

Bachelorarbeit

Physiotherapie bei chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund

Situation in der Schweiz

Autorin: Grunder Christina, S12478525

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Physiotherapie
Studienjahrgang: 2012
Eingereicht am: 23.04.2015
Begleitende Lehrperson: Judith Tobler-Harzenmoser

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Ziel.....	6
1.2 Fragestellung.....	6
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Migration.....	7
2.1.1 Situation in der Schweiz.....	7
2.1.2 Migration und Gesundheit.....	8
2.2 Chronische Schmerzen	9
2.2.1 Definition.....	9
2.2.2 Das biopsychosoziale Modell.....	10
2.2.3 Chronische Schmerzen und Migration	11
2.3 Erklärungen für den Zusammenhang von Migration und chronischen Schmerzen.....	12
2.3.1 Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung	13
2.3.2 Schmerzverhalten beeinflusst vom soziokulturellen Kontext	14
2.4 Beeinflussende Faktoren für die Therapie von chronischen Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen mit Migrationshintergrund	16
2.4.1 Sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten.....	16
2.4.2 Unterschiedliche Erwartungshaltung zu Therapie und Rollenverteilung	17
2.5 Anforderungen an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Umgang mit chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund	18
2.6 Handlungsansätze für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen mit Migrationshintergrund	19
2.6.1 Die migrationsspezifische Anamnese	20
2.6.2 Einsatz von interkulturellen Dolmetschern	21
2.7 Fazit.....	21

3	3 Methode	23
3.1	Methodisches Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung	23
3.2	Beschreibung der verwendeten Methoden in den Studien	23
3.2.1	Scascighini et al. (2011)	24
3.2.2	Kellner et al. (2012)	24
3.2.3	Sleptsova et al. (2013)	25
3.3	Beschreibung der Interventionen	25
3.3.1	Ambulantes Interdisziplinäres Schmerzprogramm (AISP)	26
3.3.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz	26
4	4 Resultate	28
4.1	Scascighini et al. (2011)	28
4.2	Kellner et al. (2012)	28
4.3	Sleptsova et al. (2013)	29
5	5 Diskussion	31
5.1	Untersuchte Population	31
5.2	Qualität der Studien	32
5.3	Diskussion und Beurteilung der Resultate	32
5.4	Theorie-Praxis-Transfer	37
5.5	Limitationen der Arbeit	38
6	6 Schlussfolgerung	39
	Literaturverzeichnis	40
	Abbildungsverzeichnis	44
	Tabellenverzeichnis	44
	Boxenverzeichnis	44
	Deklaration der Wortanzahl	45
	Danksagung	45
	Eigenständigkeitserklärung	45
	Anhang	46

Abstract

In der Schweiz leiden 16% der erwachsenen Personen an chronischen Schmerzen. Die Migrationsbevölkerung zeigt viele Risikofaktoren, um daran zu erkranken. Jede dritte Person in der Schweiz hat einen Migrationshintergrund. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten werden täglich mit diesen höchst betroffenen Patientinnen und Patienten konfrontiert.

In dieser Arbeit wird aufgezeigt, inwiefern in der Literatur Hinweise zu finden sind, dass für Migrantinnen und Migranten mit chronischen Schmerzen in der Schweiz ein spezifisch auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes Therapieprogramm notwendig ist. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden drei in der Schweiz durchgeführte Studien zum Thema analysiert.

Die Migrationsbevölkerung profitiert weniger von einem Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramm (AISP) wie die Einheimischen. In der Veränderung der Outcomes gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($P=0.001$). Migrantinnen und Migranten zeigten zu allen Untersuchungszeitpunkten einen signifikant schlechteren psychischen Gesundheitszustand auf als die Einheimischen ($P<0.001$). Die beiden Gruppen unterschieden sich in den Bereichen Bildung und Arbeitsstatus. Eine kulturell angepasste kognitive Verhaltenstherapie konnte den Behandlungsverlauf nicht positiv beeinflussen.

Es sind diverse Hinweise vorhanden, dass Therapieprogramme an die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung angepasst werden sollen. Welche Bedürfnisse vorhanden sind und wie diese in der Physiotherapie berücksichtigt werden können, kann nicht verallgemeinernd gesagt werden.

Keywords: chronische nicht maligne Schmerzen, Migrationshintergrund, Therapieprogramm, Migrationsbevölkerung in der Schweiz

1 Einleitung

8 Uhr: Herr Rossi, 8.30 Uhr: Frau Yilmaz, 9 Uhr: Frau Cakolli, 9.30 Uhr: Frau Müller, 10 Uhr Herr Ibrahimovic.

Die Schweiz ist ein Einwanderungsland. Laut dem Bundesamt für Statistik (2014) haben rund 35% der über 15-jährigen Personen in der Schweiz einen Migrationshintergrund. Demzufolge hat jede dritte Person in der Schweiz ihre Wurzeln in einem anderen Land, hat einen anderen soziokulturellen Hintergrund und spricht meist nicht Deutsch als Muttersprache.

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Schweiz sind bei ihrer Arbeit täglich mit Menschen mit Migrationshintergrund konfrontiert. Die Autorin vorliegender Arbeit hat in ihrer bisherigen Praxiserfahrung festgestellt, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oft negativ dieser Patientengruppe gegenüber eingestellt sind. Die Sprachbarriere sowie die unterschiedlichen kulturellen und religiösen Hintergründe machen die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund besonders herausfordernd und anspruchsvoll.

Von chronischen Schmerzen ist in der Schweiz eine Vielzahl von Menschen betroffen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Migrationsbevölkerung Schmerzen anders empfindet als Einheimische (Green et al., 2003; Edwards, Fillingim & Keefe, 2001). Nach Weiss (2005) besteht für die Migrationsbevölkerung ein erhöhtes Risiko, daran zu erkranken. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in der Schweiz ist divers untersucht worden und Empfehlungen für die Praxis wurden gegeben (Benz, Angst & Äschlimann, 2011). Die Migrationsbevölkerung wurde dabei nicht speziell erwähnt.

In der Berufsordnung des Schweizer Physiotherapie Verbandes (2013) ist verankert, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten alle Patientinnen und Patienten mit gleicher Sorgfalt zu behandeln, betreuen und beraten haben. Um dieses Ziel im Einwanderungsland Schweiz erreichen zu können, ist nach Ansicht verschiedener Stakeholder eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik notwendig (Saladin, 2007).

1.1 Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die Quellenlage und den Forschungsstand zum Thema "chronische Schmerzen bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund" darzulegen.

Es sollen konkrete Hinweise, über die Notwendigkeit eines angepassten Therapieprogrammes auf die Bedürfnisse von chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund, zusammengetragen werden. Durch Darstellung der vorhandenen Literatur und der aktuellen Forschungsergebnisse zum Thema, soll eine Empfehlung hinsichtlich der Arbeit mit der beschriebenen Patientengruppe in der Physiotherapie in der Schweiz abgegeben werden können.

1.2 Fragestellung

Inwiefern sind in der Literatur Hinweise zu finden, dass für Migrantinnen und Migranten mit chronischen Schmerzen in der Schweiz ein spezifisch auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes Therapieprogramm notwendig ist?

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Migration

Das Thema Migration ist in der Politik sowie in der Presse omnipräsent. Eine allgemeingültige Definition für "Migration" lässt sich in der Literatur jedoch nicht finden. Gemäss der Internationalen Organisation für Migration [IOM] (2011), ist Migration "die Bewegung einer einzelnen Person oder einer Personengruppe über internationale Grenzen hinweg". Dabei gibt es viele verschiedene Formen der Einwanderung. Unterschieden werden unter anderem die "Arbeitermigration", wobei diese Personen meist aus ökonomischen Gründen ihren Wohnort wechseln, sowie die "Asylmigration", bei der verfolgte Menschen aus Krisengebieten in einem anderen Land Zuflucht suchen (Domenig, 2007).

Zu beachten ist, dass die Migrationsbevölkerung keinesfalls eine homogene Masse darstellt. Es gehören dazu Menschen von unterschiedlichem Alter, aus unterschiedlichen sozialen Gruppen, mit unterschiedlichen beruflichen Stellungen, aus unterschiedlichen Ländern oder mit unterschiedlichen Migrationsmotiven (Dahinden, 2007).

2.1.1 Situation in der Schweiz

Die Schweiz gehört zu den europäischen Ländern mit dem höchsten Ausländeranteil. Seit dem Beginn der Industrialisierung im 19. Jahrhundert gilt die Schweiz als Einwanderungsland (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2002).

Auf Ende April 2014 betrug die Anzahl der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz fast zwei Millionen Personen. Dies ergibt einen Ausländeranteil von 23.5 Prozent. Der grösste Anteil der Ausländer stammt aus Europa: 15.9% aus Italien, 15.5% aus Deutschland, 13.5% aus Portugal und 5.9% aus Frankreich. Gefolgt von Kosovo (5.2%), Spanien (4.0%), Serbien (3.9%) und der Türkei (3.6%) (Bundesamt für Migration, 2014).

Als «Personen mit Migrationshintergrund» gelten laut Bundesamt für Gesundheit (2008) hingegen alle Personen, "die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Der Begriff umfasst explizit alle in der Schweiz wohnhaften Ausländer und Ausländerinnen

der ersten und zweiten Generation sowie die eingebürgerten Personen". Ende des Jahres 2013 betrug die Anzahl der über 15-jährigen Personen in der Schweiz mit Migrationshintergrund rund 34.8 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2014).

2.1.2 Migration und Gesundheit

Basierend auf der Zielsetzung der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1998) "Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" wurde vom Bund die nationale Strategie "Migration und Gesundheit 2002 – 2007" ins Leben gerufen (BAG, 2002). Das Programm wurde von 2008 – 2013 weitergeführt und nun bis 2017 verlängert. Ziel ist es, das Gesundheitswesen in der Schweiz so auszurichten, dass auf die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung besser eingegangen werden kann und somit gleiche Chancen für alle zu schaffen (BAG, 2014).

Im Jahr 2004 und 2010 wurde in der Schweiz je ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM I und GMM II) durchgeführt. Ziel war es, mehr über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie über Ressourcen und Belastungen betreffender Personen zu erfahren (Guggisberg, 2011). Beim GMM II wurden 3000 Migrantinnen und Migranten aus Portugal, der Türkei, dem Kosovo und Serbien (als Schwerpunktländer der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung) und aus Sri Lanka und Somalia (Asylbereich) telefonisch befragt.

Die Auswertung der Daten zeigt, dass die Migrationsbevölkerung im Vergleich zu Einheimischen ihre Gesundheit als schlechter beschreibt. Sie fühlt sich öfters im Alltag eingeschränkt, wobei die Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und den Einheimischen mit dem Alter zunehmen.

Auch die Gesundheitsbelastung (Häufigkeit von Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung) ist bei der Migrationsbevölkerung höher, wobei sich innerhalb der Migrationsbevölkerung Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen. So stehen Frauen öfters unter ärztlicher Betreuung als Männer.

Im Bereich der körperlichen Aktivität zeigen sich ausserdem signifikante Unterschiede. Wo in der Schweiz etwas mehr als jede zehnte Person körperlich inaktiv ist, gibt es in der Migrationsbevölkerung deutlich mehr Menschen mit wenig Bewegung. Auch von Übergewicht sind Menschen mit Migrationshintergrund öfters betroffen. Einen

klaren Zusammenhang gezeigt werden konnte auch zwischen der Sprachkompetenz und dem Gesundheitszustand. Personen der Migrationsbevölkerung, welche eine der vier Landessprachen beherrschen, fühlen sich gesünder und weniger eingeschränkt durch Gesundheitsprobleme (Guggisberg, 2011).

2.2 Chronische Schmerzen

In Europa leiden durchschnittlich 19% der erwachsenen Personen an chronischen Schmerzen (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Die Schweiz liegt mit einem Wert von 16% leicht unter dem Durchschnitt. Chronische Schmerzen wurden in der Befragung folgendermassen definiert: Schmerzen länger wie sechs Monate vorhanden, im letzten Monat chronische Schmerzen erlebt und mindestens zwei Mal pro Woche.

2.2.1 Definition

Schmerzen sind eine stark subjektive Wahrnehmung. McCaffery und Thorpe (1998, zit. nach Davidhizar & Giger, 2004, S. 49) haben über Schmerzen gesagt: "Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever the experiencing person says it does."

Von der International Association for the Study of Pain [IASP] (1994) wird Schmerz folgendermassen definiert: "Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache".

Um eine solche meist gar nicht mehr tatsächlich vorhandene Gewebeschädigung handelt es sich oft bei Menschen mit chronischen Schmerzen.

