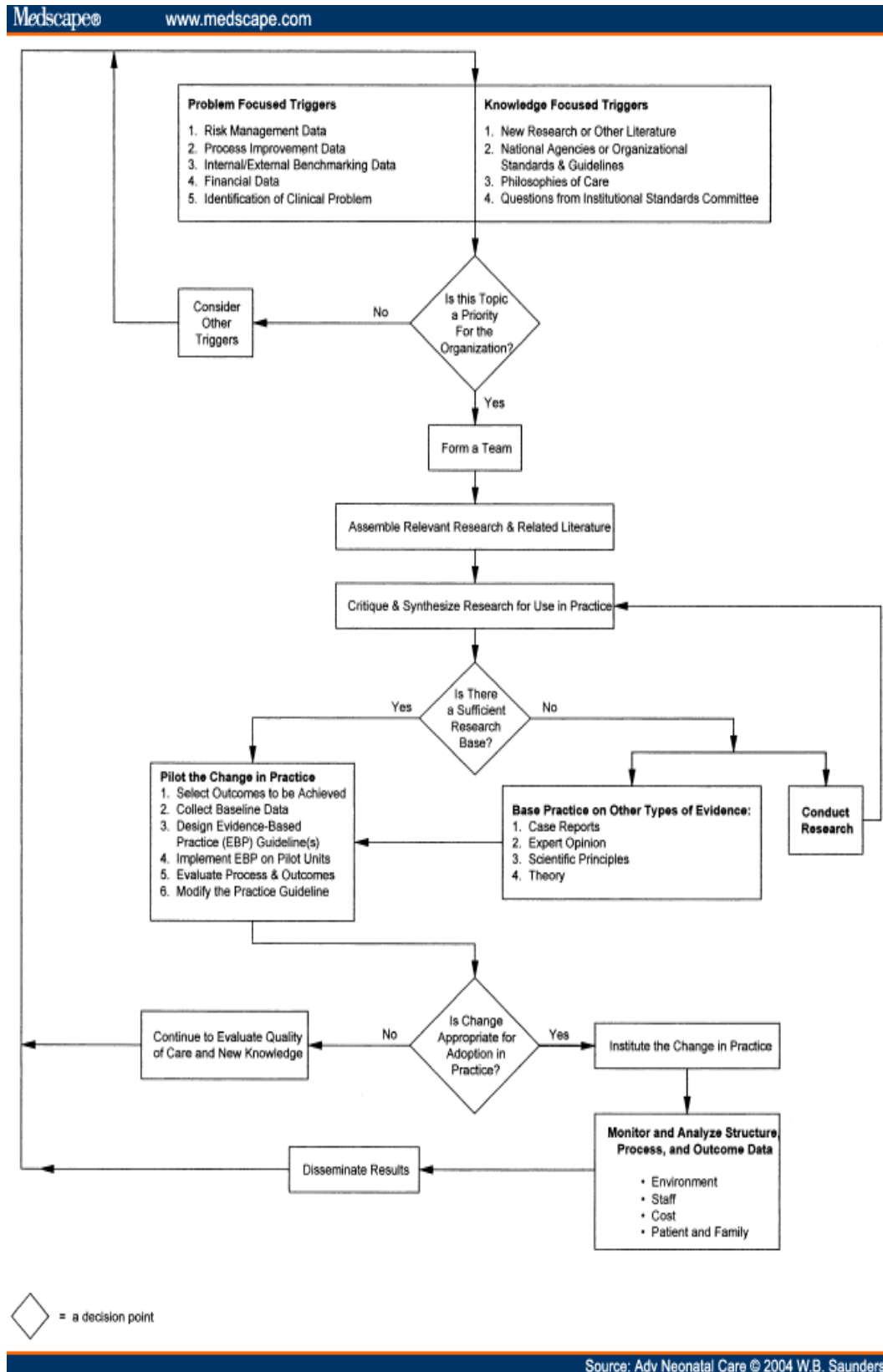
<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V1.3

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern.

