



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Rückenschmerzen sieht man nicht“

Eine qualitative Untersuchung zu den Auswirkungen
von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität

Verfasserin

Maria Neumüller

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Oktober 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Dr. Monika Linhart

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

- dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin

„Die Wirklichkeit einer bestimmten Schmerzerfahrung liegt jenseits von Kategorisierungen und kann annäherungsweise nur von dem erfasst werden, der dazu bereit ist, sich auf die Sprache des Betroffenen einzulassen.“

(Frede, 2007, S. 173)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Personen bedanken, die mich während meiner Studienzeit unterstützt haben und die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Als erstes gilt mein Dank den InterviewpartnerInnen, die durch Ihre Zeit und Offenheit diese Diplomarbeit in der hier vorliegenden Form überhaupt erst ermöglicht haben. Weiters danke ich meiner Diplomarbeitsbetreuerin Dr. Monika Linhart, die mich mit Ihrer Fachkompetenz bei der Umsetzung dieser Arbeit unterstützt hat. Bei der Suche nach InterviewpartnerInnen gab es eine Reihe von Personen, die mir dabei geholfen haben und bei denen ich mich herzlich bedanken möchte. Besonders danke ich Christian Rabitsch, der mir nicht nur den Großteil der InterviewpartnerInnen vermittelt hat, sondern auch mein Wissen über alternative Methoden in der Schmerztherapie durch seine Arbeit mit dem Kieser Training bereichert hat. Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern, die mich zu jeder Zeit bei der Verwirklichung meiner Studienziele unterstützt haben. Moritz, Katharina und Elli danke ich fürs Zuhören und die vielen guten Gespräche in der gesamten Studienzeit.

Kurzfassung

Hintergrund: Rückenbeschwerden stellen eine der häufigsten Gesundheitsbeschwerden in den westlichen Industrieländern dar. Insbesondere, wenn Rückenschmerzen chronisch werden, steigen die Kosten für das Gesundheitssystem. In der Versorgungspraxis steht die Betrachtung der körperlichen Beschwerden von RückenschmerzpatientInnen im Vordergrund, weshalb diese oft nicht adäquat unterstützt werden. Schmerz ist stets ein individuell erlebtes Phänomen, das fast immer von physischen sowie psychischen Einflussfaktoren bestimmt ist. Jedoch bleibt die subjektive Schmerzwahrnehmung in der Regelversorgung meist unsichtbar. Um die Menschen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, bei der Schmerzbewältigung adäquat unterstützen zu können, bedarf es eines profunden Fachwissens über die Einflussfaktoren auf dieses Schmerzphänomen sowie des Verständnisses für die individuelle Situation der Betroffenen. Dieses Verständnis ist auch die Basis für eine vertrauensvolle Pflegebeziehung. Speziell die Pflege hat durch ihre Nähe zu den PatientInnen, die Möglichkeit im Schmerzmanagement auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen. Durch die gewonnenen Erkenntnisse aus der Analyse von qualitativen Interviews mit Betroffenen, sollen Pflegenden und Personen, die in der Versorgung von SchmerzpatientInnen tätig sind sowie Angehörige das nötige Wissen und Einfühlvermögen erhalten, um den Betroffenen besser begegnen und helfen zu können.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte mittels Durchführung von zehn leitfadengestützten Interviews. Die methodische Herangehensweise bei der Analyse der Interviews wurde von zwei Auswertungsmethoden bzw. Forschungsstilen geprägt. Sowohl Aspekte der Inhaltsanalyse nach Mayring sowie der Grounded Theory nach Corbin und Strauss wurden bei der Interviewauswertung mit einbezogen.

Erkenntnisse: Die in der Datenanalyse induktiv ermittelten Kategorien bilden den Rahmen der deskriptiven Darstellung der Erkenntnisse dieser Studie. Die Hauptkategorien setzen sich aus den Einflussfaktoren, den Strategien und dem Umfeld der InterviewpartnerInnen, zusammen – Komponenten, die alle auf die Lebensqualität einwirken können. Die Kategorie Einflussfaktoren beschreibt psychische und physische Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, die durch die chronischen Rückenschmerzen entstehen. Dabei zeigte sich, dass insbesondere das Gefühl, den Schmerzen hilflos ausgeliefert zu sein, und ein – möglicherweise vermeidbarer – „Therapiemarathon“ belastende psychische Faktoren sind. Die zweite Kategorie umfasst die Strategien, die im

Rahmen eines Lernprozesses entwickelt werden und Einfluss auf die Bewältigung der Schmerzen nehmen. Das soziale, berufliche und therapeutische Umfeld von Personen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, kann sowohl auf die Einflussfaktoren, als auch auf die Entwicklung der Strategien wirken und die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen.

Schlussfolgerung: Die gewonnen Erkenntnisse betonen die Komplexität von chronischen Rückenschmerzen und die Notwendigkeit, der individuellen Komponente im Schmerzerleben in der Ausbildung von AkteurInnen im Gesundheitswesen sowie in der Versorgungspraxis, aber auch in der wissenschaftlichen Arbeit vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken.

Abstract

Background: Back pain is one of the most frequent health issues in the industrial countries of the western world. Especially when back pain gets chronic, health care costs increase. It is common medical practice to put the focus on the physical component of this pain condition; as a result, patients often receive inadequate treatment. Pain is an individual phenomenon which is almost always influenced by both physical and mental factors. However, the subjective experience of patients who suffer from chronic back pain commonly remains invisible in medical examination. Efficient help for people suffering from back pain requires a profound knowledge of the factors that play a role in the context of this pain phenomenon; it also requires an awareness of the individual situation of the pain patient. This awareness is a prerequisite that helps the patient to develop confidence in the therapy.

Purpose: The aim of this study is to describe the subjective experience of people suffering from chronic back pain. The findings from the qualitative interviews carried out for this study are to support both health care practitioners and the patients relatives acquiring the knowledge and sensitivity to be able to better interact with and help the persons with chronic back pain.

Method: Data acquisition was carried out by means of ten semi-structured interviews. The methodical approach applied in the analysis of the interviews is based both on aspects of Content Analysis by Mayring and of Grounded Theory by Corbin and Strauss.

Findings: The categories were inductively established from data analysis. The main categories are influencing factors, treatment strategies and the environment of the interviewees – components which all can affect one's quality of life. The category influencing factors describes mental and physical influencing factors that arise from chronic back pain. The results show that in particular feelings of being helplessly subjected to the pain and a – possibly unnecessary – “treatment marathon” cause great mental strain for the patients. The second category covers strategies that are developed in the course of a learning process and influence the patient's ability to cope with pain. The social, professional, and therapeutic environment of persons suffering from chronic back pain can have an impact on the influencing factors and the development of strategies by the affected persons and thus influence their quality of life.

