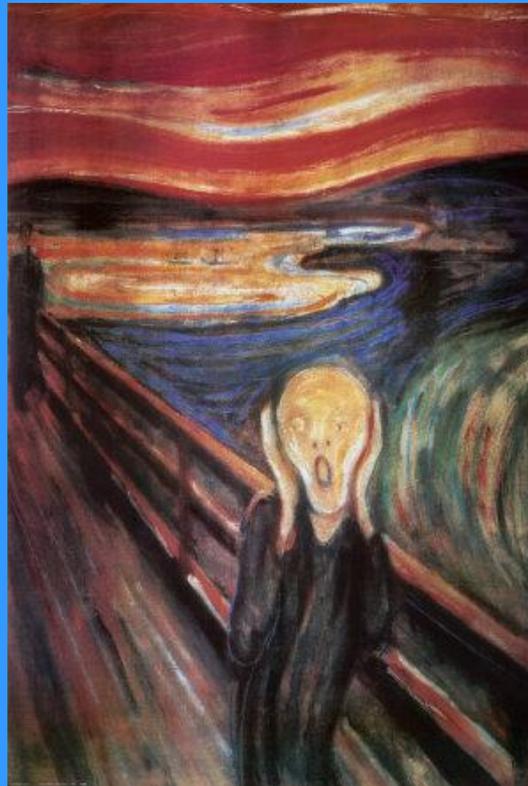


# Fachtagung

## „Palliative Care im Kontext kulturell-religiöser Vielfalt“

Johannes-Hospiz Münster & Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin, 4.-5.2012



*Schmerz im soziokulturellen Kontext*

**Prof. Dr. Andrea Zielke-Nadkarni, Fachhochschule Münster**

*„Schmerz kann den  
Charakter einer Mitteilung  
haben,  
die verstanden werden  
muss.“ (Aulbert, 2007: 246)*

**Chronische Schmerzen: multifaktoriell begründete individuelle Gefühlserlebnisse mit folgenden Merkmalen:**

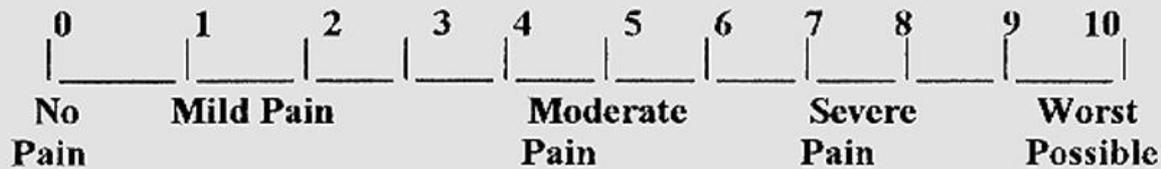
- **Deutliche kognitiv-emotionale Beeinträchtigungen**
- **behaviorale Beeinträchtigungen**
- **soziale Beeinträchtigungen**
- **physiologisch-organische Beeinträchtigungen**
- **Tendenz zur Schmerzausbreitung**
- **Entwicklung zu anhaltendem Schmerz ohne Erholungsphasen**
- **Tendenz zur Schmerzverstärkung**
- **Hinzukommen kann: eine erhebliche Anzahl erfolgloser, meist kausaler Behandlungsversuche. (Kröner-Herwig, 1996:9)**



### Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



### 0-10 Numeric Pain Intensity Scale



<http://www.nacmedicalcenter.com/en-US/aboutUs/hospitalNews/newsAndArticles/Documents/9c590a7e6d584a05a45cb51c2f042e3eFaces1.jpg>  
(18.4.12)

## Soziokultureller Stellenwert des Schmerzes

- Schmerzäußerung
- Sprache
- Krankheitsverständnis
- Schmerz als Gestaltungsmittel von Beziehungen
- Aktuelle Verfassung des Gastes

## Umgang mit dem Gast

- Anamnesen, Beobachtung, Beratung
- Ressourcen erschließen und nutzen
- Beziehung zwischen Gästen und Professionellen

Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzen von Menschen mit Migrationshintergrund weisen große Unterschiede auf.