Für chronisch nicht-maligne Schmerzen (CNMP) gibt es keine allgemeingültige Definition. Häufig werden damit Schmerzen gemeint, die trotz medizinischer Behandlung länger als drei bis sechs Monate anhalten. Es sind unspezifische Schmerzen, welche nicht durch vollständig durch physiologische Prozesse zu erklären sind. Auch ausgeschlossen dabei werden Tumorschmerzen. Im Gegensatz zu akuten Schmerzen, welche nach Abschluss der Wundheilung wieder verschwinden, bleiben chronische Schmerzen über diese Zeit bestehen (IASP, 1994).

Wenn eine Person an chronischen Schmerzen leidet, steht, im Gegensatz zum akuten Schmerz, nicht nur der Schmerz oder die eigentliche Krankheit im Vordergrund. Chronische Schmerzen bewirken eine Veränderung des Selbstbildes, der Emotionen und beeinflussen die Möglichkeit, die Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen (French & Sim, 2004).

2.2.2 Das biopsychosoziale Modell

Schon vor einiger Zeit hat die Wissenschaft erkannt, dass oft kein direkter Zusammenhang zwischen der Stärke eines Reizes (z.B. eine Schädigung von Gewebe) und den dadurch empfundenen Schmerzen besteht (Main, Sullivan & Watson, 2008). Engel (1976) war der Erste, welcher unter dem Namen "biopsychosoziales Modell" den Einfluss von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren auf das Schmerzerleben beschrieb.

Linton (2005) bekräftigt, dass Schmerzen viel mehr als ein neurophysiologisches Phänomen sind und hat das in Abb. 1 dargestellte Modell geschaffen.

Bevor der Körper auf einen nozizeptiven Stimulus reagieren kann, kommt ein vielschichtiger Prozess in Gang. Ein Reiz wird zuerst wahrgenommen und interpretiert, um ihm eine Bedeutung zuzuschreiben. Danach stehen jeder Person unterschiedliche Copingstrategien zur Verfügung, also Strategien, wie mit dem empfundenen Reiz (hier Schmerz) umgegangen werden kann.

Die Entscheidung, wie der Mensch sich nun aufgrund des Reizes verhalten soll, ist beeinflusst von kognitiven und emotionalen Faktoren. Auf kognitiver Ebene sind das Lernerfahrungen, die eine Person mit diesem oder einem ähnlichen Reiz gemacht hat sowie die Art, wie eine Person über diesen Schmerz denkt. Auf emotionaler Ebene ist der Mensch geprägt von kulturellen und familiären Faktoren und Eigenheiten, wie zum Beispiel normalerweise auf einen solchen Reiz reagiert wird. Auf das gewählte Verhalten folgt eine Konsequenz. Je nachdem ob diese positiv (zum Beispiel die Schmerzen werden gelindert) oder negativ ist, kann das Verhalten analysiert und für ein nächstes Mal angepasst werden.

Dieses biopsychosoziale Modell zeigt nicht auf, wie Schmerzen vermieden oder jeglicher Schmerz kontrolliert werden kann. Doch es zeigt auf, dass es möglich ist, Methoden zu finden, wie wirksam mit den empfundenen Schmerzen umgegangen werden kann (Linton, 2005).

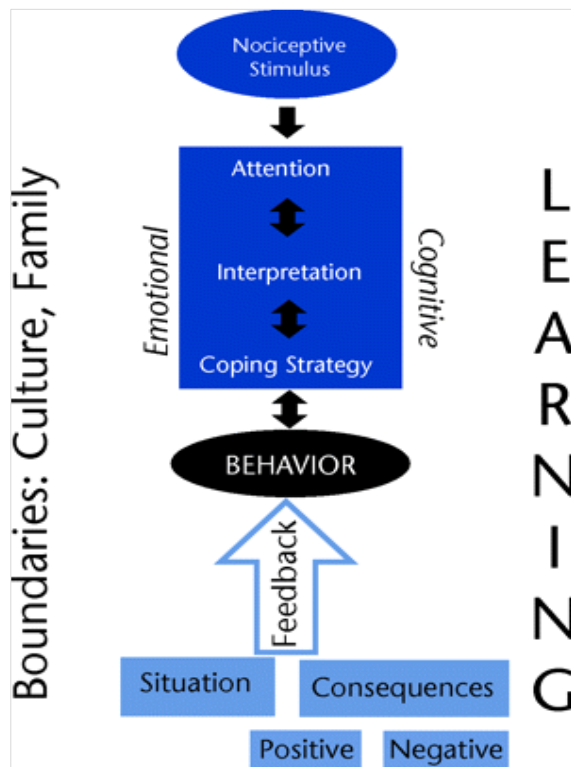


Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell (Linton, 2005)

2.2.3 Chronische Schmerzen und Migration

Ob Menschen aus anderen Kulturen beziehungsweise mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft anders auf Schmerzen reagieren, wurde schon in vielen Studien untersucht. Edwards et al. (2001) und Green et al. (2003) zeigten in Studien auf, dass akuter Schmerz von Personen unterschiedlicher Herkunft anders wahrgenommen wird. Campbell, Edwards & Fillingim (2005) haben die Reaktion eines experimentellen Schmerzstimulus bei Menschen unterschiedlicher Herkunft untersucht, und auch dabei deutliche Unterschiede der Schmerzschwelle gefunden.

Im Jahre 2003 lancierte der Bundesrat das nationale Forschungsprojekt NFP 53 "Muskuloskelettale Gesundheit – Chronische Schmerzen", wodurch während fünf Jahren diverse Forschungsprojekte in der Schweiz durchgeführt wurden. Bei ver-

schiedenen Projekten hat sich gezeigt, dass die Therapie von Personen mit Migrationshintergrund, welche an chronischen Schmerzen leiden, besonders herausfordernd ist (Schweizerischer Nationalfonds, 2009).

Sleptsova et al. (2013) haben im Rahmen dieses Forschungsprogramms eine Studie mit türkischen Migrantinnen und Migranten in Basel durchgeführt, welche zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit genauer beschrieben wird.

Sleptsova (2009) stellte sich anschliessend die Frage, ob es einen Unterschied macht, ob chronische Schmerzpatienten aus der Türkei als Migrantinnen und Migranten bei uns, oder in ihrem Heimatland Türkei leben. Dazu verglich sie die Werte aus Fragebogen ihrer eigenen Studie mit den Werten einer vergleichbaren Studie aus der Türkei. Dabei zeigte sich, dass die chronischen Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund signifikant öfters durch ihren körperlichen Gesundheitszustand sowie durch emotionale Probleme in der Arbeit und den täglichen Aktivitäten beeinträchtigt sind, als Patienten welche in ihrem Heimatland leben. Des Weiteren verglich Sleptsova (2009) die Migrantengruppe aus der Türkei mit Einheimischen in Deutschland. Auch dort zeigten die chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund eine grössere Beeinträchtigung durch Schmerzen in ihrem Beruf und in Alltagsaktivitäten als die einheimische Bevölkerung.

2.3 Erklärungen für den Zusammenhang von Migration und chronischen Schmerzen

Smaje (1996) spricht von verschiedenen beeinflussenden Faktoren für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit: genetische Faktoren, kulturelle Einflüsse, die sozioökonomische Stellung, Auswirkung des Migrationsprozesses sowie Diskriminierungserfahrungen.

Schenk (2007) hat für die migrationsbedingte Ungleichheit von Gesundheit ein Erklärungsmodell geschaffen. Die von ihm beschriebenen sechs zentralen Faktoren, welche zu dieser Ungleichheit führen können, sind in der Abb. 2 dargestellt. Inwiefern sich diese Faktoren dann tatsächlich auf die Gesundheit eines Individuums auswirken, ist abhängig vom Gesundheitsverhalten und den persönlichen, familiären und sozialen Ressourcen und Risiken (Schenk, 2007).

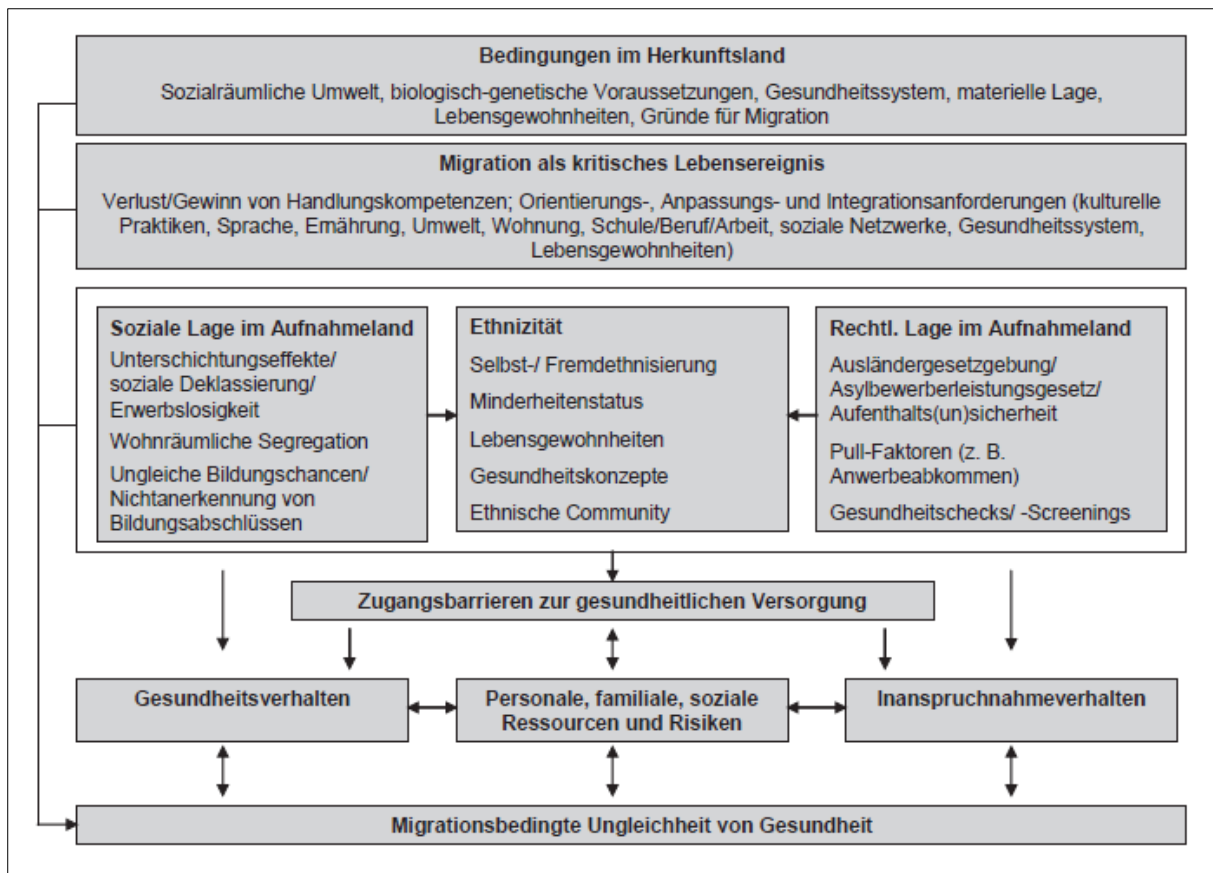


Abb. 2: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit (Schenk, 2007)

2.3.1 Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung

Laut Weiss (2005) ist die Migrationsbevölkerung grösseren Risiken ausgesetzt, krank zu werden, als die einheimische Bevölkerung. Sie nennt verschiedene Stressoren, die oft bei Personen mit Migrationshintergrund vorkommen, welche die Entwicklung von chronischen Schmerzen fördern.

Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung

- Statusverlust
- Familiäre Trennung
- Verlust des sozialen Netzes
- andere, insbesondere traumatische Verlusterfahrungen
- schlechte Wohnverhältnisse
- Risiken am Arbeitsplatz
- drohender Arbeitsplatzverlust
- anhaltende Rollen- und Generationskonflikte
- eingeschränkte, individuelle Bewältigungskompetenzen (Sprache, Verhaltensnormen)
- hoher Anpassungsdruck und Fremdenfeindlichkeit
- Verlust an Kontrollüberzeugung was die soziale und natürliche Umwelt, die eigene Person und Zukunftsperspektiven betrifft

(aus: Weiss, 2005)

Box 1: Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung

2.3.2 Schmerzverhalten beeinflusst vom soziokulturellen Kontext

Laut Klaber Moffett (2000) haben Erfahrungen in der Kindheit einen enormen Einfluss darauf, wie ein Mensch mit Schmerzen umgeht. Die Einstellung der Eltern und des näheren Umfeldes gegenüber Schmerzen spielt eine grosse Rolle. Gewissen Kindern wird gelehrt, dass Schmerzen dazugehören und auch mal ignoriert werden können. Andere Kinder bekommen durch die Äusserung von Schmerzen die gewünschte Aufmerksamkeit der Eltern. Das eigene Verhalten einer Person wird demnach stark beeinflusst vom Verhalten des Umfeldes welches beobachtet werden kann, hier also, wie das Umfeld auf Schmerzen reagiert und damit umgeht.