Conclusion: The findings emphasize the complexity of chronic back pain and the need to create a greater awareness of the individual experience of pain – not only in the training of health care practitioners and in health care practice, but also in the field of scientific research.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problembeschreibung und Pflegerelevanz	1
1.2	Ziel der Arbeit.....	3
1.3	Forschungsfragen	3
1.4	Aufbau der Arbeit	4
2	Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1	Epidemiologische Daten.....	5
2.2	SchmerzpatientInnen in der Gesundheitsversorgung	8
2.2.1	Problembereiche in der Versorgung von SchmerzpatientInnen	8
2.2.2	Die Rolle der Pflege in der Versorgung von SchmerzpatientInnen	10
2.3	Lebensqualität.....	15
2.3.1	Entwicklung der Lebensqualitätsforschung.....	15
2.3.2	Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität	16
2.3.3	Definitionen von Lebensqualität	17
2.3.4	Arbeitsdefinition von Lebensqualität	18
2.3.5	Empirische Befunde zu Lebensqualität und Schmerz.....	18
2.4	Schmerz.....	21
2.4.1	Entwicklung des heutigen Schmerzverständnisses	21
2.4.2	Definitionen von Schmerz	22
2.4.3	Schmerzcharakterisierungen.....	23
2.4.3.1	Differenzierung in akute und chronische Schmerzen	23
2.4.3.2	Differenzierung nach Schmerzarten.....	24
2.4.4	Rückenschmerz	25
2.4.5	Risikofaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen	26
2.5	Schmerzdiagnostik	28
2.5.1	Ratingskalen	28
2.5.2	Schmerzempfindungsskalen	29
2.5.3	Schmerztagebücher	30
2.6	Konzepte und Modelle des chronischen Schmerzes	31
2.6.1	Das biopsychosoziale Konzept des chronischen Schmerzes	31
2.6.2	Das Folgenmodell chronischer Schmerzen	32
2.6.3	Das Drei-Ebenen-Konzept von Schmerz.....	33
2.6.4	Das kognitiv-behaviorale Chronifizierungsmodell	33

2.6.5	Das fear-avoidance Modell des chronischen Rückenschmerzes.....	34
3	Methodik und Vorgehensweise	37
3.1	Inhaltsanalyse nach Mayring	37
3.2	Methode der Grounded Theory.....	38
3.3	Durchführung der Interviews.....	40
3.3.1	Zielgruppe und Einschlusskriterien	40
3.3.2	Rekrutierung.....	40
3.3.3	„Informed Consent“	42
3.3.4	Beschreibung der InterviewpartnerInnen	42
3.3.5	Datenerhebung.....	45
3.3.6	Datenanalyse.....	45
3.3.7	Gütekriterien	46
4	Darstellung der Ergebnisse.....	48
4.1	Einflussfaktoren	49
4.1.1	Einflussfaktoren auf physischer Ebene	49
4.1.1.1	Schmerzcharakter.....	49
4.1.1.2	Nebenwirkung von Therapien.....	51
4.1.1.3	„Für alles noch mehr Kraft brauchen“	51
4.1.1.4	„Normale“ alltägliche Dinge (nicht) erledigen können	52
4.1.1.5	Einflussfaktor Schlafqualität	53
4.1.1.6	(Keine) Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	54
4.1.1.7	Einschränkungen in der Sexualität	56
4.1.2	Einflussfaktoren auf psychischer Ebene	57
4.1.2.1	Ängste.....	57
4.1.2.2	Therapiemarathon.....	59
4.1.2.3	Positive Erfahrungen mit Therapien	61
4.1.2.4	Abhängigkeitsfaktor.....	62
4.1.2.5	Einfluss auf die Stimmung.....	64
4.1.2.6	Zusätzliche Belastungen	66
4.2	Bewältigungsstrategien.....	69
4.2.1	Kampfgeist	69
4.2.1.1	Eigeninitiative ergreifen.....	69
4.2.1.2	Nicht Aufgeben	70
4.2.1.3	Ziele setzen.....	71
4.2.1.4	Schmerzen annehmen.....	72
4.2.1.5	Ablehnung von Medikamenten und Operationen.....	73

4.2.2	Rolle von Hoffnung und Glaube	74
4.2.2.1	Hoffnung, dass Schmerzen aufhören oder weniger werden	74
4.2.2.2	Glaube und Spiritualität	75
4.2.3	Lernprozess	76
4.2.3.1	Ursachen und Auslöser von Schmerzen	76
4.2.3.2	Lernen mit den Schmerzen umzugehen	77
4.2.3.3	Lösungen finden	79
4.2.3.4	Wissen.....	80
4.3	Umfeld der Betroffenen	84
4.3.1	Soziales Umfeld	84
4.3.2	Berufliches Umfeld	86
4.3.3	Therapeutisches Umfeld	87
5	Abschließende Erklärung	92
6	Diskussion.....	95
7	Implikationen für die Pflege	99
8	Implikationen für die Pflegewissenschaft	101
9	Stärken und Limitationen der Arbeit	102
10	Schlussfolgerung.....	103
11	Literaturverzeichnis	104
12	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	112
13	Abkürzungsverzeichnis	113
14	Anhang.....	114
14.1	Interviewleitfaden	114
14.2	Informationsbrief	115
14.3	Anwortkärtchen	116
14.4	Einverständniserklärung.....	117
14.5	Curriculum Vitae.....	120

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung und Pflegerelevanz

In Anbetracht der soziodemografischen Entwicklung bilden chronische Krankheiten heute den Schwerpunkt in der Gesundheitsversorgung in den westlichen Industrieländern (Müller Mundt, 2001). Jedoch fühlen sich Menschen mit chronischen Schmerzen oft missverstanden und alleingelassen und nicht selten werden ihnen die Schmerzen von den professionellen Helfern nicht geglaubt (Siemer, 2000). PatientInnen geraten deshalb oft in die Situation, das Personal in den Gesundheitseinrichtungen überzeugen zu müssen, dass sie auch wirklich an den angegebenen Schmerzen leiden (Burns & Grove, 2005). Bestimmte Vorstellungen über Schmerz können irrtümlich dazu verleiten, anderen in ihren Schmerzzuständen keinen Glauben zu schenken. Leider werden diese persönlichen Gedankenmuster im Zuge einer professionellen Ausbildung in Gesundheitsberufen manchmal noch bestärkt. Wegen falscher Annahmen über die Art und Weise der Schmerzeinschätzung und fehlendem Wissen können auf den ersten Blick klar erscheinende Situationen missverstanden werden und zu falschen Schlussfolgerungen über die PatientInnen führen (McCaffery, Beebe, & Latham, 1997).

In der primär kurativ ausgerichteten medizinischen Versorgungspraxis haben die subjektiven Befindenslagen der PatientInnen eine untergeordnete Bedeutung. Dies ist dahingehend problematisch, da Schmerz mit dem „einfachen biomedizinischen Erklärungsansatz nach dem Muster des ‚Stimulus-Response-Modells‘ nicht fassbar“ ist (Müller Mundt, 2008, S. 33). Schmerz ist ein individuell erlebtes und multidimensionales Phänomen mit biologisch-somatischen, kognitiv-emotionalen und behavioralen Aspekten. Auch das soziale Umfeld spielt eine Rolle im Schmerzerleben. Angesichts dieser Komplexität der Bedingungsfaktoren und Begleitprobleme chronischer Schmerzen ist für eine angemessene Erfassung des Schmerzproblems die gemeinsame Betrachtung dieser Dimensionen unerlässlich (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2004; Müller Mundt, 2008).