Dabei scheinen vor allem

Herkunftsland und  
Bildungshintergrund

eine wichtige Rolle zu spielen.

**St.Hill u.a. (2003) vergleichen den Schmerzausdruck von Frauen verschiedener Ethnien in den USA.**

**Ergebnis:**

- 1. Ethnien, die Schmerz *stoisch* hinnehmen**
- 2. Ethnien, die Schmerz *expressiv* bis *sehr expressiv* äußern**
- 3. Ethnien, die sich situationsabhängig entweder sehr *expressiv* oder sehr *stoisch* verhalten**

## Unterscheidung zwischen „privatem“ und „öffentlichem Schmerz“ (Helman, 2007)

Der subjektiv empfundene („private“) Schmerz wird erst durch Schmerzáußerungen zum für andere deutlichen Signal - und damit „öffentlich“.

## Soziokultureller Stellenwert des Schmerzes

### Voraussetzungen:

1. sich mit dem eigenen Schmerzverständnis auseinandersetzen
2. die Bereitschaft, sich fremden Werten und Normen zu öffnen

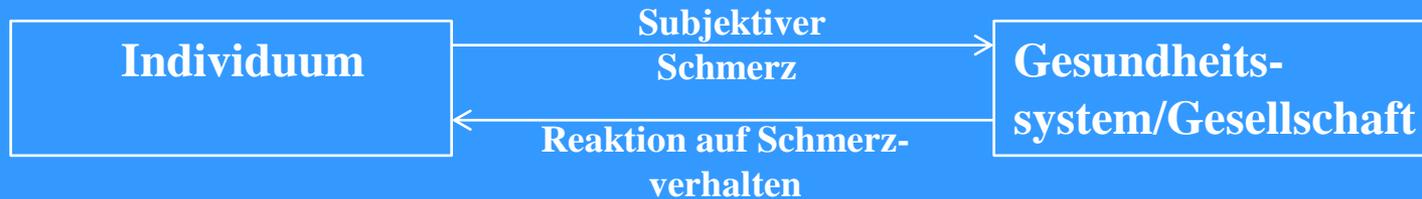
## Schmerzäußerung negativ bewertete Schmerzäußerungen:

- Zeichen von Schwäche
- Zeichen von Ungeduld
- Belästigung anderer
- Charakterfehler
- Störung der sozialen Harmonie
- Unfähigkeit, mit dem Leben, wie es nun mal ist, fertig zu werden
- irdisches Leiden vor der Heimkehr zu Gott
- etwas, das die professionellen Helfer verärgert oder
- einfach normaler Teil des Lebens.

## Schmerzäußerung

### positiv bewertete Schmerzäußerungen:

- führen zu Versorgungsaktivitäten der Familie und der Professionellen
- zur Würdigung der positiven Aspekte des Lebens wie Güte und Freude
- Schmerz gilt als gottgewollt und wertvoll



Je mehr die Schmerzpräsentation den Erwartungen der Umgebung entspricht, desto größer ist die Aufmerksamkeit für den Betroffenen (Helman, 2007)

## Sprache

- symbolträchtig und bildhaft
- *„Mürüvvet“*
- Sprichwörter, Fabeln oder Märchen
- Schmerzbeschreibung hängt u.a. vom Bildungsniveau ab
- Dolmetscher

## Krankheitsverständnis

- Keime
  - Vererbung
  - Umweltfaktoren
  - gesundheitsschädigendes Verhalten
- 

- Magie - Fluch - Bestrafung

*Hier zeigt sich Krankheit als Folge  
der Verletzung einer Ordnung*

## *Schmerz als Gestaltungsmittel von Beziehungen*

- Familie als Ressource
- Kollektives Selbstverständnis
- Somatisierung von Problemen
- Verschweigen der finalen Lage

## Aktuelle Verfassung des Gastes

Schmerz kann in verschiedenen Situationen und zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich stark empfunden werden.

Fähigkeit des Gastes zur Steuerung von Gefühlen spielt große Rolle.

Angst, Verzweiflung, Depression, Trauer, Inaktivität oder Vereinsamung setzen die Schmerzschwelle drastisch herab (Aulbert, 2007: 248).