Auch French & Sim (2004) betonen, dass das Schmerzerleben davon beeinflusst wird, wie ein Individuum in der Familie oder im sozialen Umfeld gelernt hat, damit umzugehen. Ob in einer Familie, in einer Gesellschaft, in einer Religion oder Kultur, überall gibt es bestimmte Normen, wie mit einer Situation umgegangen wird. Wie

eine Person denkt, fühlt und glaubt hat demnach einen Einfluss auf den Umgang mit Schmerzen.

In der Literatur wird oft von zwei Arten gesprochen, wie ein Individuum auf Schmerzen reagieren kann: Entweder stoisch (ruhig und bedacht) oder eher emotional und gefühlsbetont. Emotionale Patientinnen und Patienten können ihren Schmerz meist gut verbal ausdrücken, wobei die andere Gruppe Mühe hat, ihre Schmerzen zu beschreiben. (Davidhizar & Giger, 2004; Gifford 2000).

Zborowski (1952) war einer der Ersten, der Menschen unterschiedlicher Herkunft (italienisch, jüdisch, amerikanisch, irisch) gemäss ihrem Schmerzverhalten untersuchte und dabei die in Tabelle 1 dargestellten Unterschiede feststellte.

Tabelle 1: Kulturelle Unterschiede im Schmerzverhalten

Herkunft	Schmerzverhalten
Italienisch	Emotional, Schmerzen werden zugelassen und geäussert, brauchen Unterstützung der Familie zur Schmerzbewältigung
Jüdisch	Schmerz wird geäussert aber akzeptiert, eher zurückhaltend mit Schmerztabletten, finden Halt in der Religion
Amerikanisch	Rational und objektiv, versuchen den Schmerz so präzise wie möglich zu beschreiben, suchen Hilfe bei Arzt
Irish	Schmerz wird unterdrückt und ertragen, versuchen alleine damit klarzukommen

Auch Wippert und Beckmann (2009) beschreiben kulturelle Unterschiede. Bei Chinesen zum Beispiel ist es wenig akzeptiert, Schmerzen öffentlich zu zeigen - es ist ein Zeichen von wenig Selbstbeherrschung. Bei Personen aus Italien ist Weinen, Jammern und Schluchzen in der Öffentlichkeit relativ akzeptiert. Menschen aus den Nordländern hingegen ertragen die Schmerzen oft stumm, um so Anerkennung bei den Mitmenschen zu finden.

Weiss (2005) wie auch Main et al. (2008) sehen es jedoch als kritisch, die Kultur zu sehr in den Vordergrund zu rücken. Sehr oft führe diese Kulturalisierung zu einer Bildung von Stereotypen. Laut Weiss (2005) wird der Einfluss der Kultur und deren Prägung auf jedes Individuum oft überschätzt. Sie betonen, dass Migration immer ein

dynamischer Prozess ist. Sie sehen die Gefahr, die Migrationsbevölkerung zu sehr auf ihre jeweilige Kultur zu reduzieren anstatt den Fokus auf die psychosoziale Situation jedes einzelnen Menschen zu setzen. Auch French & Sim (2004) sind überzeugt, dass der sozioökonomische Status eine grössere Rolle spielt als der unterschiedliche kulturelle Hintergrund.

2.4 Beeinflussende Faktoren für die Therapie von chronischen Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen mit Migrationshintergrund

Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass Patienten mit Migrationshintergrund doppelt so häufig die Therapie (ein Rehabilitationsprogramm bei chronischen Rückenschmerzen) abbrechen wie Einheimische (Sloots, Dekker, Bartels, Geertzen & Dekker, 2011). Der Grund weshalb abgebrochen wird, ist meist die unterschiedliche Erwartungshaltung an das Therapieprogramm. Viele Patienten mit Migrationshintergrund erwarten eine vollständige Linderung der Schmerzen sowie eine spezifische Erklärung, woher die Schmerzen stammen. Ausserdem seien die verminderten sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten ein wichtiges Argument für den Therapieabbruch.

2.4.1 Sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten

Schmerz ist eine stark subjektive Erfahrung, nur die selbst betroffene Person kann in Worten ihren Schmerz ausdrücken. Wie jemand über seine Schmerzen spricht, ist beeinflusst von der Erziehung, der Familie und von früheren Erfahrungen. Die Möglichkeit "Schmerz" verbal auszudrücken ist je nach kulturellem Hintergrund und Sprache sehr unterschiedlich. Wo in europäischen Kulturen sehr viele Wörter zur Verfügung stehen, gibt es in einigen Sprachen (u.a. Arabisch, Japanisch, Chinesisch) nur vereinzelte Verben um "Schmerz" zu beschreiben.

Nicht immer liegt es jedoch nur an den sprachlichen Möglichkeiten, sondern auch an der Fähigkeit, das oft konfuse Schmerzerleben in Worten zu beschreiben. Gerade dann, wenn dadurch oder durch sprachliche Barrieren die Worte fehlen, ist die einzige Möglichkeit Schmerzen auszudrücken, die nonverbale Kommunikation (Wippert & Beckmann, 2009). Kilcher und Spiess (2003) empfehlen in diesem Zusammenhang, sich gut auf die eigene Mimik und Körperhaltung zu achten. Nonverbale Signale wie

Kopfschütteln oder Stirnrunzeln können zu Verunsicherung seitens der Patienten führen.

In einer Studie über die Arzt-Patienten-Interaktion, wurde das fehlende Sprachverständnis von Seiten der Patienten als das grösste Problem bezeichnet. Die erschwerte Verständigung kann zu einem Misstrauen zwischen den betroffenen Personen führen, da zum Beispiel Diagnosen nicht richtig verstanden werden. Oftmals werden Patientinnen und Patienten dann fälschlicherweise als "nicht-compliance" eingestuft. Sei es weil sich eine Person nicht für einen Termin abmeldet oder keine Antwort auf eine gestellte Frage geben kann (Kilcher & Spiess, 2003).

2.4.2 Unterschiedliche Erwartungshaltung zu Therapie und Rollenverteilung

Menschen mit Migrationshintergrund kommen oft aus Ländern, in denen das Gesundheitssystem anders aufgebaut ist und mit Krankheit anders umgegangen wird. Sie haben andere Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Therapie sowie auch über die Rolle der Therapeutin oder des Therapeuten. Oftmals haben sie, verursacht durch eine schlechte Schulbildung, nur wenig Wissen über ihren Körper, die Anatomie und Physiologie. Auch kann diskutiert werden, ob Menschen mit Migrationshintergrund über ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis, wie es in Kapitel 2.2.2 besprochen wurde, verfügen. Ein Zusammenhang zwischen Körper und Psyche wird bei einem geringen Bildungsstand oftmals nicht gesehen (Kilcher & Spiess, 2003).

Für Menschen aus der Mittelmeerregion zum Beispiel, gilt meist als normal, dass die Angehörigen mit in die Behandlung einbezogen werden. Die Verantwortung für die Verbesserung der Situation des Patienten jedoch liegt alleine beim Gesundheitspersonal (Venkat & Söllner 2014).

Kilcher und Spiess (2003) erwähnen, dass es in Ländern wie dem Kosovo oder der Türkei üblich ist, dass lebensbedrohliche Krankheiten nur den Familienangehörigen mitgeteilt werden. Bei diffusen Schmerzzuständen, welche chronische Schmerzen normalerweise auszeichnen, bekommen sie vom Arzt meist keine genaue Diagnose oder Erklärung und befürchten deshalb eine schlimmere Krankheit, wie zum Beispiel Krebs.

Gegensätzliche Erwartungen gibt es oft bezüglich der Therapie. Allgemein gelten Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund als passiv, fordernd und konsumierend. Zu tun hat dies meist nicht mit einer Haltung, dass sie selber nichts für ihre Gesundheit tun wollen, sondern mit den Unterschieden zum Gesundheitssystem in ihrer Heimat. In vielen Ländern wird aufgrund fehlender Infrastruktur direkt zur Therapie übergegangen, ohne dass eine genaue Untersuchung stattfindet. Oftmals muss deshalb Menschen mit Migrationshintergrund der Unterschied zwischen Befund und Therapie erklärt werden. Vielerorts sind ausserdem passive Behandlungsmethoden üblicher und eine Patientin oder ein Patient wird selten aufgefordert, selbst aktiv zu sein. Oftmals wird der Sinn von aktiver Therapie bei vorhandenen Schmerzen nicht gesehen (Kilcher & Spiess, 2003).

2.5 Anforderungen an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Umgang mit chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund

Venkat und Söllner (2014) erläutern, dass bei vielen Gesundheitsfachpersonen die klare Meinung vertreten ist, dass Menschen mit Migrationshintergrund besonders schmerzempfindlich sind und sich gerne darüber beschweren. Solche Verallgemeinerungen und Vorurteile bezeichnen sie als hinderlich für die Arbeit mit der genannten Patientengruppe. Auch French und Sim (2004) heben hervor, dass Personen mit Migrationshintergrund oft automatisch der Kategorie "Hochrisiko-Patienten" zugeordnet und als "unkooperativ" oder "schwierig damit zu arbeiten" bezeichnet werden. Rodewig (2000) bekräftigt, dass es oftmals die "Fremdheit des Verhaltens" sei, welches bei den Gesundheitsfachpersonen zu einem Misstrauen gegenüber der Patientin oder dem Patienten führt.

Um der Bildung von Stereotypen und Verallgemeinerung abzuhelpen, ist in der Literatur von der Schulung der "Transkulturellen Kompetenz" die Rede.

Domenig (2007) beschreibt Transkulturelle Kompetenz als "die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsanweisungen daraus abzuleiten". Dabei soll eine Person mit Migrationshintergrund nicht auf die jeweilige Kultur begrenzt werden, sondern als individuelle Person wahrgenommen werden. Die individuelle Geschichte eines Patienten zu kennen und mit ihm eine thera-

apeutische Beziehung aufzubauen sei viel wichtiger, wie jede Eigenheit einer jeweiligen Kultur zu kennen.

Die Transkulturelle Kompetenz stützt sich auf folgende drei Pfeiler: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie. Bei der Selbstreflexion sollen die eigenen Wertevorstellungen, Prägungen und Vorurteile hinterfragt werden. Hintergrundwissen und Erfahrung über die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit sowie über die früheren Lebensumstände sollen helfen, die Situation des Patienten oder der Patientin besser zu verstehen. Einer Person mit Empathie zu begegnen bedeutet, respektvoll mit ihm und seiner Situation umzugehen, Interesse zu zeigen, bereit zu sein sich auf Neues einzulassen, sowie sich in seine Situation einfühlen zu können. All diese Faktoren sind enorm wichtig, um eine gute Patienten-Therapeuten-Beziehung aufzubauen (Domenig, 2007).

Transkulturell kompetentes Gesundheitsfachpersonal soll so, durch Reflexion der eigenen Wertvorstellungen und Vorurteilen, nicht nur die Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und sich selbst sehen, sondern auch Gemeinsamkeiten (Domenig, 2007).

Auch Davidhizar und Giger (2004) betonen, dass die persönliche Meinung oder Wertvorstellung des Gesundheitspersonals einen Einfluss auf die Behandlung eines Patienten oder einer Patientin hat. Sie betonen deshalb die Wichtigkeit, dass sich Personen welche im Gesundheitswesen tätig sind, ihrer eigenen Werte bewusst sind. Sloots et al. (2011) bekräftigen jedoch, dass kulturell kompetentes Gesundheitspersonal nur in einer Organisation oder in einem Gesundheitssystem effektiv arbeiten kann, welches auch selbst das Bestreben hat, mehr in die kulturelle Diversität zu investieren.