Im Unterschied zum Medizinstudium hat das Thema Schmerz in der Pflegeausbildung immer noch einen geringen Stellenwert. PflegeexpertInnen sind sich einig, dass schlichtweg die Grundlagen in der Ausbildung fehlen, die für eine qualifizierte Pflege schmerzbelasteter Menschen von Nöten sind (Müller Mundt & Schaeffer, 2002).

Anders als akute Schmerzen sind chronische Schmerzen nicht zeitlich begrenzt und begleiten die Betroffenen während des gesamten weiteren Lebenslaufs in einem Auf und Ab von unterschiedlichen Belastungssituationen (Wingefeld, 2009). Daher sind

Menschen mit chronischen Schmerzen auf eine „vertrauensvolle und empathische Pflegebeziehung“ angewiesen. Die Kompetenzen von vielen Pflegenden, wie etwa Beratung und Anleitung, sind oft zu wenig ausgeprägt, um ein adäquates Schmerzmanagement durchführen zu können (Siemer, 2000).

Jedoch sind Pflegekräfte durch ihre PatientInnennähe und die direkte PatientInneninteraktion geradezu prädestiniert, PatientInnen bei der Schmerzbewältigung effizient zu unterstützen und auch dazu, die edukativen Aufgaben, die sich in der Versorgungspraxis stellen, wahrzunehmen (Müller Mundt, Schaeffer, Pleschberger, & Brinkhoff, 2000b).

Daher wird gerade angesichts der soziodemografischen Entwicklung und der Dominanz chronischer Gesundheitsprobleme in der heutigen Bevölkerung künftig eine fundierte, durch die Pflege getragene PatientInnenanleitung zentral für die Versorgungsqualität und damit für die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen sein (Müller Mundt, et al., 2000b).

Um die Aufgaben „im Rahmen des Schmerzassessments, der Schmerztherapie und der Verlaufskontrolle“ in der erforderlichen Breite durchführen zu können, bedarf es neben einem „tiefen Fachwissen über das Phänomen Schmerz und die Möglichkeiten der Schmerztherapie“ der Befähigung zur Symptomerkennung und zur Symptomverlaufskontrolle. Darüber hinaus sind „kommunikative und pädagogische Kompetenzen“ notwendige Fähigkeiten, um das Schmerzerleben von PatientInnen erfassen und Maßnahmen zur Schmerzkontrolle umsetzen zu können (Müller Mundt, Brinkhoff, & Schaeffer, 2000a, S. 332).

Rückenschmerzen stellen eine der häufigsten Schmerzbeschwerden dar und sind der Hauptkostenfaktor im Gesundheitswesen (Kröner-Herwig, 2000), weshalb speziell diese Gruppe der SchmerzpatientInnen in der vorliegenden Forschungsarbeit im Mittelpunkt steht. Einstellungen und gedankliche Vorstellungen über Rückenschmerzen von PraktikerInnen in den Gesundheitsberufen beeinflussen deren Behandlungsweise und die Ratschläge, die sie den SchmerzpatientInnen geben (Bishop, Thomas, & Foster, 2007).

Es ist deshalb wichtig, im Bereich der Betreuung und Versorgung von SchmerzpatientInnen eine breite Wissensbasis herzustellen, die es einem therapeutischen Team ermöglicht, die notwendigen Kompetenzen im Umgang mit den PatientInnen zu erlangen. Um eine vertrauensvolle Pflegebeziehung gerade auch mit chronischen SchmerzpatientInnen, die unter einer eher „unsichtbaren“, weil so häufigen Erkrankung wie Rückenschmerzen leiden, herstellen zu können, ist es erforderlich, die Betroffenen in ihrer Lebenswelt hinreichend gut zu verstehen und die relevanten Problemfelder zu erkennen.

1.2 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, mithilfe qualitativer Interviews, die subjektive Wahrnehmung von Personen mit chronischen Rückenschmerzen und die komplexen Einflüsse der Schmerzen auf den Alltag sichtbar zu machen. Der Wissensstand über RückenschmerzpatientInnen in der Pflege soll durch diese Arbeit erweitert und ein Beitrag zur Entwicklung der Versorgung von SchmerzpatientInnen geleistet werden.

Eine vertrauensvolle Beziehung ist Basis für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung. Dieses Vertrauen kann nur aufgebaut werden, wenn sich Betroffene von den Pflegepersonen verstanden fühlen. Durch die grundlegende Frage nach den Auswirkungen der Rückenschmerzen auf die Lebensqualität der Betroffenen sollen die individuellen Einflüsse der Schmerzen auf das Alltagsleben dargestellt und der persönliche Leidensdruck erörtert werden. Die Ergebnisse sollen Pflegenden und Personen, die in der Versorgung von SchmerzpatientInnen tätig sind, sowie Angehörigen von RückenschmerzpatientInnen helfen, den Betroffenen besser begegnen und die Hilfe an deren Bedürfnisse anpassen zu können.

Mit dieser Arbeit soll auch darauf aufmerksam gemacht werden, wie wichtig die Etablierung von forschungsbasierter Ausbildung im Bereich Schmerzmanagement im Gesundheitswesen ist. Eine adäquate Schmerzbehandlung könnte den PatientInnen viel unnötiges Leid sowie dem Gesundheitssystem Kosten ersparen.

1.3 Forschungsfragen

Die zentrale Fragestellung, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit behandelt wird, lautet:

„Welche Auswirkungen haben chronische Rückenschmerzen auf die Lebensqualität der Betroffenen?“

In Anlehnung an die verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität (Bullinger, et al., 1997a; King & Hinds, 2001a) wird diese Forschungsfrage mit folgenden Unterfragen konkretisiert:

- „Inwieweit beeinflussen die Schmerzen das physische und psychische Wohlbefinden der Betroffenen?“
- „Inwieweit beeinflussen die Schmerzen das soziale Leben der Betroffenen?“

- „Welche Auswirkungen haben die Schmerzen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens?“
- „Welche Rolle spielen Spiritualität und Glaube bei der Bewältigung der Schmerzen?“

1.4 Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wird ein Einblick in die vorhandene Literatur zu den Themen Lebensqualität, Schmerz und Rückenschmerz gegeben. Zudem dient dieser Teil der Arbeit der Darstellung des aktuellen Forschungsstands. Im ersten Unterkapitel zum theoretischen Hintergrund werden die soziodemografischen Veränderungen und deren Auswirkung auf das Krankheitsbild „Rückenschmerz“ in der österreichischen Bevölkerung dargestellt. Die Erläuterungen zum Begriff „Lebensqualität“ im darauffolgenden Kapitel beinhalten die Entstehung des Begriffs, die verschiedenen Definitionen dieses umfassenden Konstrukts sowie die verschiedenen Methoden zur Erfassung der Lebensqualität. Die nächsten Kapitel geben Aufschluss darüber, was sich hinter dem Begriff „Schmerz“ verbirgt. Von der Entwicklung des Schmerzverständnisses in der Geschichte über die heutige Definition des Begriffs bis hin zur Charakterisierung von Schmerz werden zum Abschluss dieser Ausführungen der Rückenschmerz und die Faktoren, die zu dessen Chronifizierung führen können, sowie die Schmerzdiagnostik näher erläutert. Die Darstellung einer Auswahl von Konzepten und Modellen des chronischen Schmerzes stehen am Ende der Ausführungen zum theoretischen Hintergrund der hier vorliegenden Studie.