Anhang I

Iowa Model of Evidence-Based Quality Care von Titler, Steelman, Budreau, Burckwalter und Goode (2001)



Anhang J

Zusammenfassungen der gefundenen und mit einbezogenen Studien

<p style="text-align: center;">1. GPs Experience of managing chronic pain in a South Asian community- a qualitativ study oft he consultation process.</p> <p style="text-align: center;">(Patel, S., McKinley, R.K., Carter, D.C. & Watson, P.J. , 2008 ; Family Practice, 25: 71-77.)</p>
<p>Ziel(e)/ Fragen: Erfahrungen der General Practioners (GPs) mit dem Managen von Patienten mit chronischen Schmerzen aus einer Südasiatischen Gemeinschaft in Leicester, wurde untersucht</p>
<p>Population/ Setting: 18 GPs (7 Frauen, 11 Männer) Primary Care in Leicester Briten/Südasiaten, welche südasiatische Sprache sprachen oder nicht</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> GPs aus Leicester, seit letzten 12 Monaten dort arbeiteten, Erfahrung mit Schmerzpatienten hatten</p>
<p>Methode: Qualitative Studie Semi-strukturiere Interviews Grounded Theory; Einladungsbriefe verschickt, 1 Woche später Telefonat um Teilnahme zu besprechen Interviews per Telefon oder direkt in Praxis Dauer: 30-60 Minuten Auf Tonband aufgenommen</p>
<p>Ergebnisse: Patienten wegen selben Symptomen mehrmals = schwierig Probleme zu identifizieren, Beziehung aufzubauen, Kontinuität zu gewährleisten Oft Widersprüchliche Aussagen der Patienten = schwierig Schmerzen zu lokalisieren/diagnostizieren Frustration, der GPs, da sie den Patienten nicht adäquat unterstützen können Wichtig für GPs, eine gute Arzt/Pflegende-Patienten-Beziehung Sprachbarrieren können ein Problem sein Aufgrund von kulturellen Barrieren, sagen Patienten oft, sie hätten Schmerzen, aber in Wirklichkeit leiden sie an psychosozialen Problemen (Depression zum Beispiel). Es fällt den Patienten leichter zu sagen sie hätten Schmerzen.</p>
<p style="text-align: center;">2. Healing Care? Rehabilitation of female immigrant patients with chronic pain from a family perspective</p> <p style="text-align: center;">(Sturkenboom, I. Dekker, J., Scheppers, E., Van Dongen, E. & Dekker, J., Disability and Rehabilitation, (February) 2007; 29 (4): 323-332.)</p>
<p>Ziel(e)/ Frage(n): Die Pilotstudie hatte das Ziel, sich an den sozialen Kontext der Rehabilitierung durch das Erforschen der Perspektiven von Familienmitgliedern, bezüglich der Rehabilitation von weiblichen, eingewanderten Patienten mit einem chronischen Schmerzzustand, zu richten</p>
<p>Population/ Setting:</p>

<p>Marokkanische oder türkische Patienten (mit spezifischen oder nicht-spezifischen chronischen Schmerzen) Angehörige der Patienten Neun Patienten mit Angehörigen Zu Hause</p>
<p>Methode: Qualitative Studie Interviews</p>
<p>Ergebnisse: <u>Wahrnehmung der Erkrankung:</u> Diagnose des Arztes sehr wichtig, kommt vor eigener Begründung von Schmerz Hierarchie zwischen Arzt und Patient Patienten sehen ihre Auslöser für den Schmerz zum Beispiel, bei physikalischen oder psychologischen Stress oder das kalte Klima Einige Teilnehmer denken, dass sie eine persönliche oder familiäre Vulnerabilität haben zu erkranken Es gab auch Teilnehmer, denen der Glaube sehr wichtig war, sie glaubten das Gott alles bestimmt und es einen guten Grund gibt wieso sie an Schmerzen leiden</p> <p><u>Behandlung:</u> Angehörige vertrauen auf ihre persönlichen Erfahrungen und geben es weiter Internet und Religion als Ressource Bewegung durch gezielte Übungen oder Sport Angehörige Begleiten Patient, um zu übersetzen</p> <p><u>Rolle der Familie:</u> Dinge für Patient erledigen Vermittlung zwischen Pflegenden und Patient</p>