2.6 Handlungsansätze für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen mit Migrationshintergrund

Gemäss Venkat und Söllner (2014) ist der Behandlungserfolg bei chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund unter anderem abhängig von der Möglichkeit, Patienten aus der passiven Schonhaltung zu bringen und Wege aufzuzeigen, mit den Schmerzen umgehen zu können. Ausserdem soll bei Erklärungen der Bildungsstand berücksichtigt werden und auf das un-

terschiedliche kulturelle Schmerzverständnis eingegangen werden. Um all diese Faktoren einzubeziehen, fordern sie ein für die Migrationsbevölkerung angepasstes Therapieprogramm welches kultursensitiv und interdisziplinär ist.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine gute Patienten-Therapeuten-Beziehung einer der wichtigsten Aspekte (Kutalek, 2012). Folgend werden zwei Ansätze vorgestellt, die helfen können, eine positive Beziehung mit der beschriebenen Patientengruppe aufzubauen.

2.6.1 Die migrationsspezifische Anamnese

Der Schweizer Arzt Marzio Sabbioni (2004; 2012) erwähnt in mehreren Publikationen die migrationsspezifische Anamnese. Er kritisiert, dass bei einer "normalen" Anamnese, relevante Faktoren für die Behandlung einer Migrantin oder eines Migranten nicht erfragt werden. Demnach geht es darum, genaue Fragen zu stellen um mehr über die individuelle Geschichte eines Patienten zu erfahren. Auch Venkat und Söllner (2014) betonen, dass die Herkunft- und Migrationsgeschichte eines Patienten unbedingt erfragt werden soll.

Die migrationsspezifische Anamnese

- *die Herkunftsgeschichte* (soziale Lage, ökonomische Situation, Gesundheitsverhalten im Herkunftsland etc.)
- *die Migrationsgeschichte* (Motivation, Flucht, Verlauf, Traumatisierungen)
- *die Integrationsgeschichte* (rechtliche und soziale Lage, ökonomische Situation)
- *das Gesundheitsverhalten im aktuellen Land*
- *die Remigrationsanamnese* (Remigrationsdruck, Pläne zur Remigration)
- *die Zukunftsperspektiven* (Vergleich der Ziele bei Migration mit dem Erreichten)
- *die eigenen Vorstellungen zum Leiden, zum Körper und zur Behandlung*

(aus: Sabbioni & Kuhn, 2004)

Box 2: Die migrationsspezifische Anamnese

2.6.2 Einsatz von interkulturellen Dolmetschern

Der Einsatz von Übersetzerinnen und Übersetzer wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Venkat & Söllner, 2014). Wie in vorangehenden Kapiteln schon erwähnt, hat die erschwerte Kommunikation einen grossen Einfluss auf die Therapie. Um die Kommunikation zu erleichtern, können bei einem Gespräch Übersetzerinnen oder Übersetzer hinzugezogen werden. Dabei sollen es sogenannte "Interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer" sein. Diese übersetzen nicht nur den genauen Wortlaut, sondern berücksichtigen auch den sozialen und kulturellen Hintergrund des Patienten oder der Patientin (Saladin, 2007).

Das Heranziehen von Familienangehörigen scheint naheliegend, zeigt aber auch mehrere Nachteile. Zum einen sind sie meist selbst mitbetroffen und können Mühe haben, die emotionale Distanz zu gewährleisten. Des Weiteren bringen sie häufig ihre eigene Meinung mit ein und ein neutrales Übersetzen wird so erschwert (Venkat und Söllner, 2014).

In der Schweiz gibt es verschiedene Angebote. Seit 2011 läuft ein Projekt, welches interkulturelles Dolmetschen per Telefon ermöglicht. Ausserdem hat das Kantonsspital St. Gallen ein Spitalwörterbuch erstellt, in dem die wichtigsten Begriffe für den Spitalalltag auf 12 Sprachen übersetzt sind. (Saladin, 2007).

2.7 Fazit

Menschen, welche an chronischen Schmerzen leiden, sind dadurch in ihrem Alltag stark beeinträchtigt. Das Schmerzerleben und –verhalten wird beeinflusst von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren. Bei Personen mit einem Migrationshintergrund sind auf der sozialen und psychologischen Ebene viele Risikofaktoren bekannt, welche einen Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben können. Dies führt zur Annahme, dass die in vorliegender Arbeit untersuchte Population eine in hohem Masse betroffene Gruppe ist. Gezeigt wurde auch, dass soziokulturelle Faktoren die Wahrnehmung und das Verhalten von Schmerzen beeinflussen. Weiter haben die unterschiedlichen Erwartungshaltungen, wie auch die fehlende sprachliche Ausdrucksmöglichkeit, einen Einfluss auf die Behandlung dieser Patientengruppe. Menschen mit Migrationshintergrund sind also durchaus eine besondere Patientengruppe mit spezifischen Bedürfnissen. Die Tatsache, dass die Migrationsbevölkerung

eine sehr heterogene Gruppe ist, macht es jedoch schwierig, die spezifischen Bedürfnisse dieser Patientengruppe genauer zu definieren. Es soll berücksichtigt werden, dass chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund andere Bedürfnisse haben als Einheimische. Diese sind jedoch individuell verschieden und sollen durch transkulturell kompetente Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Therapie beachtet werden. Ein wichtiger Wirkfaktor in der Physiotherapie ist eine gute Patienten-Therapeuten-Beziehung. Durch eine Anamnese, bei welcher migrationsspezifische Merkmale berücksichtigt werden und durch den Abbau der sprachlichen Barriere, kann diese positiv beeinflusst werden.

3 Methode

3.1 Methodisches Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung

Durch die umfassende Literaturrecherche für den theoretischen Hintergrund konnte ein Gesamtüberblick über das gewählte Thema und die Forschungslage gewonnen werden. Um die Fragestellung vorliegender Arbeit mit Studien zu beantworten, wurde ausschliesslich nach in der Schweiz durchgeführten Studien gesucht, welche chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund untersuchten. Ansonsten wurden keine Ein- oder Ausschlusskriterien formuliert.

Die für die Bearbeitung der Fragestellung kritisch zu beurteilende Literatur wurde über das Hochschulnetz der ZHAW Winterthur in den Datenbanken Medline und Cinahl gesucht. Die Suche erfolgte mit Hilfe von Schlagwörtern wie "immigrants", "immigration", "chronic pain" und "treatment". Verknüpft wurden die Schlagwörter mit Booleschen Operatoren wie AND und OR.

Mit der Verbindung "immigrants" AND "chronic pain" wurde in der Datenbank Medline die Studie von Sleptsova, Wössmer, Grossman & Langewitz (2013) sowie von Kellner, Halder, Litschi & Sprott (2012) gefunden. In der Literaturliste letzterer Studie konnte eine passende Studie von Scascighini, Litschi, Walti & Sprott (2011) gefunden werden. Weitere Studien, welche zu genanntem Thema in kürzerer Vergangenheit in der Schweiz durchgeführt wurden, sind der Autorin vorliegender Arbeit nicht bekannt.

Um die Resultate der einzelnen Studien auf die Fragestellung sowie mit den Ansätzen aus dem theoretischen Hintergrund vergleichen zu können, wurden die drei ausgewählten Studien, mit Hilfe des Beurteilungsformulars von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch, & Westmorland (1998) für quantitative Studien, bewertet und kritisch gewürdigt.

3.2 Beschreibung der verwendeten Methoden in den Studien

Folgend sind die wichtigsten Punkte der in den drei Studien verwendeten Methoden beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien der einzelnen Studien, Angaben zu verwendeten Assessmentinstrumenten sowie weitere Informationen zu den Studien können dem Anhang entnommen werden.

3.2.1 Scascighini et al. (2011)

Diese Studie wurde zwischen 2001 und 2005 als prospektive Kohortenstudie am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Untersucht wurden 175 Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, 42.4% der Personen hatten einen Migrationshintergrund.

Ziel war es, mehr Informationen über den Kurz- und Langzeiteffekt des Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramms (AISP) sowie über den Einfluss von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund auf die Behandlungsergebnisse zu erhalten. Die Inhalte des AISP werden im nächsten Kapitel genauer erläutert.

Alle Patientinnen und Patienten wurden durch die Ärzteschaft an das acht- bis zehnwöchigen Therapieprogramm überwiesen. Vor Therapiebeginn, direkt nach Therapieabschluss sowie drei, sechs und zwölf Monate nach Therapieabschluss wurden mittels Fragebogen Daten zu nachfolgend aufgelisteten Bereichen erhoben:

- schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung
- Copingstrategien (kognitiv und verhaltenstechnisch)
- subjektives Wohlbefinden
- schmerzbedingte Einschränkungen im Alltag
- Veränderung im Erleben und Verhalten der chronischen Schmerzen
- Schmerzintensität

3.2.2 Kellner et al. (2012)

Diese Studie wurde ebenfalls als prospektive Kohortenstudie im Rahmen des Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramms (AISP) am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Zwischen den Jahren 2006 und 2009 wurden 118 Personen, davon 50 Personen mit Migrationshintergrund (41.7%), untersucht.

Ziel war es, mehr über die Schmerzen und den psychischen Gesundheitszustand bei der Migrationsbevölkerung vor und nach dem AISP zu erfahren.

Wie auch bei Scascighini et al. (2011) wurden mittels Fragebogen Daten von chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten erhoben, welche an diesem acht- bis zehnwöchigen Schmerzprogramm teilgenommen haben.

Vor Therapiebeginn, direkt nach Therapieabschluss sowie drei, sechs und zwölf Monate nach Therapieabschluss wurden Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

- Schmerzintensität
- Kinesiophobie
- Depression und Angst
- Copingstrategien

3.2.3 Sleptsova et al. (2013)

Mittels einer randomisierten kontrollierten Studie wurde zwischen September 2004 und März 2007 am Universitätsspital Basel die Wirksamkeit eines speziell auf die Migrationsbevölkerung ausgerichteten Behandlungsprogramms untersucht. 116 Türkische Migrantinnen und Migranten der ersten Generation in der Schweiz, welche an chronischen Schmerzen leiden, wurden rekrutiert. 62 Personen bekamen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung kombiniert mit kulturspezifischen Themen. Die verbleibenden 54 Patientinnen und Patienten bekamen eine zwar kulturspezifische, ansonsten aber normale aktivierende Physiotherapie. Das Therapieprogramm der Interventionsgruppe ist im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

Jeweils vor und nach dem sechsmonatigen Therapieprogramm, sowie 12 Monate nach Therapieabschluss, wurden mittels Fragebogen folgende Bereiche untersucht:

- Physische Funktion und psychische Gesundheit
- Lebensqualität
- Depression
- schmerzbedingte Einschränkungen im Alltag
- Schmerzintensität

3.3 Beschreibung der Interventionen

Folgend werden, das in den Studien von Scascighini et al. (2011) und Kellner et al. (2012) untersuchte Schmerzprogramm des Universitätsspitals Zürich, sowie der in der Studie von Sleptsova et al. (2013) verwendete kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz kombiniert mit kulturspezifischen Aspekten, genauer beschrieben.

3.3.1 Ambulantes Interdisziplinäres Schmerzprogramm (AISP)

Das Ambulante Interdisziplinäre Schmerzprogramm (AISP) wurde bis Ende 2011, als es wegen Sparmassnahmen zwangsläufig eingestellt werden musste, in der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich durchgeführt. Verschiedene Disziplinen arbeiteten dabei eng zusammen. Neben der Physiotherapie waren die Ärzteschaft, die Ergotherapie, der Sozialdienst sowie die Psychiatrie integriert. Das Programm orientierte sich an den Grundlagen des biopsychosozialen Schmerzmodells (vgl. Kap. 2.2.2). Auch Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie, welche im nächsten Kapitel genauer erläutert wird, wurden umgesetzt.

Ziel des AISP war es, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren Umgang mit den Schmerzen im Alltag zu verbessern. Vor Beginn der Therapie wurden jeweils mit jeder Patientin und jedem Patienten individuelle Ziele festgelegt. Während acht bis zehn Wochen trafen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Programms an zwei Vormittagen in Gruppen von acht bis zehn Personen (Scascighini et al., 2011; Kellner et al., 2012).

Das AISP beinhaltete folgende Interventionen (zit. nach Walti, Aegler, Humbel, Litschi, Schütz, Sprott, 2003):

- physio- und ergotherapeutisch angeleitete Trainingseinheiten
- psychologisch betreute Gruppen- und Angehörigengespräche
- Wasser- und Entspannungstherapie
- von allen Disziplinen vermittelte Informations- und Theorieblöcke

Die Ärzteschaft sorgte während der Dauer der Intervention unter anderem für eine Optimierung der Schmerzmedikation.

3.3.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz

In der Studie von Sleptsova et al. (2013) wurde die Interventionsgruppe mit einer kognitiven Verhaltenstherapie, kombiniert mit kulturspezifischen Aspekten, behandelt. Es wurde dafür ein bestehendes Konzept einer kognitiven Verhaltenstherapie verwendet, welches an die untersuchte Population angepasst wurde.