Im Kapitel 3 werden die Methodik und Vorgehensweise der Studie dargestellt und eingehend erläutert. Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse erfolgt im darauffolgenden Kapitel, welches das Kernstück der hier vorliegenden Arbeit bildet. In der anschließenden Diskussion wird versucht, die zentralen Ergebnisse mit dem im Theorieteil dargestellten Forschungsstand in Verbindung zu setzen. Daraus werden Schlussfolgerungen und Implikationen für die Pflege sowie die Pflegeforschung abgeleitet.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Epidemiologische Daten

In Anbetracht der soziodemografischen Veränderungen der österreichischen Bevölkerung steht das Gesundheitswesen vor einer Reihe an Herausforderungen. Eine dieser Herausforderungen betrifft das erhöhte Aufkommen von chronischen Gesundheitsproblemen, deren Komplexität besondere Anforderungen an die im Gesundheitswesen Tätigen stellt. Der Anstieg chronischer Krankheiten ist unter anderem auf die steigende Lebenserwartung zurückzuführen (Müller Mundt, 2001). Abbildung 1 zeigt die potenzielle zukünftige Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Laut dieser Grafik wird die Anzahl der Personen im mittleren und höheren Alter in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen (Statistik Austria, 2010).

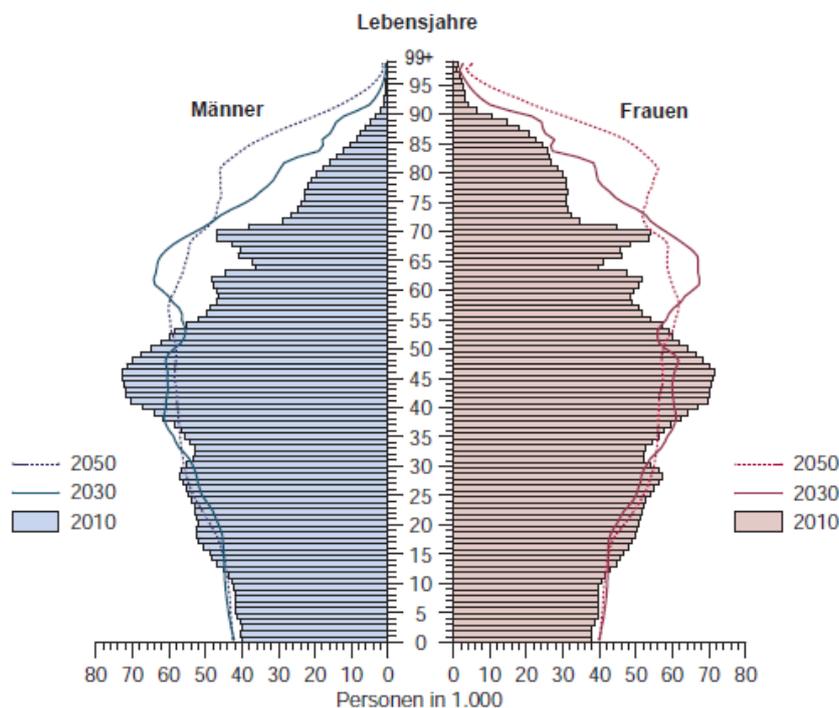


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für die Jahre 2010, 2030, 2050 (Statistik Austria, 2010, S. 33)

Bis Mitte des 20. Jahrhunderts war in Österreich die steigende Lebenserwartung auf den starken Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückzuführen. Seit den frühen 70er Jahren wurde die Veränderung der Lebenserwartung vom Rückgang der Sterblichkeit in hohem Alter stark beeinflusst. Die Lebenserwartung der österreichischen

Bevölkerung ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen und hat im Jahr 2009 einen Wert von 77,4 zu erwartende Lebensjahre für Frauen und 82,9 Jahre für Männer erreicht.

Bei einer Befragung der Statistik Austria in einer repräsentativen Stichprobe von ÖsterreicherInnen im Alter ab 15 Jahren gaben mehr als ein Drittel der Befragten an ein „längerfristiges gesundheitliches Problem“ zu haben. Hochgerechnet auf die österreichische Bevölkerung sind davon 1,2 Mio. Männer und 1,4 Mio. Frauen betroffen. Zu den häufigsten von den Befragten genannten Problemen zählen Wirbelsäulenbeschwerden (Statistik Austria, 2010).

Gemäß den statistischen Daten aus dem Jahr 2007 haben rund ein Drittel der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren Wirbelsäulenbeschwerden, dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer (Abbildung 2). Umgerechnet auf die Bevölkerung heißt dies, dass fast 2,3 Mio. Menschen in Österreich unter diesem Gesundheitsproblem leiden (Statistik Austria, 2007).

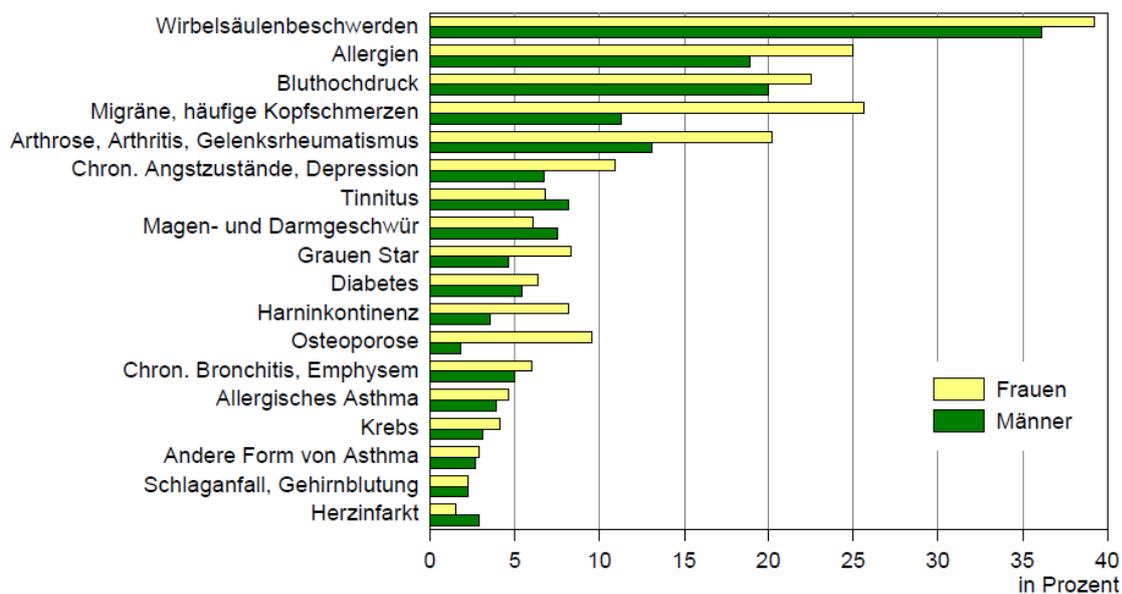


Abbildung 2: Häufigste selbst berichtete Erkrankungen der ÖsterreicherInnen (Statistik Austria, 2007, S. 19)

Bei der Betrachtung der epidemiologischen Daten ist zwischen Angaben über Schmerzerleben, die aus der Befragung einer bestimmten Bevölkerungsstichprobe stammen, und sozialmedizinischen Daten wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Rückenschmerz, zu unterscheiden (Kröner-Herwig, 2000). Sozialmedizinische Daten aus verschiedenen westlichen Ländern weisen auf einen geradezu epidemischen Charakter von Rückenschmerz hin. Zwischen den Jahren 1976 und 1990 wurde gar ein

Anstieg von 100 Prozent bei den Arbeitsunfähigkeitstagen männlicher Pflichtversicherter aufgrund von muskuloskelettaler Beschwerden (davon sind 80 Prozent Rückenschmerzen) festgestellt. Rückenschmerzen stellen außerdem die häufigste Indikation von Rehabilitationsmaßnahmen dar (Kröner-Herwig, 2000).