<p align="center">3. Impact of culture on pain management: An Australian nursing perspective</p> <p align="center">(Walker, A.C. Tan, L. & George, S., Holistic Nurs Pract; 1995, 9 (2): 48-57)</p>
<p>Ziel(e)/ Frage(n): Der Artikel untersucht den Einfluss von Kultur, Wissen und dem Glauben auf das Schmerzmanagement, aus einer australischen Perspektive.</p>
<p>Population/ Setting: Pflegende aus Australien, ansonsten nicht genauer beschrieben</p>
<p>Methode: Qualitative Studie, nicht genauer beschrieben</p>
<p>Ergebnisse: Kulturelle Vielfalt und das Potential das gesammelte Wissen und die Erfahrungen der Pflegenden, ist keine Garantie für eine kulturell, angepasste Pflege Nützliches Erklärungsmodell (EM) für die Prüfung von kulturellen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung ist vorhanden Pflegende als Vermittler zwischen dem Patient und den Ärzten Die Durchführung des Assessments wird durch den Kontext der Patienten-Pflegenden Beziehung beeinflusst</p>

Sowohl Patient, als auch Pflegende bringen eine Reihe von Werten, Bedeutungen, Erwartungen und Erfahrungen in diesen Prozess mit
 Die Kultur des Arbeitsplatzes (technisch-orientierte Pflege, Bedürfnisse der anderen Patienten, wirtschaftliche Einschränkungen) und der Status der Pflege vis-a-vis der Ärzte nimmt weiter Einfluss auf Assessment
 Kenntnisse der Pharmakologie und alternativen Therapien zur Schmerzbehandlung fehlen
 Unzureichende Kenntnisse über den Schmerz bei vielen Pflegenden
 Pflegende sollen neuste Forschungsergebnisse mit in die Pflege mit einbeziehen
 Pflegende sollten den Einfluss von Migration, auf Einzelpersonen oder Familien, versuchen zu verstehen
 Wenige Möglichkeiten zu Weiterbildung
 Pflegende erkennen die Unterschiede in der Schmerzempfindung
 Chinesen, Araber und Südeuropäer, können eher ihren Ärzten oder Familien mitteilen, wie sie sich fühlen, als den Pflegenden, welche für sie zuständig sind

4. Cultural competence among nurse practioners with asylum seeker

(Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K., Nurse Education Today (2010), do: 10.1016/j.nedt. 2010.03.006.)

Ziel(e)/ Frage(n): nicht beschrieben

Population/ Setting:

Centrum für Asylsuchende in den Niederlanden
 Pflegende (89)

Methode:

Qualitative Studie
 Fragebogen (um allgm. Erfahrungen der Pflegenden, aber auch Fragen zu kulturellen Kompetenzen)
 Semi-strukturierte Interviews in einer Gruppe (um mehr detaillierte Erfahrungen zu sammeln)

Ergebnisse:

Wurden in acht verschiedene Themen unterteilt

Wissen über die politische und humanitäre Situation im Herkunftsland:

Zusammenhang zwischen Erkrankungen und der politischen Situation im Herkunftsland können gemacht werden
 Welche Informationen benötigt werden, entscheidet die Pflege, je nach Situation

Wissen über die Epidemiologie und die Manifestation von Krankheiten im Herkunftsland der Asylsuchenden

Erkenntnisse über die Wirkungen des Flüchtlingslebens auf die Gesundheit:

Vor der Reise (Knochenbrücke als Zeichen von Folter), während der Reise (Unterschiede des Gesundheitszustandes, je nach Art der Reisetrapazen) und nach der Reise (Die bisherigen Erlebnisse beeinflussen die Psychische Gesundheit)

Sensibilisierung für die juristischen Rahmenbedingungen unter denen die Asylsuchenden leben:

Alle Informationen bleiben vertraulich und werden nicht bei der Entscheidung zur einer Aufenthaltsbewilligung verwendet

Fähigkeiten, um eine vertrauensvolle Beziehung mit den Asylsuchenden aufzubauen:
Vertrauensvolle Beziehungen helfen den Asylsuchenden über psychische Probleme zu sprechen, sie hilft aber den Pflegenden auch dabei, Fragen über traumatische Erlebnisse oder über Persönliches zu stellen

Fähigkeiten, um heikle Fragen zu traumatischen Erlebnissen und persönliche Probleme zu stellen:

Neutrale Fragen stellen (Sind sie verheiratet? Haben Sie Kinder? ACHTUNG: können auch Traumata wieder hervorbringen, wenn Angehörige umgekommen sind)

Fähigkeiten zu Erklären, was vom Gesundheitswesen erwarten werden kann:

Das jeweilige Gesundheitssystem erklären, somit fühlt sich der Asylsuchende in die Pflege mit einbezogen

Kulturelle Kompetenzen verbessern:

Mehr Schulungen sind nötig

Fähigkeiten des Zuhörens, fähig sein eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und das Herkunftsland, Körpersprache, und Unterschiede in dem Ausdrücke von Beschwerden sollten bekannt sein

5. Nurse` experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England

(Vydelingum, V., Nursing Inquiry; 2006; 13 (1): 23-32.)