## Umgang mit dem Gast

### Anamnesen, Beobachtung, Beratung

- Schmerzanamnese
- Migrationsanamnese
- Sozialanamnese
  
- Schmerzen unbedingt anerkennen
- kontinuierliche, gute Beobachtung und Schmerzeinschätzung (Schmerzprotokolle)
- Einsatz von numerischen, visuellen und Gesichtsskalen

## Anamnesen, Beobachtung, Beratung

### (Non-)verbale Beobachtungsaspekte:

- lautsprachliche
- mimische
- verhaltensbedingte
- physische
- individuelle Indikatoren (DNQP, 2005, 70 ff.)

*Anamnesen, Beobachtung, Beratung*

- **im Schmerzprotokoll auch psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigen**
- **Schmerzschema mit standardisierter Schmerztherapie und präventiver Medikamentengabe**
- **Nebenwirkungen der Schmerzmedikation dokumentieren**
- **ergänzende Therapien: z.B. TENS, Schmerzdefokussierung z.B. durch Ablenkungsstrategien, positive Selbstinstruktion, Entspannungstechniken**
- **Gast beraten und schulen, um falsche Annahmen über Schmerzen und adäquate Bewältigungsstrategien zu fördern (DNQP, 2005, 34)**
- **Beratungsangebote auch für außermedizinische Konflikte machen**

## *Anamnesen, Beobachtung, Beratung*

- **Aufklärung mindert Ängste und damit Schmerzen,**
- **tröstende Worte / Zuwendung haben analgetische Wirkung**
- **Gast menschlich zu unterstützen,**
- **Sicherheit und Geborgenheit bieten**
- **Gefühlsarbeit leisten (Aulbert 2007: 249)**

## Ressourcen erschließen und nutzen

- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken (Kizilhan 2009)
- Bewältigungsstrategien nutzen – sie fußen oft auf religiöser Überzeugung
- innere Leitsätze umformulieren (Blechner 2002)

## *Beziehung zwischen Gästen und Professionellen*

- Sterbende führen Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten etc. immer wieder an ihre Grenzen
- was als persönliches Versagen gewertet werden kann.
- Sprachschwierigkeiten und soziokulturelle Barrieren können Abwehrvorgänge auslösen, die den Gast verunsichern und ängstigen

- 
- Sich dies bewusst machen
  - interprofessionelle Teambesprechungen
  - Fortbildungen



## Literatur

- Aulbert, E. (2007): Psychische Grundlagen von Schmerzempfinden, Schmerzäußerung und Schmerztherapie. In: E. Aulbert, F. Nauck, L. Radbruch (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. 3. akt. Aufl. Schattauer: Stuttgart, 246-254.
- Blechner, G. (2002): Kultursensible Schmerztherapie. In: Dr. med. Mabuse, 135 (Jan/Feb.): 56-59.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.))(2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des DNQP: Osnabrück.
- Helman, C.G (2007): *Culture, Health and Illness. 5. Aufl.* Hodder: London.
- Kilcher, A., Spiess, R. (2003): Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischen Schmerzen. Schweizerische Ärztezeitung, 84 (10), 452-460.
- Kizilhan, J.I. (2009): Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. In: Psychotherapeut 4: 281-288.
- Kröner-Herwig, B. (1996): Chronischer Schmerz – eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler, H.-D. u.a. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. 3. erw. Aufl. Springer: Berlin u. a., 3-21.
- St.Hill, P. u.a. (2003): Caring for women cross culturally. Davis Comp., Philadelphia.
- Stuppy, D. (1998): Research briefs. The Faces Pain Scale: reliability and validity with mature adults. Applied Nursing Research, 11 (2): 84-89.
- Verwey, M. (2004): Schmerzpatientinnen und –patienten mit Migrationshintergrund aus der Perspektive von medizinischen und paramedizinischen Fachkräften. In: Curare 27 (3): 225-238.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Schwartz, P. (2001): Wong's essentials of pediatric nursing. 6. Aufl. Mosby, St. Louis, S. 1301.