Rückenschmerzen sind damit – dies gilt zumindest für die westlichen hochindustrialisierten Länder – das kostenintensivste Gesundheitsproblem. Diese Kosten setzen sich zusammen aus direkten Behandlungskosten, Lohn für nicht geleistete Arbeit und Rentenzahlungen (Kröner-Herwig, 2000). Schaeffer (2009) führt die hohen Kosten unter anderem darauf zurück, dass das Gesundheitswesen nicht hinreichend an die Besonderheiten von chronischen Erkrankungen angepasst ist.

In Österreich ist die Zahl der Pensionen aufgrund geminderter bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit zwischen den Jahren 1999 und 2009 um 21,5 Prozent gestiegen. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems waren 2009, wie in vorigen Jahren auch, wieder die häufigste Ursache für Neuzugänge bei den Invaliditätspensionen. Dabei sind etwa ein Viertel der Personen jünger als 50 Jahre (Statistik Austria, 2010).

Diese Daten verdeutlichen, dass es sich bei chronischem Schmerz und insbesondere chronischen Rückenschmerzen um ein bedeutsames Gesundheitsproblem handelt und sie darüber hinaus einen maßgeblichen Kostenfaktor darstellen.

Im Zuge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird dieses Gesundheitsproblem in Zukunft auch nicht an Bedeutung verlieren. Schätzungen gehen davon aus, dass 25 Prozent der älteren Menschen unter persistierenden oder rezidivierenden Schmerzen leiden. Bei PflegeheimbewohnerInnen gehen die Schätzungen sogar von einer Schmerzprävalenz von 40 bis 80 Prozent aus. (Iglseider, 2009)

2.2 SchmerzpatientInnen in der Gesundheitsversorgung

In diesem Kapitel werden die Problemfelder in der Versorgung von Personen, die an chronischen Schmerzen leiden, dargestellt und die Potenziale der Pflege bei der Behandlung von SchmerzpatientInnen erläutert.

2.2.1 Problembereiche in der Versorgung von SchmerzpatientInnen

Das Thema Schmerz ist in der Gesundheitsversorgung ein noch immer zu wenig betrachtetes Problemfeld, wodurch die adäquate Behandlung von SchmerzpatientInnen nicht immer gegeben ist. Das betont auch Beubler (2008) und verweist auf die Ergebnisse einer groß angelegten Studie, die besagt, dass in europäischen Ländern jeder Fünfte an starken Schmerzen leidet, 35 Prozent der Betroffenen täglich Schmerzen haben und nur 60 Prozent dieser chronischen SchmerzpatientInnen ausreichend behandelt werden (Beubler, 2008).

Aus Sicht der PatientInnen lässt sich laut Müller-Mundt (2005) ein Kernproblem erkennen: In der Regelversorgung finden die subjektiven Befindenslagen keine angemessene Beachtung und dies gilt insbesondere für chronische Schmerzzustände, so zumindest besagen es die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten empirischen Untersuchung.

„Sobald die akute Behandlungsphase abgeschlossen bzw. eine Kontrolle des Krankheitsverlaufs nicht möglich ist, ziehen sich die behandelnden Ärzte zurück, wird die Patientenversorgung und damit die Verantwortung an die Pflege ‚wegdelegiert‘, der jedoch die Fach- und Handlungskompetenzen für deren Bearbeitung fehlen.“ (Müller-Mundt, 2005, S. 160)

Bei nicht ursächlich behandelbaren Symptombelastungen fühlt sich die Medizin im akut-klinischen Setting nicht verantwortlich, wodurch sich die Betroffenen von professioneller Seite „im Stich gelassen“ fühlen (Müller-Mundt, 2005).

„Von niemandem verstanden zu werden führt zu den Gefühlen tiefster Verlassenheit, zu Hilflosigkeit und Wut.“ (Bernatzky, et al., 2004, S. 54)

Durch diese zusätzliche psychische Belastung können die Schmerzen und deren Begleiterscheinungen mitunter noch verstärkt werden (Bernatzky, et al., 2004).

Begleiterscheinungen und Folgeprobleme, die im Zuge einer chronischen Schmerzerkrankung meist unweigerlich auftreten, werden in der Regelversorgung meist gar nicht ins Blickfeld genommen, da schon die Symptome selbst und deren somatische Begleiterscheinungen wenig Beachtung finden. Weitere Problemfelder in der Versorgungspraxis betreffen die „unzureichende Kooperation und Abstimmung der medizinischen Fachdisziplinen“, was für die Betroffenen nicht folgenlos bleibt. Sie erleben die Diagnose „chronischer Schmerz“ nicht selten als Stigma, wenn etwa ÄrztInnen einer anderen Fachrichtung eine neuerliche diagnostische Klärung anordnen, weil die Schmerzdiagnose und -therapie in Frage gestellt wird. SchmerzpatientInnen durchlaufen meist eine Vielzahl von Gesundheitsinstitutionen, um schlussendlich – wenn überhaupt – eine qualifizierte Einrichtung zu finden. Den Betroffenen wird hierbei ein hohes Maß an Nutzerkompetenz und Autonomie abverlangt (Müller-Mundt, 2005).

Die hohen Anforderungen, die unser Versorgungssystem an die NutzerInnen stellt, bestätigt auch die Studie von Schaeffer (2004) über chronisch Kranke und ihr Nutzungsverhalten. Überforderungen zeigten sich bei dieser Untersuchung unter anderem in Situationen, in denen PatientInnen mit Fragen und Entscheidungen konfrontiert wurden, die ihre Einschätzungsmöglichkeiten überstiegen, oder in denen ein hohes Maß an Eigeninitiative gefordert war, was zu Hilflosigkeit und Desorientierung führte. Wird der Versorgungsbedarf komplexer, so die Autorin, zeigen sich auch hier auf Dauer Überforderungen, da die beteiligten Akteure und Instanzen zunehmen. Der Bedarf an „Versorgungssteuerung und -management“ sei weitgehend ungedeckt. Durch das Bemühen der PatientInnen um eigenverantwortliches und autonomes Handeln würde dieser Umstand paradoxerweise noch unterstützt und ihre wachsende Hilfsbedürftigkeit bliebe verdeckt.