Ziel(e)/ Frage(n):

Ziel der Studie war es, die Erfahrungen der Pflegenden mit der Pflege von südasiatischen Patienten zu beschreiben.

Population/ Setting:

Allgemeines Spital in Südengland
43 Pflegenden (von sechs Stationen wurden befragt)

Methode:

Qualitative Studie
Auf Tonband aufgenommene Interviews (in einer Fokusgruppe, offene Fragen)
Feldnotizen

Ergebnisse:

Resultate wurden in acht Themen unterteilt:

Veränderungen in den Dienstleistungen (Wir tun unser Bestes):

Pflegende fühlen sich verpflichtet alles zu tun
Verbesserungen der Pflege durch Standards

Falsches Bewusstsein von Gerechtigkeit (Wir behandeln alle gleich):

Pflegende scheinen ein falsches Bewusstsein von Gerechtigkeit zu haben
Nicht bereit individuell zu pflegen

Limitiertes kulturelles Wissen (Wir verstehen sie nicht):

Mangelndes Wissen und Verständnis über andere Kulturen zeigt eine Lücke an kultu-

rellen Kompetenzen

Dem Opfer die Schuld geben (Wir sind nicht schuld):

Durch Stereotypisierung im Zusammenhang mit kulturellen Barrieren in der Patientenversorgung führt dazu, dass keine kulturelle Pflege angewendet wird
Schuld wird bei Patienten gesucht

Bewertung der Verwandten (Sie sind sehr hilfreich):

Für viele sind Angehörige eine Hilfe, wenn kein Dolmetscher zur Verfügung steht
Aber sie werden auch als Ärgernis gesehen, da sie oft viele Fragen stellen und länger auf der Station bleiben als die Angehörigen von weissen Patienten

Leugnen von Rassismus (Wir haben keinen Rassismus hier):

Alle sagen, es gebe keinen Rassismus auf ihrer Station, keiner fühlt sich betroffen

Ethnozentrismus (Es ist nicht rational was sie glauben):

Andere Glauben, Norme und Werte werden missverstanden

Selbs-Bekennung (Ich weiss wie sie sich fühlen):

Einige Pflegende hatten selber schwierige Erfahrungen bezüglich ihrer Überzeugungen, daher bringen sie mehr Verständnis auf
Einige Pflegende greaten in ein Gefühl des Konfliktes, wenn sie den Patienten aus anderen Kulturen etwas erlauben, was die Weissen nicht dürfen

6. Cultural Diversity: the Intention of Nursing

(Lowe, J. & Archibald, C., Nursing Forum; 2009, 44(1) 11-18.)

Ziel(e)/ Frage(n):

Nicht genauer beschrieben

Population/ Setting:

Nicht genauer beschrieben

Methode:

Review

Weiter nicht genau beschrieben

Ergebnisse:

Vermittlung von eigener und fremder Kultur (Sensibilisierung)

Kulturelle Konzepte mit einbeziehen, keine Vorurteile

Transkulturelle Pflege bedeutet, das Kombinieren von kulturellen Aspekten mit allen Bereichen der Pflege

7. A Review of the Literatur on care of clients in pain who are culturally diverse

(Davidhizar, R. & Giger, J. N.; International Council of Nurses, 2004; 51, 47-55.)