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz ist darauf fokussiert, *wie* Menschen mit ihren chronischen Schmerzen umgehen. Ziel ist es, das Verhalten der Patientinnen und Patienten zu beeinflussen. Es wird zum Beispiel nach Bereichen in jedem individuellen Leben gesucht, die durch die Schmerzen nur wenig beeinträchtigt sind und mit positiven Erlebnissen verbunden werden können. Die kognitive Verhaltenstherapie ist ausserdem bestrebt, durch physische Aktivität die Körperwahrnehmung zu fördern. Durch Assessmentinstrumente in türkischer Sprache, den Miteinbezug eines Dolmetschers und die Besprechung von kulturspezifischen Themen wurde der soziokulturelle Hintergrund der Migrationsbevölkerung berücksichtigt.

Während sechs Monaten wurden 25 Therapieeinheiten à je 90 Minuten durchgeführt. Je ein Physiotherapeut oder eine Physiotherapeutin sowie ein Psychologe oder eine Psychologin führten die Therapieeinheiten gemeinsam durch. Die Inhalte dieses Therapieprogramms sind in folgender Tabelle dargestellt.

Inhalte des Therapieprogramms
Patienteninformationen über chronische Schmerzen
Schmerzverarbeitung und -wahrnehmung
Aktive Schmerzbewältigungsstrategien
Rolle psychosozialer Faktoren oder depressiver Entwicklung bei der Schmerzchronifizierung
Kulturspezifische Themen
Migration und Fremdsein als sozialer Stress
Motivation zur (weiteren) Integration in der Schweiz
Entspannungsmethoden
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und Imaginationsübungen
Physiotherapie
Vermittlung von Allgemeinwissen über die Anatomie von Gelenken und Muskeln
Erlernen eines einfachen Heimprogramms zur Kräftigung, Lockerung und Dehnung der Muskulatur
Spielerische Aktivitäten zur Förderung der Bewegungsfreude

Tabelle 2: Inhalte des Therapieprogramms

4 Resultate

4.1 Scascighini et al. (2011)

Das Ambulante Interdisziplinäre Schmerzprogramm hatte eine signifikante Wirkung auf alle untersuchten Bereichen, mit Ausnahme der Schmerzintensität. Die Verbesserungen konnten jedoch nicht über längere Zeit beibehalten werden. 12 Monate nach Abschluss des Therapieprogramms konnte einzig noch eine signifikante Verbesserung im Bereich "schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung" festgestellt werden ($P=0.001$, Signifikanzlevel $P<0.05$). 49.4% der Patientinnen und Patienten zeigten eine Veränderung im Erleben und Verhalten der chronischen Schmerzen. In der Veränderung der Outcomes bis 12 Monate nach Therapieabschluss, im Vergleich zu vor Therapiebeginn, gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen "mit Migrationshintergrund" und "ohne Migrationshintergrund" ($P=0.001$). Die unabhängige Variable *Migrationshintergrund* beeinflusst den Verlauf der Therapie über den Untersuchungszeitraum negativ. Die Gruppe "ohne Migrationshintergrund" konnte deutlich mehr vom Therapieprogramm profitieren. Die Veränderung in den Bereichen "schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung", "kognitive Copingstrategien" und "verhaltenstechnische Copingstrategien" unterscheiden sich zwischen den beiden Subgruppen zu jedem Untersuchungszeitpunkt signifikant ($P=0.005$). 16.7% der Varianz der Unterschiede kann mit Hilfe der Variable "Migrationshintergrund" erklärt werden.

In Bezug auf die "Schmerzintensität" wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit oder ohne Migrationshintergrund gefunden ($P = 0.452$). Alter und Geschlecht hatten keinen signifikanten Einfluss auf den Therapieverlauf.

4.2 Kellner et al. (2012)

Die beiden Gruppen "mit Migrationshintergrund" und "ohne Migrationshintergrund" unterscheiden sich in den Variablen Arbeitsstatus und Bildung. In der Gruppe mit Migrationshintergrund haben 56% der Patientinnen und Patienten mindestens neun Schuljahre besucht, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind es 93%. 58% der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund waren zum Zeitpunkt der Stu-

die zu 100% arbeitsunfähig, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund waren es 12%.

Zu jedem Untersuchungszeitpunkt gaben Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund eine statistisch signifikante und klinisch relevante höhere Schmerzintensität an, als die Gruppe der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund ($P < 0.002$, Signifikanzlevel $P < 0.05$). Erstere Gruppe wies ausserdem zu jedem Untersuchungszeitpunkt einen statistisch signifikant schlechteren psychischen Gesundheitszustand (Kinesiophobie, Depression, Katastrophisieren: $P < 0.001$; Ängstlichkeit: $P < 0.002$) auf.

Im Bereich Depression konnte in der Gruppe mit Migrationshintergrund zu keinem Untersuchungszeitpunkt eine Verbesserung festgestellt werden, die Werte waren erhöht und von klinischer Relevanz. Einheimische Patientinnen und Patienten verbesserten sich in diesem Bereich nach dem Therapieprogramm statistisch signifikant und die Resultate blieben bis ein Jahr nach dem Programm stabil ($P = 0.001$). In der Gruppe ohne Migrationshintergrund konnten 12 Monate nach Therapieabschluss auch in allen anderen untersuchten Bereichen eine Verbesserung im Vergleich zu den Ausgangswerten festgestellt werden.

In der Gruppe mit Migrationshintergrund konnte nur im Bereich der passiven Copingstrategien eine signifikante Verbesserung noch 12 Monate nach Therapieabschluss festgestellt werden ($P=0.01$). Auch hier hatte die Migrationsbevölkerung jedoch zu jedem Untersuchungszeitpunkt deutlich schlechtere Werte als die einheimischen Patientinnen und Patienten.

4.3 Sleptsova et al. (2013)

96% der Patientinnen und Patienten haben das Therapieprogramm beendet. Die sozio-demographischen Daten der Patientinnen und Patienten zeigten folgende Eigenheiten: 54% besuchten maximal fünf Jahre die Schule; 22% waren Analphabeten; 98% haben zuvor als (nichtgelernte) Hilfsarbeiter gearbeitet; 92% waren zum Zeitpunkt der Studie arbeitslos.

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung kombiniert mit kulturspezifischen Themen hatte keine Auswirkung auf die untersuchten Bereiche (physische Funktion und psychische Gesundheit, Depression, Funktionseinschränkungen durch Schmer-

zen). Die Patientinnen und Patienten verbesserten sich in keinem Bereich zu keinem Untersuchungszeitpunkt signifikant. Ebenso zeigte die Kontrollgruppe keine Verbesserungen. Die Schmerzintensität blieb unverändert in beiden Gruppen. Allgemein verfügten die untersuchten Patientinnen und Patienten über eine sehr schlechte körperliche sowie psychische Gesundheit und es konnte vor Therapiebeginn eine sehr hohe Beeinträchtigung durch die Schmerzen festgestellt werden.

Die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten (80%) zeigten sich bei Therapieende durch mündliche Befragung zufrieden mit der Therapie und wollten gerne damit fortfahren.

5 Diskussion

5.1 Untersuchte Population

In Kapitel 2.7 wurde zusammenfassend dargestellt, dass die vorliegende Arbeit eine sehr heterogene Patientengruppe untersucht. Die Migrationsbevölkerung stellt keinesfalls eine homogene Masse dar und es gibt auch nicht *den* chronischen Schmerzpatienten oder *die* chronische Schmerzpatientin.

Diese Problematik zeigte sich auch in den drei untersuchten Studien. Es wurden unterschiedliche Definitionen für "Migrationshintergrund" sowie auch für "chronische Schmerzen" als Einschlusskriterien verwendet.

Als "Personen mit Migrationshintergrund" wurden in den Studien von Scascighini et al. (2011) und Kellner et al. (2012) alle Patientinnen und Patienten eingeteilt, welche nicht Deutsch als Muttersprache hatten. Diese Definition unterscheidet sich zu der in Kapitel 2.1.1 besprochenen Definition, wie sie vom Bundesamt gehandhabt wird. Migrationshintergrund alleine durch die Sprache zu definieren scheint in der Schweiz, in welcher vier Landessprachen gesprochen werden, kritisch. Das Bundesamt für Gesundheit (2010) hat in den "Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen" festgehalten, dass die Variable Muttersprache nur selten als Definition verwendet wird, wenn dann "lokalsprachliche Kompetenzen". In der Studie von Sleptsova et al. (2013) wurde klar definiert, dass nur Migrantinnen und Migranten der ersten Generation aus der Türkei eingeschlossen werden.

Wie schon in Kapitel 3.2 besprochen, gibt es für chronisch nicht maligne Schmerzen keine allgemeingültige Definition. Bei der Definition von chronischen Schmerzen als Einschlusskriterium für die Studien, wurden unterschiedliche Zeitangaben verwendet. In den Studien von Scascighini et al. (2011) und Kellner et al. (2012) wurden Patientinnen und Patienten eingeschlossen, welche seit mindestens drei Monaten an chronischen Schmerzen litten. Bei Sleptsova et al. (2013) sollten es mindestens sechs Monate sein.

Auch durch die verschiedenen kulturellen Hintergründe und den teilweise sehr verschiedenen demographischen Merkmalen unterschieden sich die untersuchten Migrantinnen und Migranten.

All diese Kriterien machen die Beantwortung der Frage, inwiefern die in den drei Studien untersuchten Migrantinnen und Migranten repräsentativ für die chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund in der Schweiz sind, schwierig. Die Variablen "chronische Schmerzen" und "Migrationshintergrund" müssten, um genauere Angaben dazu zu erhalten, präziser definiert werden. Dadurch und auch weil in den drei Studien unterschiedliche Assessments durchgeführt wurden, lassen sich die einzelnen Ergebnisse der drei Studien nicht direkt miteinander vergleichen. Alle drei untersuchten Studien lieferten jedoch Resultate auf die Fragestellung vorliegender Arbeit, welche nachfolgend diskutiert werden.

5.2 Qualität der Studien

In allen drei beurteilten Studien wurde der Zweck der Studien angegeben, relevante Hintergrundliteratur war vorhanden, die Notwendigkeit der Studien wurde gerechtfertigt und die jeweilige Stichprobe wurde jeweils detailliert beschrieben. Die durchgeführten Messungen und die Ergebnisse wurden ausführlich dargestellt.

Als negativ gewertet wurde die hohe Zahl an Dropouts in allen Studien. Das Therapieprogramm wurde zwar in allen drei Studien von der grossen Mehrheit der Patientinnen und Patienten beendet, jeweils ein Jahr nach Therapieabschluss wurden jedoch viele Fragebogen nicht retourniert. In der Studie von Scascighini et al. (2011) schieden so 100 der 175 Patientinnen und Patienten aus. Die vielen Dropouts bei sogenannten "Follow-Up"-Messungen, scheinen ein allgemeines Problem bei klinischen Studien zu sein (Peat, Moores, Goldingay & Hunter, 2001).

Unklar scheint der Autorin vorliegender Arbeit, inwiefern die verwendeten Assessmentinstrumente für die untersuchte Population geeignet waren. Auf diese Problematik wird bei der Diskussion der Ergebnisse auf die Fragestellung nochmals genauer eingegangen.

5.3 Diskussion und Beurteilung der Resultate

Die Studie von Scascighini et al. (2011) zeigt auf, dass das Ambulante Interdisziplinäre Schmerzprogramm (AISP) bei chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten grundsätzlich wirksam ist, was den Kurzzeiteffekt betrifft. Auf die subjektiv empfundene Schmerzintensität hatte das Schmerzprogramm keinen Einfluss.

Die Verbesserung war massgeblich davon beeinflusst, ob die Patientinnen und Patienten einen Migrationshintergrund hatten oder nicht. Die Studie zeigt, dass es für den Therapieerfolg eine Rolle spielte, ob ein Patient oder eine Patientin einheimisch ist oder einen Migrationshintergrund hat. Die Variable *Migrationshintergrund* hatte einen negativen Effekt auf das Behandlungsergebnis. Es lässt sich daraus ableiten, dass dieses Therapieprogramm für die Migrationsbevölkerung nicht in gleichem Masse geeignet war.