McCaffery et al. (1997) sowie Osterbrink und Stiehl (2004) verweisen in ihren Arbeiten auf verschiedene Mythen und Fakten bei der Behandlung von SchmerzpatientInnen: Die ursprüngliche Fehleinschätzung, dass alle „wirklichen Schmerzen“ einen identifizierbaren körperlichen Grund haben, wird durch die Aussage widerlegt, dass alle Schmerzen real vorhanden sind, unabhängig von ihrer Ursache. Fast jeder Schmerz habe sowohl körperliche als auch seelische Komponenten. Der Irrtum, dass eine Schmerzlinderung nach Einnahme eines Placebos bedeutet, dass der/die PatientIn simuliert hat oder der Schmerz psychogener Natur ist, wird berichtigt. Eine Verwendung von Placebos für die Diagnose der Simulation oder psychogener Schmerzen sei nicht gerechtfertigt, da es keine Beweise für einen solchen Zusammenhang gibt (McCaffery, et al., 1997; Osterbrink & Stiehl, 2004). Dies bestätigt auch Kröner-Herwig (2000) und weist zudem darauf hin,

chronische Rückenschmerzen diagnostisch von einer Somatisierungsstörung abzuheben, da hier in der Regel keine wechselnden körperlichen Symptome vorliegen, die Grund zum Aufsuchen verschiedener FachärztInnen geben. Auch eine hypochondrische Störung sei auszuschließen, da RückenschmerzpatientInnen selten glauben, an einer progredienten und gefährlichen Krankheit zu leiden.

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass SchmerzpatientInnen in der Versorgungspraxis und insbesondere in der Regelversorgung vor zahlreichen Schwierigkeiten stehen und die notwendige Behandlung der subjektiven Befindenslagen in der Schmerzbehandlung eine noch unzureichende Rolle spielt. Doch die Forderung nach der Behebung dieser Versorgungsdefizite ist, wie Schaeffer (2009) konstatiert, „leichter angemahnt als realisiert“. Bei der Behandlung von chronischen Krankheiten gebe es zahlreiche Anpassungsherausforderungen für das Gesundheitssystem, auch bedingt durch die Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten und des medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte (Schaeffer, 2009). Welche Potenziale die Pflege in der Versorgung von SchmerzpatientInnen hat, wird im nachstehenden Kapitel aufgezeigt.

2.2.2 Die Rolle der Pflege in der Versorgung von SchmerzpatientInnen

„Wenn Pflegepersonen von den jeweiligen Wünschen, Vorstellungen, Befürchtungen und Problemen der PatientInnen, von ihren unterschiedlichen Vorstellungen von Lebensqualität wissen, können sie diese besser beim schwierigen Prozess der Anpassung an ihre aktuelle Situation unterstützen.“
(Bernatzky & Likar, 2009, S. 14)

Durch eine ganzheitliche Behandlung von chronischen Schmerzen – dazu gehört auch dieses ganzheitliche Verständnis der Situation – wird die Lebensqualität der Betroffenen und auch der Angehörigen nachhaltig positiv beeinflusst. In den meisten Fällen ist die professionelle Pflege der Eckpfeiler im Schmerzmanagement. Die Pflege steht somit in der Position, das Schmerzmanagement zu individualisieren und durch frühzeitiges Erkennen der Selbstpflegedefizite die Selbstpflegefähigkeiten zu fördern (Osterbrink, 2006).

„Die Pflege ist in der Schmerztherapie ein sehr verlässlicher Partner, weil sie am und mit dem Patienten arbeitet. Sie erleben das wirklich hautnah, nicht nur für fünf Minuten Visite.“ (Sander-Kiesling, 2007, S. 8)

Eine adäquate Unterstützung der chronischen SchmerzpatientInnen ist aber insgesamt als „Querschnittsaufgabe“ aller professionellen Akteure im Gesundheitswesen anzusehen. Deshalb ist es notwendig, edukative Aufgaben zur Unterstützung des Selbstmanagements der PatientInnen als integrative Bestandteile in der Gesundheitsversorgung zu verankern (Müller-Mundt, 2005).

Für die Lebensqualität von schmerzbelasteten Menschen sind das Schmerzmanagement im Alltag und eine begleitende Beratung und Anleitung enorm wichtig, was eine entsprechende Qualifizierung von Seiten der Pflege voraussetzt (Müller-Mundt, 2005). Laut dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) beschreibt Schmerzmanagement „den umfassenden, multidisziplinären Prozess, Schmerzen eines Patienten/Bewohners zu erkennen, einzuschätzen und sich ihnen durch medikamentöse Therapie, begleitet durch nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung, sowie gezielte Schulung und Beratung zu widmen. Durch wiederholte Einschätzung wird überprüft, ob die gewählten Maßnahmen effektiv und geeignet sind. Schmerzmanagement stellt demnach einen fortlaufenden, dynamischen Prozess dar.“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2005, S. 25)

Zur Unterstützung des Selbstmanagements dauerhafter Gesundheitsbeeinträchtigungen und zur Gewährleistung einer adäquaten Schmerzversorgung benötigen die Gesundheitsprofessionen, insbesondere die Pflegekräfte, eine fundierte Wissens- und Handlungsgrundlage (Müller-Mundt, 2005).

Schmerz ist immer eine Erlebnisqualität, und sowohl die Schmerzwahrnehmung als auch die Schmerzerfahrung sind stets subjektiv, beeinflusst von Herkunft, Erziehung, Religion und Umwelt der Person (Beubler, 2008).

Angesichts dieser Komplexität von chronischen Schmerzen kann eine adäquate Schmerztherapie nur auf Grundlage eines multimodalen Therapieansatzes gewährleistet werden. Besonders wichtig sind dabei die Aktivierung der Erkrankten und die Selbstmanagementförderung (Müller Mundt, 2008).

„Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements gewinnt für die Gewährleistung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung der wachsenden Gruppe von chronisch erkrankten und symptombelasteten Menschen im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung.“ (Müller-Mundt, 2005, S. 91)

Die Pflege kann durch PatientInnenedukation eine Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten bewirken. Die nachhaltige Aktivierung der PatientInnen ist jedoch durch die verschiedenen Begleit- und Folgeprobleme von chronischen Schmerzen schwierig. Gerade deshalb ist die Pflege gefordert, schmerzbelasteten Menschen mit Informationen, Beratung und Anleitung zu den notwendigen Kompetenzen und Strategien in der Schmerzbewältigung zu verhelfen (Müller Mundt, 2008).

Wie wichtig PatientInnenedukation ist, wird auch in der Studie von Foster et al. (2008) deutlich, in der die Krankheitswahrnehmung von RückenschmerzpatientInnen, dessen Veränderung während der Behandlung und Verbindung zu den Behandlungsergebnissen untersucht wurde. Die UntersuchungsteilnehmerInnen aus sechs verschiedenen allgemeinmedizinischen Ordinationen wurden bei der ersten Konsultation und sechs Monate danach befragt. Die Einstellungen zu den chronischen Schmerzen und die Erwartungen an die Behandlungen blieben während der sechs Monate konstant. Jedoch – und das ist das zentrale Ergebnis dieser Untersuchung – war ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Krankheitswahrnehmungen und den Behandlungserfolgen feststellbar. PatientInnen, die erwarteten, dass ihre Rückenschmerzen für lange Zeit anhalten würden, die ernste Konsequenzen für ihre Lebensbedingungen sahen und keine großen Hoffnungen in die Behandlung setzten, hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit einen schlechten Behandlungserfolg. Die Ergebnisse betonen, dass PatientInnenschulungen zur Schmerzwahrnehmung die Behandlungserfolge beeinflussen.