Ziel(e)/ Frage(n):

Literatur über die Pflege von Patienten aus einer anderen Kultur, welche an Schmerzen leiden sammeln und Strategien für die Pflege darlegen

Population/ Setting:

Nicht genauer beschrieben

Methode:

Review
<p>Ergebnisse: Schmerzassessment verwenden = Brief Pain Inventory, Numerical Rating Scale, Visual Analog Scale (alle in verschiedene Sprache übersetzt, leicht anzuwenden, in Praxis gut anwendbar) Zusammenarbeit mit Patient selber und seinen Angehörigen Bewusstsein, dass Schmerz in verschiedenen Kulturen anders ausgedrückt werden kann Formen: gegen aussen ausdrücken, sich nichts anmerken lassen und den Schmerz ertragen Für Pflegende ist es wichtig, die verbalen, aber auch physiologischen Reaktionen zu beachten Auf non-verbale Kommunikation achten Unterschiedliche Worte um Schmerzen zu beschreiben Dolmetscher als Ressource Keine Stereotypisierung Einige Patienten glauben, dass das Zugeben von Schmerzen ein Zeichen von Schwäche sei Die persönliche Einstellung von Pflegenden bezüglich des Schmerzen, nimmt Einfluss auf das Schmerzmanagement bei den Patienten (Wenn sie glauben es gehört dazu, geben sie zum Beispiel weniger Medikamente) Pflegende können Stereotypisieren (Sie denken, dass alle Individuen einer kulturellen Gruppe gleich reagieren)</p>

<p>8. Cultural Aspects of Pain in Childbearing Women (Weber, S.E.; JOGNN, Clinical Issues, 1996 ; 25(1), 67-72.)</p>
<p>Ziel(e)/ Frage(n): Dieser Artikel erforscht das aktuellste Verständnis, wie Ethnizität und Kultur die Wahrnehmung und das Ausdrücken von Schmerzen und Beschwerden beeinflusst, angewandt spezifisch bei der Geburt und der perinatalen Phase</p> <p>Der Artikel definiert wichtige Konzepte zur transkulturellen Pflege und diskutiert Strategien zur Pflege von ethnischen Gruppen</p>
<p>Population/ Setting: Gebärende Frauen Keine genaue Beschreibung</p>
<p>Methode: Review Keine genauere Beschreibung</p>
<p>Ergebnisse: Grösste Ressource ist der Patient selber Es gibt einige kulturelle Assessment Kommunikation anpassen (langsam und deutlich sprechen) Wenn mit Patient aus fremden Kultur gesprochen wird überprüfen, ob er Gesagte verstanden hat (mit eigenen Worten paraphrasieren) Non-verbale Kommunikation beachten Gebrauch von visuellen Graphiken oder Skalen</p>

9. Culturally competent Rehabilitation Nursing

(Galanti, G-A., Rehabilitation Nursing, (Jul/Aug) 2005; 30 (4) : 123-126.)

Ziel(e)/ Frage(n):

Erklärung, warum es für Pflegende wichtig ist, über die Kultur ihrer Patienten Bescheid zu wissen.

Population/ Setting: nicht genauer beschrieben

Methode: Review

Ergebnisse:

Bei neuen Patienten: sich über ihre ethnischen Hintergrund informieren

Kein stereotypisieren

Andere Länder; anderes Verhalten bei Schmerz (Nordeuropäer, Asiaten oder Anglo-amerikaner sind eher zurückhaltend mit Schmerzausdrücken, während die Menschen aus dem Mittelmeergebiet und dem Mittleren Osten sich eher offen ausdrücken)

Mehr auf nonverbale Zeichen achten

Familienmitglieder als Ressource (Hilfe beim Deuten von verbalen und nonverbalen Ausdrücken der Patienten)

Den Patienten nach seinem Schmerzausdrucksweise fragen, und wie dieser gedeutet werden kann

Wichtigkeit von Handlungen und Therapien nahebringen, Erklärungen abgeben, Bedeutungen aufzeigen

Ängste der Patienten ansprechen

Anhang K

Kurze Zusammenfassung der Bewertung der Studien

GPs experience of managing chronic pain in a South Asian community-a qualitative study of the consultation process (qualitativ)
Dieser Artikel wurde mit der Beurteilung einer qualitativen Studie von Behrens und Langer (2004) bewertet. Er erhielt von 12 Punkten, zehn.
<u>Glaubwürdigkeit</u> : Die Forschungsfrage wurde klar formuliert, auch das Design wurde aufgezeigt und begründet. Ob eine Literaturrecherche durchgeführt wurde ist nicht ersichtlich. Die Teilnehmenden wurden passend zur Frage ausgewählt, jedoch wurden diese und die Forscher nicht genau beschrieben. Die Analyse erfolgte anhand von Codes. Ob die Datensammlung gesättigt ist, ist im Text nicht beschrieben.
<u>Aussagekraft</u> : Die Ergebnisse sind klar und ausführlich beschrieben.
<u>Anwendbarkeit</u> : Die Resultate können helfen Patienten aus anderen Kulturen besser zu verstehen und die Sicht der Pflege zu beleuchten.