Auch die Resultate der Studie von Kellner et al. (2012) zeigen, dass einheimische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten vom AISP gut profitierten und in allen untersuchten Bereichen 12 Monate nach Abschluss der Therapie die besten Resultate zeigten. Auch die Schmerzintensität konnte längerfristig gesenkt werden. Die Patientengruppe mit Migrationshintergrund zeigte zu jedem Untersuchungszeitpunkt in jedem Bereich schlechtere Werte auf, was bedeutet, dass die Migrationsbevölkerung deutlich mehr durch die chronischen Schmerzen beeinträchtigt war. Ausserdem konnte bei den Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund merklich weniger Verbesserungen durch das Therapieprogramm festgestellt werden. Auch diese Studie konnte zeigen, dass der Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Wirkung der Behandlung hat.

Das in Kapitel 3.3.1 dargestellte AISP ist also grundsätzlich für chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu empfehlen. Dies unterstützt die evidenzbasierte Empfehlung von Benz, Angst und Aeschlimann (2011), in der Schweiz chronischen Schmerzen mithilfe eines Interdisziplinären Schmerzprogramms zu behandeln. Doch was ist mit den chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in der Schweiz mit Migrationshintergrund?

Es scheint, dass die Migrationsbevölkerung gewisse Merkmale besitzt und Bedürfnisse hat, welche sich von den einheimischen chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten unterscheidet. Antworten auf die Frage, weshalb Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund weniger von diesem Therapieprogramm profitieren als Einheimische, könnten Hinweise bieten, welche Bedürfnisse bei der Migrationsbevölkerung vorhanden sind und die Therapieprogramme könnten darauf abgestimmt werden.

Die Therapiesprache war beim AISP stets Deutsch. Die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund hatten dadurch mit einer Sprachbarriere zu kämpfen. In Kapitel 2.4.1 wurde beschrieben, dass für eine gute Therapeuten-Patienten-Interaktion ein gutes Sprachverständnis elementar ist. Scascighini et al. (2011) erwähnen, dass zwar bei der Durchführung des Programms stetig ein Dolmetscher vor Ort war und viel mit Bildern und Schemas gearbeitet wurde, die Fragebogen waren jedoch allesamt nur auf Deutsch verfügbar. Es ist in Frage zu stellen, ob die Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund die Fragen richtig verstanden haben und genaue Antworten geben konnten.

In Kapitel 2.5 wurde besprochen, dass in der Arbeit mit der Migrationsbevölkerung transkulturell kompetentes Gesundheitspersonal gefordert wird. Es ist nicht klar, inwiefern das involvierte Personal diese Kompetenz erfüllte. Scascighini et al. (2011) vermuten, dass es einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit des Programms haben könnte, wenn kulturell geschultes Personal miteinbezogen würde. Als weitere Idee erwähnen sie den Miteinbezug von früheren Absolventinnen und Absolventen des AISP mit einem ähnlichen ethnischen Hintergrund wie die Patientinnen und Patienten.

Die Auswertung der soziodemographischen Daten der untersuchten Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund in der Studie von Kellner et al. (2012) zeigen, dass diese Patientengruppe über eine tiefe sozioökonomische Stellung sowie einen geringen Bildungsstand verfügten. 40% der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund haben neun oder weniger Schuljahre besucht, bei den Einheimischen waren das nur vier Prozent. Etwas über die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund waren zum Untersuchungszeitpunkt arbeitslos. Diese sowie weitere migrationsspezifische Merkmale, wie sie auch in Kapitel 2.3.1 als Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung beschrieben wurden, können einen Stress auslösen, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Wie in Kapitel 2.4.2 beschrieben, haben Menschen mit einem tiefen Bildungsstand ausserdem oftmals Mühe einen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche zu sehen. Kellner et al. (2012) betonen, dass dadurch und durch die fehlende sprachliche Möglichkeit dieser Personengruppe oft die Fähigkeit fehlt, Dinge kritisch zu hinterfragen und zu

reflektieren. Um sich mit der eigenen Schmerzproblematik auseinandersetzen zu können, scheint es wichtig zu sein, diese Fähigkeiten zu besitzen.

Beinahe 70% der untersuchten Patientinnen und Patienten bei Kellner et al. (2012) stammten aus den Balkanstaaten, wo bis vor wenigen Jahren noch Krieg herrschte. Kellner et al. (2012) vermuten, dass einige der untersuchten Patientinnen und Patienten an posttraumatischen Belastungsstörungen litten, was die Angstsymptome erklären könnte.

In Kapitel 2.4.2 wurde besprochen, dass bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oft eine andere, als in der Schweiz übliche, Erwartungshaltung zu Rollenverteilung und Therapieschwerpunkten vorhanden ist. Viele Patientinnen und Patienten sind sich aus ihren Heimatländern gewohnt, dass hauptsächlich passive Behandlungsmethoden üblich sind. Diese Faktoren könnten die schlechteren Werte im Bereich der Copingstrategien erklären.

Kellner et al. (2013) vermuten, dass die starke psychische Beeinträchtigung und die hohen Werte im Bereich Katastrophisieren zu Beginn der Therapie, grosse Hindernisse dafür waren, um eine Verbesserung zu generieren. Diese Bereiche haben sich durch das AISP kaum verbessert. Laut Turner, Holtzmann und Mancl (2007) ist die Variable Katastrophisieren entscheidend dafür, inwiefern sich die Variablen Depression und Angst verbessern lassen. Für die Entwicklung und Ausprägung von Katastrophisieren spielen soziokulturelle Besonderheiten und fehlende Integration eine grosse Rolle.

Die Autorenschaft der Studie vermutet ausserdem, dass die Levels von Depression, Angst und Katastrophisieren zu Beginn der Therapie so hoch waren, dass vielleicht eine spezifische psychologische Behandlung notwendig gewesen wäre. Die Werte im Bereich Depression waren an der Grenze, um als behandlungsdürftige Depression eingestuft zu werden. Acht Wochen Therapie sehen sie als eine (zu) kurze Zeit, um solche Störungen überhaupt zu beeinflussen.

Durch das verwendete Design der beiden Studien konnte nicht untersucht werden, inwiefern die einzelnen Variablen zusammenhängen. Es bleibt unklar, in welchem Ausmass unterschiedliche Faktoren die Behandlung beeinflussen und welcher Bereich den grössten Einfluss auf die Outcomes hat. Ängstlichkeit, Depression, ethnischer Hintergrund und Bildung scheinen alle Auswirkungen zu haben.

Durch die Studien von Scascighini et al. (2011) und Kellner et al. (2012) kann geschlossen werden, dass die Migrationsbevölkerung unter anderem durch die Sprachbarriere, durch fehlendes transkulturell kompetentes Personal, durch eine tiefe sozio-ökonomische Stellung und einen geringen Bildungsstand, durch vorhandene migrationsspezifische Risikofaktoren und durch die starke psychische Beeinträchtigungen weniger von diesem Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramm profitieren konnten.

Die Studie von Sleptsova et al. (2013) zeigt, dass obwohl kulturspezifische Merkmale beachtet und Assessments in türkischer Sprache verwendet wurden, keine Verbesserung in keinem der untersuchten Bereiche festgestellt werden konnte.

96% der Patientinnen und Patienten haben das Therapieprogramm beendet. Das spricht dafür, dass eine solche kognitive Verhaltenstherapie mit einem kulturspezifischen Ansatz durchaus durchführbar ist und von der grossen Mehrheit der Patientinnen und Patienten akzeptiert wird.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten grundsätzlich gute Effekte zeigt (McCracken & Turk, 2002). Sleptsova et al. (2013) versuchte, auf die spezifischen kulturellen Faktoren der untersuchten Migrantinnen und Migranten aus der Türkei einzugehen und hat die Interventionen an sie angepasst. Viele in vorliegender Arbeit besprochene Punkte haben darauf hingedeutet, dass durch Berücksichtigung der Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung eine effektivere Therapie für diese Patientinnen und Patienten geschaffen werden kann. Das offensichtliche Scheitern dieses Therapieprogramms ist enttäuschend und lässt einige Fragezeichen offen. Es ist zu erwägen, ob die Bedürfnisse der untersuchten Population richtig erkannt wurden und ob die Veränderungen zuverlässig gemessen werden konnten.

Die meisten Patientinnen und Patienten äusserten mündlich Zufriedenheit mit dem Therapieprogramm. Dies lässt vermuten, dass eine Diskrepanz zwischen den durch die Assessments gemessenen Fortschritte und dem für die Patientinnen und Patienten empfundenen persönlichen Nutzen besteht.

Zum einen ist zu beachten, dass chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in der Schweiz zum Zeitpunkt der Studie noch Anspruch auf Beträge der Invalidenversicherung hatten. Sleptsova et al. (2013) vermuten, dass einige Personen

aus Angst, dass die Beiträge gestrichen werden könnten, keine Verbesserung angeben.

Zum anderen wird in Frage gestellt, inwiefern die verwendeten Assessmentinstrumente für diese Population brauchbar waren. Es wurden zwar Fragebogen in türkischer Sprache verwendet, welche valide und reliabel sind. Laut Sleptsova et al. (2013) wurden diese jedoch für Personen mit einem weit besseren Bildungsstand und einem höheren sozioökonomischen Status validiert. Die in dieser Studie untersuchten türkischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten waren eine in besonderem Masse betroffene Patientengruppe, was die sozioökonomischen Merkmale angeht. 92% der Migrantinnen und Migranten waren zum Zeitpunkt der Studie arbeitslos. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten hatten einen Ehepartner oder eine Ehepartnerin, welche ebenfalls krank oder arbeitslos war. Etwas über die Hälfte der Patientinnen und Patienten hatten nur die Grundschule besucht, ein Fünftel waren Analphabetinnen oder Analphabeten. Sleptsova et al. betonen, dass für diese Population noch keine geeigneten Assessmentinstrumente verfügbar sind.

Durch alle Therapieprogramme konnten migrationsspezifische Merkmale wie zum Beispiel der Verlust des sozialen Netzes, traumatische Erfahrungen, schlechte Wohnverhältnisse oder fehlende Integration (vgl. Kapitel 2.1.1) sowie die bestehende Arbeitslosigkeit oder ein drohender Arbeitsplatzverlust kaum bis gar nicht beeinflusst werden. Gerade jene Faktoren scheinen einen grossen Einfluss auf die bestehenden Schmerzen zu haben und müssen berücksichtigt werden, um die Migrantinnen und Migranten erfolgreich behandeln zu können.

5.4 Theorie-Praxis-Transfer

Verschiedene Anregungen hinsichtlich der Arbeit mit der beschriebenen Patientengruppe in der Physiotherapie in der Schweiz, konnten im Verlauf vorliegender Arbeit gefunden werden. Auch wenn das kulturspezifische Therapieprogramm keine Wirkung zeigte, ist die Autorin vorliegender Arbeit überzeugt, dass gewisse Faktoren bei der Arbeit mit chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund beachtet werden sollten.

Fraglich scheint, ob es einheitliche Therapieprogramme gibt, welche für eine solch heterogene Patientengruppe geeignet sind. Vielmehr soll in der Therapie ein Rah-

men geschaffen werden können, welcher ermöglicht auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Weiter sollen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten frei von Vorurteilen gegenüber dieser durchaus besonderen Patientengruppe sein. Eine gute transkulturelle Kompetenz soll helfen, die Situation der Migrantinnen und Migranten besser zu verstehen und ihnen mit Empathie begegnen zu können. Um Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die sozioökonomische Situation, zu verändern, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen unerlässlich. Folgend sind weitere Handlungsanregungen für die Praxis aufgelistet:

- Berücksichtigung der Sprachbarriere, wenn möglich Miteinbezug von kulturellen Dolmetschern
- bei Patient Education und Assessmentinstrumenten den Bildungsstand berücksichtigen
- Berücksichtigung von soziokulturellen Unterschieden im Schmerzverständnis und –verhalten
- Herkunfts- und Migrationsgeschichte erfragen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit, vor allem wenn sozioökonomische und psychosoziale Merkmale im Vordergrund stehen

5.5 Limitationen der Arbeit

Die Studienlage zum untersuchten Bereich in der Schweiz ist sehr gering. Es konnte nur eine Studie gefunden werden, welche die Wirksamkeit einer migrationsspezifischen Behandlung untersuchte. Die Heterogenität der untersuchten Population macht es schwierig, präzise Resultate und somit Aussagen zu formulieren. Des Weiteren sind die erhaltenen Resultate mit Vorsicht zu interpretieren, da die Reliabilität und Validität der Outcomes infolge fehlender geeigneter Assessmentinstrumente unsicher ist.