SchmerzpatientInnen müssen deshalb über die Erkrankung, über Mechanismen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung aufgeklärt werden, da diese Informationen für das Verständnis von Behandlungskonzepten und Therapiemöglichkeiten grundlegend sind (Müller-Mundt, 2005).

In einer Studie von Dysvik et al. (2004) wurde der Einfluss der kognitiven Wahrnehmung von Schmerz auf das Schmerzerleben und die Lebensqualität untersucht. PatientInnen, die ihre Schmerzen als mysteriöse und unerklärliche Phänomene wahrnahmen, berichteten von starken Einschränkungen auf der psychischen Ebene der Lebensqualität. Die AutorInnen der Studie weisen aufgrund dieser Ergebnisse darauf hin, dass eine profunde Information über die komplexe Natur von Schmerzen beim Erlernen neuer Bewältigungsstrategien helfen kann.

Jedoch reichen die theoretischen Informationen über die Schmerzentstehung alleine nicht aus, um die Selbstmanagementfähigkeiten von SchmerzpatientInnen in notwendiger

Weise zu stärken. Beratung, Reflexion und die gemeinsame Suche nach Problemlösungen sowie Anleitung sind erforderlich, um die PatientInnen bei der Bewältigung des Therapie- und Schmerzmanagements und bei deren Integration in das Alltagsleben zu unterstützen. Neben der Vermittlung von Wissen über die somatischen, psychischen und sozialen Bedingungsfaktoren von Schmerz sowie den vielfältigen Begleiterscheinungen ist auch die Vermittlung von Kenntnissen über das Versorgungswesen und die Funktionsweise des Gesundheitssystems wichtig. Zudem ist für Betroffene das Erleben von chronischen Schmerzen ein „nur schwer kommunizierbares Leidensphänomen“, was eine adäquate Betreuung erschwert. Deshalb ist eine weitere wichtige edukative Aufgabe die Aufklärung und Anleitung der PatientInnen, damit diese das Schmerzempfinden und die physischen und psychischen Begleiterscheinungen so ausdrücken können, dass es für professionelle Akteure verständlich ist (Müller-Mundt, 2005; Müller Mundt, 2008).

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) veröffentlichte 2005 den „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege“, welcher von einer ExpertInnengruppe des DNQP in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke erarbeitet wurde.

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege formuliert den Beitrag der Pflege zum Schmerzmanagement und zielt darauf ab, Pflegekräfte in ihrer Schmerzwahrnehmung zu schulen und diese zu verbessern. Dadurch soll die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Linderung verringert werden. Der Standard richtet sich jedoch nur an Personen mit akutem und chronisch-tumorbedingtem Schmerz. PatientInnen mit chronischen Schmerzen, die nicht tumorbedingt sind, konnten im Rahmen dieser Erarbeitung nicht berücksichtigt werden, da wesentliche Unterschiede im Schmerzmanagement und der Schmerzbehandlung dieser Schmerzen vorhanden sind. Von den HerausgeberInnen wird aber betont, dass für diese ebenfalls sehr große PatientInnen- und Betroffenenengruppe der dringende Bedarf einer Erarbeitung eines spezifischen Expertenstandards für das Schmerzmanagement in der Pflege besteht (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2005).

Wie in diesem Kapitel deutlich wurde, hat die Pflege eine bedeutende Rolle in der Versorgung von SchmerzpatientInnen und die Möglichkeit durch die PatientInnennähe ein breites und zielführendes Schmerzmanagement zu gewährleisten, welches den PatientInnen zu einer Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten und somit auch der Lebensqualität verhilft. Das Schmerzmanagement in der Pflege ist jedoch eine

komplexe Aufgabenstellung, für die eine adäquate und umfassende Ausbildung notwendig ist, in der das Wissen über und das Verständnis von PatientInnen, die an chronischen Schmerzen leiden, gefördert wird.

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung des chronischen Rückenschmerzes im Zusammenhang mit der Lebensqualität der Betroffenen betrachtet. Im folgenden Kapitel wird dieser umfassende Begriff „Lebensqualität“ erläutert.

2.3 Lebensqualität

Dieses Kapitel beinhaltet die Darstellung des Begriffs „Lebensqualität“ und der Messmethoden dieses umfangreichen Konzepts. Weiters werden Studien zur Lebensqualität von RückenschmerzpatientInnen aufgezeigt.

2.3.1 Entwicklung der Lebensqualitätsforschung

Der Begriff „Lebensqualität“ ist ein Konstrukt unserer Zeit und wurde erstmals zu Beginn des letzten Jahrhunderts verwendet, damals von Pigou im Jahr 1920 in einer Untersuchung, wobei er die Begriffe „non-economic welfare“ und „quality of life“ als Synonyme verwendete. In der sozialwissenschaftlichen Literatur erschien die Bezeichnung Lebensqualität in den 60er Jahren, was durch die Kritik von SozialwissenschaftlerInnen über die objektive Messung der Lebensbedingungen ausgelöst wurde (Gruber, 2007).

Durch die vermehrte Diskussion über Qualität und Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung gewann die Erfassung der Lebensqualität auch im medizinischen Bereich immer mehr an Bedeutung. In den 70er Jahren wurde versucht das Konzept der Lebensqualität, das ursprünglich aus der Sozialforschung kam, für die Planung und Bewertung medizinischer Interventionen zu verwenden. In diesem Zusammenhang entstand der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“. Diese Entwicklung wurde unter anderem von der WHO-Definition von Gesundheit angeregt:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“
(Bullinger, Siegrist, & Ravens-Sieberer, 2000, S. 11)

Die körperliche Dimension wird in dieser Definition nicht mehr als die einzige Dimension für die „Messung“ von Gesundheit herausgehoben. Es wurde eine Reihe von Instrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt, welche jeweils eine andere Dimension stärker betonen (Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000).

Bullinger (2000) weist darauf hin, dass es sich bei dem Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ um ein latentes Konstrukt handelt, das nicht direkt beobachtbar ist, sondern nur mit dem Gebrauch von Indikatoren erschlossen werden kann.