Cultural Diversity: the Intention of Nursing (review)
Diese Studie wurde mit der Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004) beurteilt. Sie erhielt nur 2,2 von 12 Punkten. Sie wurde jedoch trotzdem in die Literaturübersicht mit einbezogen, da die Ergebnis sehr gut zur Beantwortung, der von der Autorin gestellten Frage, verwendet werden können.
<u>Glaubwürdigkeit</u> : Es wurde keine konkrete Fragestellung beschrieben. Da nicht ersichtlich ist, welche Studien genau verwendet wurden, können auch keine Einschlusskriterien aufgezeigt werden und auch nicht gesagt werden ob relevante Studien übersehen wurden. Es ist überhaupt keine Bearbeitung der Studien ersichtlich.
<u>Aussagekraft</u> : Es wird nicht aufgezeigt ob die Ergebnisse mit Studien gewichtet sind.
<u>Anwendbarkeit</u> : Die Ergebnisse sind sehr gut auf die Patientengruppe welche für die Autorin wichtig sind übertragbar. Sie können gut angewendet werden, um die von der Autorin gestellte Frage zu beantworten.

A Review of the Literature on care of clients in pain who are culturally Diverse (review)
Diese Studie wurde mit der Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004) bewertet. Sie erhielt von 12, nur 2, 4 Punkte. Sie wurde jedoch trotzdem in die Literaturübersicht mit einbezogen, da die Ergebnis sehr gut zur Beantwortung, der von der Autorin gestellten Frage, verwendet werden können.
<u>Glaubwürdigkeit</u> : Es wurde keine Fragestellung beschrieben und auch ob und wie Studien bearbeitet wurden ist nicht ersichtlich.
<u>Aussagekraft</u> : Ergebnisse sind in Strategien aufgezeigt, welche mit Studien belegt sind.
<u>Anwendbarkeit</u> : Die Ergebnisse passen zu den Setting, welches die Autorin ausgewählt hat. Sie können für die Beantwortung der Fragestellung verwendet werden.

Cultural Aspects of Pain in Childbearing Women (review)
Diese Studie wurde mit der Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse von Behrens und Langer (2004) bewertet. Sie erhielt von 12, nur 3, 5 Punkte. Sie wurde jedoch trotzdem in die Literaturübersicht mit einbezogen, da die Ergebnis sehr gut zur Beantwortung, der von der Autorin gestellten Frage, verwendet werden können.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Es wurde keine spezifische Fragestellung beschrieben. Jedoch welches Ziel dieser Artikel hat und was erforscht wird. Ob und wie Studien bearbeitet wurden ist nicht ersichtlich.
<u>Aussagekraft:</u> Die Ergebnisse wurden so präzise beschrieben, das von Erfahrungen der Patienten auf die Handlungen der Pflege geschlossen werden kann.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Resultate können gut für die Beantwortung der Fragestellung der Autorin genutzt werden. Mögliche Risiken und Kosten wurden nicht beschrieben.

Healing care? Rehabilitation of female immigrant patients with chronic pain from a family perspective (qualitativ)
Diese Studie wurde mit der Beurteilung einer qualitativen Studie von Behrens und Langer (2004). Sie erhielt die volle Punktzahl von 12.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Das Ziel dieser Studie wurde klar definiert, das Design wurde passend zu den Teilnehmenden ausgewählt. Die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben. Wie die Datensammlung- und Analyse stattgefunden hat wurde ebenfalls genauer beschrieben. Ob sie jedoch bis zur Sättigung erfolgte ist nicht genau ersichtlich.
<u>Aussagekraft:</u> Die Resultate wurden ausführlich und verständlich beschrieben, und mit Hilfe von Literatur bestätigt.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Ergebnisse sind geeignet, um die Fragestellung der Autorin zu beantworten, und um die Patientengruppe in der Praxis zu unterstützen. Somit können die Ergebnisse in der Praxis direkt angewendet werden.