6 Schlussfolgerung

Chronische Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in verschiedenen Punkten von einheimischen chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten. Sie sind durch die Schmerzen stärker in Beruf und Alltag eingeschränkt, durch Sprachbarrieren ist die Kommunikation erschwert, sie zeigen ein kulturell bedingtes anderes Schmerzempfinden- und Verhalten, sie haben eine tiefere sozioökonomische Stellung und gängige Therapieprogramme zeigen weniger Wirkung. Diese und weitere durch die Literatur gewonnenen und mit den Studienresultaten bestätigten Hinweise, führen zur Annahme, dass in der Schweiz auf die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung mit chronischen Schmerzen ausgerichtete Therapieprogramme notwendig sind. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sollen die jeweilige Therapie auf die Eigenheiten und Bedürfnisse dieser Patientengruppe anpassen. Diese spezifischen Bedürfnisse konkreter zu definieren ist durch die Heterogenität der untersuchten Population schwierig.

Die einzige, der Autorin vorliegender Arbeit bekannte, in der Schweiz durchgeführte Studie, welche die Wirksamkeit eines solchen angepassten Therapieprogrammes untersuchte, zeigte jedoch enttäuschende Resultate. Inwiefern Therapieprogramme auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ausgerichtet werden sollen und inwiefern diese wirksam sind, kann abschliessend nicht gesagt werden und soll Gegenstand weiterer Untersuchungen sein. Mit der Annahme, dass die Zahl der Migrantinnen und Migranten wie auch der chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in der Schweiz weiter zunehmen wird, sind weitere Studien zu diesem Thema unerlässlich. Auch sollen Assessmentinstrumente entwickelt werden, welche auf Menschen mit einem geringen Bildungsstand und schlechten Deutschkenntnissen angepasst sind.

Zu beachten ist, dass Faktoren wie die sozioökonomische Stellung, in der Physiotherapie zwar berücksichtigt, aber wenig beeinflusst werden können. Wenn gerade diese Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die chronischen Schmerzen der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu haben scheinen, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen und staatlichen Organisationen unerlässlich.

Literaturverzeichnis

- Benz, T., Angst, F. & Aeschlimann, A. (2011). Behandlung chronischer Schmerzen in der Schweiz: wissenschaftliche Evidenz. *Praxis*, 100 (10), 591 - 598.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R. & Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Bundesamt für Gesundheit. (2002). Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/13998/index.html?lang=de> am 10.07.2014.
- Bundesamt für Gesundheit. (2008). Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008 –2013). Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00247/index.html?lang=de> am 10.07.2014.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13728/?lang=de> am 29.03.2015.
- Bundesamt für Gesundheit. (2014). Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/index.html?lang=de> am 10.07.2014.
- Bundesamt für Migration. (2014). Ausländerstatistik Ende April 2014. Heruntergeladen von <https://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/aktuell/news/2014/2014-06-18.html> am 10.07.2014.
- Bundesamt für Statistik. (2014). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html> am 23.11.2014.
- Campbell, C. M., Edwards, R. R., Fillingim, R. B. (2005). Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain*, 113, 20-26.

- Dahinden, J. (2007). Migration und transkulturelle Kompetenz. In P. Saladin (Hrsg.), *Diversität und Chancengleichheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Council of Nurses*, 51, 47-55.
- Domenig, D. (2007), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Edwards, C. L., Fillingim, R. B. & Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94,133-137.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- French, S., & Sim, J. (2004). *Physiotherapie. A psychosocial approach*. Philadelphia: Elsevier Limited.
- Gifford, L. (2000.), *Topical Issues in Pain 2*. Falmouth: CNS Press.
- Green, C. R., Anderson, K. O., Baker, T. A., Campbell, L. C., Decker, S., Fillingim, R. B., Kaloukalani, D. A., Lasch, K. E., Myers, C., Tait, R. C., Todd, K., H. & Vallerand, A. H. (2003). The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain medicine*, 4, 277-294.
- Guggisberg, J. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. [pdf]. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/index.html?lang=de> am 10.07.2014.
- International Association for the Study of Pain. (1994). Classification of Chronic Pain. Heruntergeladen von <http://prod.iasppain.org/FreeBooks?navItemNumber=677> am 13.12.2014.
- Internationale Organisation für Migration (2011). Glossary on Migration. *International Migration Law*, 25, 41.
- Kellner, U., Halder, C., Litschi, M. & Sprott, H. (2013). Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study. *Clinical Rheumatology*, 32, 189-197.
- Kilcher, A. & Spiess, R. (2003). Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom. *Schweizerische Ärztezeitung*. 84(10), 452-460.

- Klüber Moffett, J. (2000). Pain: perception and attitudes. In L. Gifford (Hrsg.), *Topical Issues in Pain 2* (141-149). Falmouth: CNS Press.
- Kutalek, R., (2012). Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. *Wiener klinische Wochenschrift*, 124(3), 3-9.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformng.pdf> am 08.02.2015
- Linton, S., J. (2005). *Understanding pain for better clinical practice. A psychological perspective*. Philadelphia: Elsevier Limited.
- Main, C. J., Sullivan M. J. L., Watson P. J., (2008). *Pain Management. Practical applications of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings*. Philadelphia: Elsevier Limited.
- McCracken, L. M. & Turk, D. C. (2002). Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatment for Chronic Pain. *SPINE*, 27 (22), 2564-2573.
- Mladovsky, P. (2007). Migrant health in the EU. *Eurohealth*, 13(1), 9-11.
- Peat, G.M., Moores, L., Goldingay, S. & Hunter, M. (2001). Pain management program follow-ups. A national survey of current practice in the United Kingdom. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(3), 218-226.
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. *Psychotherapeut*, 45, 350-355.
- Sabbioni, M. (2012). Patienten mit einem Migrationshintergrund. *PrimaryCare*, 12(4), 67-68.
- Sabbioni, M. & Enz Kuhn, M. (2004). Die Migrationsspezifische Anamnese. *PrimaryCare*, 4(10), 191-193.
- Saladin, P. (2007). *Diversität und Chancengleichheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Scascighini, L., Litschi, M., Walti, M., Sprott, H. (2011). Effect of an Interdisciplinary Outpatient Pain Management Program (IOPP) for Chronic Pain Patients with and without Migration Background: A Prospective, Observational Clinical Study. *Pain Medicine*, 12, 706-716.

- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87-96
- Schweizer Physiotherapie Verband, (2013). Berufsordnung des Schweizer Physiotherapie Verbandes. Heruntergeladen von http://www.physioswiss.ch/download/online/090327_d_Berufsordnung.pdf am 10.07.2014.
- Schweizerischer Nationalfonds. (2009). Nationales Forschungsprogramm «Musculoskeletale Gesundheit – Chronische Schmerzen» (NFP 53). Synthesebericht der Leitungsgruppe. Heruntergeladen von: http://www.nfp53.ch/d_publicationen.cfm am 14.12.14
- Sleptsova, M. (2009). Cultural, social & linguistic barriers. *Asian Hospital & Healthcare Management*. 19, 36-38.
- Sleptsova, M., Wössmer, B., Grossman, P. & Langewitz, W. (2013). Culturally sensitive group therapy for Turkish patients suffering from chronic pain: a randomised controlled intervention trial. *Swiss Medical Weekly*, 143.
- Sloots, M., Dekker, J. H. M., Bartels, E. A. C., Geertzen, J. H. & Dekker, J. (2011). Adaptions to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 33(15-16), 1324-1329
- Smaje, C. (1996). The Ethnic Patterning of Health : New Directions for Theory and Research. *Sociology of Health & Illness*, 18(2), 139-171.
- Venkat, S. & Söllner, W. (2014). Starke Schmerzen in der Fremde. *Heilberufe*, 66 (6), 34-36.
- Walti, M., Aegler, B., Humbel, J., Litschi, M., Schütz, I., Sprott, H. (2003). Chronischer Schmerz: eine interdisziplinäre Herausforderung. *Rheuma-Nachrichten Universitätsspital Zürich*, 33, 10-15.
- Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation. (1998). Gesundheit21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert Heruntergeladen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf am 10.07.2014.

Wippert, P.-M. & Beckmann, J. (2009). *Stress- und Schmerzursachen verstehen*.

Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Zborowski, M. (1952). Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*, 8 (4), 16-30.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell 11

Abb. 2: Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit 12

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kulturelle Unterschiede im Schmerzverhalten 15

Tabelle 2: Inhalte des Therapieprogramms 27

Boxenverzeichnis

Box 1: Risikofaktoren der Migrationsbevölkerung..... 13

Box 2: Die migrationsspezifische Anamnese..... 20

Deklaration der Wortanzahl

Abstract: 200 Wörter

Arbeit: 7997 Wörter

Danksagung

Für die sofortige Bereitschaft mich bei dieser Bachelorarbeit zu begleiten und für die vielen hilfreichen Hinweise und Ideen bedanke ich mich herzlich bei meiner Betreuerin Judith Tobler-Harzenmoser.

Auch danke ich meiner ganzen Familie für die Ideen und die moralische Unterstützung. Meinen Eltern und Damaris Läubli ein herzliches Dankeschön für das Korrekturlesen.

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Datum: 23.04.15

Unterschrift Studierende:

Anhang

Ein- und Ausschlusskriterien der verwendeten Studien

Studien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Scascighini et al. (2011) und Kellner et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - chronisch nicht maligne Schmerzen seit mindestens drei Monaten (nach ICF b280) - Psychosoziale Stresssituation - Anhaltendes Schmerzsyndrom, welches die sozialen, beruflichen und hobby-mässigen Möglichkeiten einschränkt - Scheitern von früheren Interventionen von nur einer Disziplin - Alter zwischen 18 und 65 - genügende Motivation - Bereitschaft, sein eigenes Schmerzverhalten zu ändern 	<ul style="list-style-type: none"> - ungenügende deutsche Sprachkenntnisse - schwere medizinische Pathologien (Entzündliche Krankheiten, Infektionen, neoplastische Prozesse, grössere psychische Störungen wie z.B. Psychosen) - Patienten die darauf warten, Beiträge der Invalidenversicherung zu erhalten
Sleptsova et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - türkische Migranten 1. Generation - chronische Schmerzen seit mindestens sechs Monaten (nach ICD 10) - zwischen 20 – 65 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> - Körperbehinderung welche Teilnahme an Übungen verunmöglicht - hängiger Antrag auf Asyl - das Fehlen von minimaler Motivation oder Unfähigkeit mit Therapeuten und anderen Teilnehmern zu kooperieren - Spezifische Zustände: Schizophrenie, Psychose, bipolare affektive Störung, Missbrauch oder Sucht von illegalen Substanzen, dissoziative Störung, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Kritische Beurteilungen der Studien

Scascighini et al. (2011)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien © Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMasterUniversität	
TITEL: Effects of an Interdisciplinary Outpatient Pain Management Program (IOPP) for Chronic Pain Patients with and without Migration Back-ground: A Prospective, Observational Clinical Study	
	Kommentare
ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i> Kurz- und Langzeiteffekt von einem ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramm (AISP/IOPP) bei Patienten und Patientinnen mit chronisch nicht malignen Schmerzen in Bezug auf deren Lebensqualität, Coping-Strategien, Schmerzerleben und Schmerzintensität sowie der Einfluss von Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund.
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i> Ein kürzlich veröffentlichter Review aus den USA kam zum Schluss, dass die grosse Herausforderung noch immer ist, ethnischen Minderheiten den Zugang zu einer angemessenen Schmerzbehandlung zu ermöglichen. Verschiedene Studien geben Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen in Schmerzintensität, Schmerzverhalten und Behinderung durch Schmerzen an.
DESIGN <input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="checkbox"/> Querschnittsstudie <input type="checkbox"/> Fallstudie	<i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)</i> - prospektive "onegroup" Kohortendesign Studie - keine Kontrollgruppe aufgrund ethischer Probleme

	<p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht klar ob alle Teilnehmer gleichen Störfaktoren ausgesetzt sind - ohne Kontrollgruppe kann nicht untersucht werden, wie sich Outcomes der Patienten ohne diese Therapie verändert hätten - unterschiedliche Vorwissen, Bildungsniveau, Deutschkenntnis, u.A.
<p>STICHPROBE</p> <p>N = 175</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit chronisch nicht malignen Schmerzen seit mindestens drei Monaten - Alter zwischen 18 und 65 - durch ärztliche Überweisung - Patienten mussten Ein-/Ausschlusskriterien erfüllen - zweiteiliger Selektionsprozess - "Motivational Interviewing" durch einen Psychologen - 41.7% der 175 Personen hatten einen Migrationshintergrund <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeder Teilnehmerin und jeder Teilnehmer wurde vor Therapiebeginn über Eigenheiten und Ziele des Programms aufgeklärt und sie unterschrieben eine schriftliche Einverständniserklärung
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i></p> <p>Vor Therapiebeginn, bei Therapieabschluss, 3/6/12 Monate nach Therapieabschluss</p>