Culturally competent Rehabilitation Nursing
Diese Studie wurde anhand der Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse bewertet. Sie erhielt von der Autorin nur drei, von 12 Punkten. Jedoch wird sie trotzdem in die Arbeit mit einbezogen, da mit den Resultaten die Fragestellung beantwortet werden kann.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Es ist keine Fragestellung ersichtlich, ob und wie Literatur bearbeitet wurde ist ebenfalls nicht erkennbar. Daher kann auch nicht gesagt werden, ob relevante Literatur fehlt, oder wie diese beurteilt wurde.
<u>Aussagekraft:</u> Die Resultate sind präzise beschrieben.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Ergebnisse der Studie können gut auf die Patientengruppe der Autorin übertragen und angewendet werden. Mögliche Risiken und Kosten wurden nicht aufgezeigt, daher kann der Nutzen mit diesen nicht verglichen werden.

Cultural competence among nurse practioners working with asylum seeker
Diese Studie wurde mit der Beurteilung einer qualitativen Studie bewertet. Von 12 Punkten, erhielt sie 9,8.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Fragestellung wurde keine präzise genannt, jedoch wurden die Teilnehmer passend zu der Thematik ausgewählt. Die Begründung des Designs wurde auch genannt. Sowohl die Datensammlung- als auch Analyse wurde beschrieben, jedoch wurde nicht genannt ob die Recherche bis zur Sättigung erfolgte.
<u>Aussagekraft:</u> Die Ergebnisse sind ausführlich und präzise beschrieben, sie wurden durch die Aussagen der Teilnehmenden bestätigt.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Resultate helfen zu einem besseren Verständnis, und konkrete Möglichkeiten der Anwendung sind vorhanden.

Nurses` experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England
Diese Studie wurde mit der Beurteilung von qualitativen Studien von Behrens und Langer (2004) bewertet. Sie erhielt von 12 Punkten, 10, 8.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Das Ziel wurde genau beschrieben. Passend zum Thema wurden die Teilnehmer ausgesucht und beschrieben. Datensammlung- und Analyse wurde gut beschrieben, jedoch ist nicht ersichtlich, ob die Sammlung bis zur Sättigung erfolgte.
<u>Aussagekraft:</u> Die Ergebnisse sind verständlich beschrieben und mit den Zitaten der Teilnehmer untermauert.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Resultate helfen, mit den Patienten besser umzugehen und können in der Praxis angewendet werden. Mit ihrer Hilfe kann die Fragestellung der Autorin beantwortet werden.

Impact of culture on pain management: An Australian nursing perspective
Diese Studie wurde mit der Beurteilung von qualitativen Studien von Behrens und Langer (2004) beurteilt. Von 12 Punkten erhielt sie, 3.
<u>Glaubwürdigkeit:</u> Eine Frage wurde nicht konkret beschrieben, nur das Ziel der Studie wurde formuliert. Es ist nicht ersichtlich wie die Daten gesammelt und ausgewertet wurden. Eine Sättigung ist nicht erwähnt. Teilnehmer wurden nicht beschrieben.
<u>Aussagekraft:</u> Die Ergebnisse sind ausführlich und verständlich beschrieben. Jedoch ist nicht genau ersichtlich, ob diese bestätigt wurden.
<u>Anwendbarkeit:</u> Die Ergebnisse helfen die Fragestellung der Autorin zu beantworten. Der Umgang mit der Patientengruppe kann verbessert und die Ergebnisse können in die Praxis umgesetzt werden.

Anhang L

Zeitplan

Zeit- span- ne	Frage- stellung	Pro- po- sal	Literatur- recherche	Studien le- sen/ausw ählen	BA schre iben	Über- arbei- ten	Ab- ga- be	Vertei- digung
Feb09								
Mrz09								
Apr09								
Mai09		Ab- gabe						
Juni09								
Juli09								
Aug09								
Sep09								
Okt09								
Nov09								
Dez09								
Jan10								
Feb10								
Mrz10								
Apr10								
Mai10								
Jun10								
Jul10							Ab- gabe 05.0 7.10	
Aug10								
Sep10								

Weiss: Zeitplanung, welcher im Proposal aufgestellt wurde

Schwarz: Anpassungen, welche während der Bachelorarbeit angebracht wurden

Anhang M

Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Oberschrot, 05.07.2010

Stefanie Rossy