<p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - in Zusammenhang mit Schmerzen stehende psychische Beeinträchtigung - Coping-Strategien (kognitiv und verhaltenstechnisch) - subjektives Wohlergehen - Einschränkung/Behinderung durch Schmerzen - Schmerzintensität - Veränderung des Erlebens der chronischen Schmerzen - Secondary Outcomes: Laktatmessung und Abschlussquote 	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - FESV (Verarbeitung chronischer Schmerzen) - FESV - Marburger Fragebogen - Pain disability index German (PDI-G) - NRS 0-10 - VEV
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (KoIntervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="radio"/> entfällt</p>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - involviert waren Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychotherapeuten - IOPP wurde während 8-10 Wochen durchgeführt - Zwei Morgen pro Woche Therapieprogramm - dazu gehörten: individuelle Therapie, Gruppentherapie (8-10 TN), Entspannungsgruppe, Gruppenpsychotherapie - für jeden Patienten wurde ein individuelles Programm zusammengestellt, welches sich nach den individuell formulierten Zielen vor dem Programm orientierten 	

<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 41.7% der Patienten hatten nicht Deutsch als Muttersprache - 82.2% der Patienten haben Therapieprogramm beendet - alle untersuchten abhängigen Variablen ausser Schmerzintensität haben sich direkt nach dem Therapieprogramm signifikant verbessert - nur "schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung" nach 12 Monaten noch signifikant besser ($P= 0.001$), Effekt size: 0.4 - 49.4% der Patienten zeigen eine Verbesserung auf dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens nach 12 Monaten - In der Veränderung der Outcomes nach 12 Monaten im Vergleich zu vor der Therapie gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen "Migrationshintergrund" und "kein Migrationshintergrund". Gruppe ohne Migrationshintergrund konnte vom Therapieprogramm deutlich mehr profitieren - die Veränderung der Variablen "schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung", "kognitive und verhaltenstechnische Copingstrategien" der Gruppe "ohne Migrationshintergrund" unterscheiden sich signifikant von der Gruppe "mit Migrationshintergrund" zu jedem Untersuchungszeitpunkt ($P=0.005$) - die Outcomes 12 Monate nach Therapieabschluss ist abhängig von der Variable "Migrationshintergrund" ($P=0.001$). "Migrationshintergrund" erklärt 16.7% des Unterschiedes.
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während Therapieprogramm: 12 wegen psychischen Problemen, 8 wegen Unfällen, 10 wegen fehlender Motivation - Insgesamt 100 welche nicht alle Fragebogen abgegeben haben

<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Migrationshintergrund scheint einen grosse Bedeutung für die Wirkung der Behandlung zu haben - muss Patienten allgemein länger begleiten, v.A. diese mit Migrationshintergrund - Limitationen: viele Dropouts, keine Kontrollgruppe aus ethischen Gründen, je länger Patienten auf Warteliste, desto schlechter ihre Ausgangslage
--	---

Kellner et al. (2012)

<p>Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien © Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMasterUniversität</p>	
<p>TITEL: Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study</p>	
	<p>Kommentare</p>
<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Untersuchung der Unterschiede in Schmerz und der psychischen Gesundheit bei chron. Schmerzpatienten mit/ohne Migrationshintergrund vor und nach einem achtwöchigen Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramm (AISP/IOPP)</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Wird allgemein die wissenschaftliche Evidenz im Zusammenhang Migration und chronische Schmerzen dargestellt. Studie wird begründet als Qualitätskontrolle des bestehenden Programms</p>

<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="radio"/> Einzelfall-Design <input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design <input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="radio"/> Querschnittsstudie <input type="radio"/> Fallstudie 	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - prospektive "onegroup" Kohortendesign Studie - keine Kontrollgruppe, dient zur Qualitätsüberprüfung des bestehenden Programms <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - weiss nicht ob alle Teilnehmer gleichen Störfaktoren ausgesetzt sind - ohne Kontrollgruppe kann nicht untersucht werden, wie sich Outcomes der Patienten ohne diese Therapie verändert hätten - unterschiedliche Vorwissen, Bildungsniveau, Deutschkenntnisse, u.A.
<p>STICHPROBE</p> <p>N = 118</p> <p>50 mit Migrationshintergrund</p> <p>68 ohne Migrationshintergrund</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="radio"/> nein <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="radio"/> entfällt 	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pat. mit chronisch nicht malignen SZ seit mind. drei Monaten - Alter zwischen 18 und 65 - durch ärztliche Überweisung - Patienten mussten Ein-/Ausschlusskriterien erfüllen - zweiteiliger Selektionsprozess <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - informed consent
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben 	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i></p> <p>Vor Therapiebeginn, bei Therapieabschluss, 3/6/12 Monate nach Therapieabschluss</p>

<p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzintensität - Kinesiophobie - Depression und Angst - Coping Strategien 	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - NRS - Tampa Scale of Kinesiophobia - The Hospital Anxiety and Depression Scale - The Coping Strategy Questionnaire
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (KoIntervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - involviert waren Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychotherapeuten - IOPP wurde während 8-10 Wochen durchgeführt - Zwei Morgen pro Woche Therapieprogramm - dazu gehörten: individuelle Therapie, Gruppentherapie (8-10 TN), Entspannungsgruppe, Gruppenpsychotherapie - für jeden Patienten wurde ein individuelles Programm zusammengestellt, welches sich nach den individuell formulierten Zielen vor dem Programmorientierten 	
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 42.4% haben Migrationshintergrund - die beiden Gruppen unterscheiden sich in den Variablen "Arbeitsstatus" und "Bildung" 	

<p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>- zu jedem Untersuchungspunkt hat die Gruppe mit Migrationshintergrund in jedem Bereich schlechtere Werte</p> <p>- Migranten erleben signifikant mehr Schmerzen ($P < 0.002$), der Unterschied ist klinisch relevant</p> <p>- Im Bereich Depression gibt es in der Gruppe mit Migrationshintergrund zu keinem Untersuchungszeitpunkt eine Verbesserung der Werte, die Werte sind erhöht und von klinischer Relevanz.</p> <p>- Im Bereich der passiven Copingstrategien konnte in beiden Gruppen eine signifikante Verbesserung stattfinden von den Ausgangswerten bis zu 12 Monate nach Therapieabschluss ($P = 0.01$). Die Werte waren aber auch hier in der Gruppe mit Migrationshintergrund zu jedem Untersuchungszeitpunkt deutlich höher.</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <p>- 91% der Patienten gaben Fragebogen nach Therapie ab</p> <p>- 11 Patienten haben das Therapieprogramm abgebrochen</p> <p>- 53% der Patienten haben Fragebogen nach 12 Monaten zurückgesendet</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>- Hohe Werte in Schmerzintensität, Depression, Ängstlichkeit und Katastrophisieren vor Therapiebeginn scheinen Hindernisse für eine Verbesserung zu sein</p> <p>- Behandlungen müssen dem schlechteren psychischen Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung angepasst werden um deren Schmerzproblematik zu verbessern</p> <p>- systematische Fehler: Migrationsbevölkerung heterogene Gruppe, eventuell ein Fehler bei der Überweisung: Migrationsbevölkerung hatte statistisch signifikant höhere Werte im Bereich psychische Gesundheit zu Beginn der Therapie. Diese Patienten werden vielleicht erst später wie Einheimische mit chronischen Schmerzen in ein Schmerzprogramm verwiesen</p>

Sleptsova et al. (2013)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien © Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998 McMasterUniversität	
TITEL: Culturally sensitive group therapy for Turkish patients suffering from chronic pain: a randomised controlled intervention trial	
	Kommentare
ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i> Überprüfung der Wirksamkeit eines speziellen Therapieprogramms für Migrantinnen und Migranten aus der Türkei welche in der Schweiz leben und an chronischen Schmerzen leiden
LITERATUR Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i> Gab bisher keine Studien darüber, wie und ob spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Massnahmen kombiniert mit kulturspezifischen Themen bei Migrantinnen und Migranten mit chronischen Schmerzen eine Wirkung haben
DESIGN <input checked="" type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input type="radio"/> Kohortenstudie <input type="radio"/> Einzelfall-Design <input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design <input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="radio"/> Querschnittsstudie <input type="radio"/> Fallstudie	<i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i> - gab eine Kontrollgruppe, welche eine andere Therapie bekam - Teilnehmer wurden zufällig einer Gruppe zugeordnet <i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i> - lassen sich nicht genug Patienten finden, nicht gleich viele weibliche wie männliche Personen
STICHPROBE N = 116	<i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i>

<p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p>	<p>- Türkische Migranten der ersten Generation in der Schweiz - Alter zwischen 20-65 Jahren - leiden an chronischen SZ (> 6 Monate) - Ausschlusskriterien wurden definiert - Teilnehmer wurden ärztlich überwiesen</p> <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p> <p>- die schriftliche Zustimmung wurde von allen Patientinnen und Patienten eingeholt - das Versuchsprotokoll wurde von der Ethikkommission Basel genehmigt</p>			
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht anegeben</p>	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i></p> <p>- vor Therapiebeginn, nach Therapieabschluss, 12 Monate nach Therapieabschluss</p> <table border="1" data-bbox="624 1122 1422 1588"> <tr> <td data-bbox="624 1122 1023 1588"> <p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</i></p> <p>- physische Funktion und psychische Gesundheit/Lebensqualität - Depression - Einschränkung/Behinderung durch Schmerzen - Schmerzintensität</p> </td> <td data-bbox="1023 1122 1422 1588"> <p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <p>- SF-36 - GHQ - PDI - VAS</p> </td> </tr> </table>		<p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</i></p> <p>- physische Funktion und psychische Gesundheit/Lebensqualität - Depression - Einschränkung/Behinderung durch Schmerzen - Schmerzintensität</p>	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <p>- SF-36 - GHQ - PDI - VAS</p>
<p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</i></p> <p>- physische Funktion und psychische Gesundheit/Lebensqualität - Depression - Einschränkung/Behinderung durch Schmerzen - Schmerzintensität</p>	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <p>- SF-36 - GHQ - PDI - VAS</p>			
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>- 25 Therapieeinheiten à 90 Min. während 6 Monaten - Interventionsgruppe: es wurde ein bestehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm verwendet, kombiniert mit kultur- und migrationsspezifischen Elementen -> Leitung: 1 Psychologe und 1 Physiotherapeut</p>			

<p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Kollateralschaden) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p>	<p>-Kontrollgruppe: Therapie basiert auf Prinzipien für Physiotherapie (exercise therapy) für nicht-spezifischen LBP</p> <p>-> Leitung: 1 Physiotherapeut</p> <p>- Frauen/Männer in getrennten Gruppen</p> <p>- Therapie mit Hilfe eines Dolmetschers auf Türkisch</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analyse(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <p>- 96% haben Therapieprogramm beendet</p> <p>- 61% der Patienten waren von türkischer Herkunft, 38% von kurdischer Herkunft</p> <p>- 54% haben weniger als 5 Schuljahre besucht</p> <p>- 22% waren Analphabeten</p> <p>- 92% waren Arbeitslos zum Untersuchungszeitpunkt</p> <p>- In SF-36, GHQ und PDI zu keinem Untersuchungszeitpunkt in keiner Gruppe eine Verbesserung</p> <p>- Schmerzintensität bleibt unverändert in beiden Gruppen</p> <p>- Werte des SF-36 allgemein sehr tief</p> <p>- GHQ zeigt tiefe Lebensqualität an</p> <p>- hohe Beeinträchtigung durch die Schmerzen zu Therapiebeginn</p> <p>- 80% der Patienten waren mit Therapie zufrieden</p>

<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6% der Patienten in der Versuchsgruppe haben Therapie abgebrochen, 29% haben den Fragebogen 12 Monate nach Therapieabschluss nicht zurückgesendet - 15% der Patienten in der Kontrollgruppe haben Therapie abgebrochen, 37% haben den Fragebogen 12 Monate nach Therapieabschluss nicht zurückgesendet - Gründe werden in Studie angegeben
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - mit den verwendeten Assessments konnte keine Verbesserung festgestellt werden, jedoch zeigten sich die Patienten beider Gruppen zufrieden und wollten gerne mit der Therapie fortfahren - zeigt eine Diskrepanz zwischen gemessener Wirkung der Assessments und der Empfindung der Patienten - Verwendete Assessments sind nicht für untersuchte Population geeignet → braucht geeignete Assessments - zu viele Störfaktoren die durch die Therapie nicht beeinflusst werden konnten