2.3.2 Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität

Die unterschiedliche Akzentuierung der verschiedenen Aspekte von Gesundheit und Lebensqualität macht einen Vergleich der Ergebnisse der Messinstrumente schwierig. Viele der entwickelten Instrumente konzentrieren sich auf die Erfassung der funktionalen Einschränkungen, während andere auf die psychischen Auswirkungen von Krankheit eingehen. Beim internationalen und interkulturellen Vergleich von Daten entsteht ein weiteres Problem, weil die Übersetzung von semantischen und kulturellen Besonderheiten oft nicht möglich ist. Aufgrund dieser Schwierigkeiten haben ExpertInnen aus verschiedenen Ländern begonnen, an der Entwicklung von international anwendbaren Messinstrumenten für Lebensqualität zu arbeiten. Ein Ergebnis dieser Bestrebungen war unter anderem der Start des Projekts WHOQOL im Jahre 1991. Im Laufe dieses Projekts wurden mit 15 beteiligten Forschungseinrichtungen unter anderem die zwei Fragebögen WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF zur Erfassung der Lebensqualität der Befragten entwickelt. Ersterer hat eine Bearbeitungsdauer von 30 bis 45 Minuten, weshalb auch eine „kürzere“ Version, der WHOQOL-BREF mit einer Bearbeitungsdauer von 5 bis 10 Minuten entwickelt wurde, der auch im klinischen Setting problemlos angewendet werden kann (Angermeyer, et al., 2000).

Ein weiterer bekannter und für Studien oft verwendeter Fragebogen ist der SF-36. Dieses krankheitsübergreifende Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet acht Dimensionen (Pipam, Bernatzky, & Likar, 2007).

Tabelle 1 zeigt die Dimensionen des SF-36 mit den zugehörigen Items. Zusätzlich zu den acht Skalen wird mit einem einzelnen Item die subjektiv wahrgenommene Veränderung des Gesundheitszustandes erfasst (Faller, Vogel, & Bosch, 2000).

Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items)	Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen, Bücken, Heben, Tragen sowie andere Tätigkeiten
Körperliche Rollenfunktion (4 Items)	Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag durch den körperlichen Gesundheitszustand
Körperliche Schmerzen (2 Items)	Stärke von Schmerzen und ihrer Auswirkung auf die Alltagsaktivitäten
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)	Subjektive globale Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands, auch im Vergleich zu anderen Menschen

Vitalität (4 Items)	Sich voller Schwung und Energie vs. müde und erschöpft fühlen
Soziale Funktionsfähigkeit (2 Items)	Beeinträchtigung sozialer Aktivitäten (Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden etc.)
Emotionale Rollenfunktion (3 Items)	Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag durch seelische Probleme
Psychisches Wohlbefinden (5 Items)	Psychischer Gesundheitszustand (Depression, Angst vs. positive Gestimmtheit)

Tabelle 1: Skalen des SF-36-Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustands (Faller, et al., 2000, S. 185)

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Messinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität, die vorwiegend im angloamerikanischen Raum entstanden und nachträglich übersetzt, überprüft und normiert wurden. Der Einsatz dieser Instrumente im gesundheitsökonomischen Bereich hat in der angloamerikanischen Forschung bereits eine lange Tradition und ist im deutschsprachigen Bereich erst in den letzten Jahren gewachsen (Bullinger, et al., 2000).

2.3.3 Definitionen von Lebensqualität

Es gibt keine einheitliche Definition von Lebensqualität, auch weil der Begriff von vielen Wissenschaftsdisziplinen, wie Soziologie, Ökonomie, Psychologie, beansprucht wird. Festzuhalten gilt, dass „Lebensqualität“ oder „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ als theoretische Konstrukte so komplex sind, dass es nicht möglich ist a priori eine Begriffsbestimmung festzulegen, die empirisch erschöpfend ist (Radoschewski, 2000).

Der multidimensionale Aspekt von Lebensqualität zeigt sich in den zahlreichen Dimensionen, welche als Einflusskriterien auf die Lebensqualität erkannt wurden (King & Hinds, 2001b). Die in der Literatur am häufigsten genannten Dimensionen der Lebensqualität betreffen den physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich (Gerstle, All, & Wallace, 2001; Hunfeld, et al., 2001; Katz, 2002; Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef, & Patijn, 2005; Mason, Skevington, & Osborn, 2009; Palermo & Kiska, 2005).

Lebensqualität in der Medizin hat eine etwas andere Bedeutung. Hier geht es um die erlebte Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit im täglichen Leben, wie sie von der Person selbst geäußert wird. Lebensqualität aus medizinpsychologischer Perspektive umfasst die Gesamtheit der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten (Bullinger, et al., 1997b).

Radoschwski (2000) geht in seinem Artikel auf diese „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ein und erklärt, dass die Einbindung der Komponente Gesundheit den weitreichenden Begriff der Lebensqualität sinnvoll eingrenzt. Gesundheit ist ein zentraler Aspekt für die Lebensqualität, jedoch kann sie für einen gesunden Menschen und für dessen Einschätzung seiner Lebensqualität keinen großen Stellenwert haben.

Die Lebensqualitätsforschung zielt einerseits auf die Erfassung der subjektiven Lebensqualität ab, also wie sich bestimmte Gruppen hinsichtlich ihrer Lebensqualität fühlen, andererseits gilt Lebensqualität als Zielkriterium (d. h. als Outcome-Maß) in klinischen Studien (Bullinger, et al., 1997b).

2.3.4 Arbeitsdefinition von Lebensqualität

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität und die Lebenssituation der Betroffenen beleuchtet. Da von der subjektiven Sichtweise der Betroffenen ausgegangen wird, soll eine Begriffsbestimmung gewählt werden, die alle möglichen Bereiche der Lebensqualität umfasst. Innerhalb dieser Arbeit wird Lebensqualität definiert als ein komplexes und vielschichtiges Konstrukt menschlicher Existenz (Dysvik, et al., 2004; Katz, 2002; Núñez, et al., 2006; Radoschewski, 2000), welches durch die Ebenen der physischen, psychischen, sozialen, funktionalen und spirituellen Dimension beeinflusst wird (Bullinger, et al., 1997b; King & Hinds, 2001b). Die Ebenen der Lebensqualität, die Bullinger et al. (1997) vorgeschlagen haben, werden somit durch die spirituelle Dimension, die von King und Hinds (2001) genannt wird, erweitert, um die ganze Breite der Lebensqualität betrachten zu können.

2.3.5 Empirische Befunde zu Lebensqualität und Schmerz

Der signifikante Einfluss von chronischen Schmerzen auf die Lebensqualität wird heute von zahlreichen AutorInnen bestätigt (Dysvik, et al., 2004; Gerstle, et al., 2001; Gugerell, 2006; Katz, 2002; Mason, et al., 2009).

In einer Studie von Faller et al. (2000) wurden PatientInnen mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen zu ihrer Lebensqualität und funktionalen Kapazität befragt. Die Untersuchung wurde in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt. Die Erfassung der Lebensqualität und Funktionskapazität wurde mit standardisierten Fragebögen durchgeführt. Die befragte Stichprobe zeigte deutliche Einschränkungen auf den Skalen „körperliche Schmerzen“, „körperliche Rollenfunktion“, „Vitalität“ und

„allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Die Ergebnisse wurden nicht nur mit einer Normstichprobe, sondern auch mit der erfassten Lebensqualität von KrebspatientInnen verglichen. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden PatientInnengruppen festgestellt werden. RückenschmerzpatientInnen äußerten bezüglich der Dimensionen „körperliche Funktionsfähigkeit“, „körperliche Schmerzen“ und „psychischen Wohlbefinden“ eine deutlich stärkere Beeinträchtigung als die Vergleichsgruppe.

Lamé et al. (2005) untersuchten die Wahrnehmung von Schmerz und die Lebensqualität von SchmerzpatientInnen an einer multidisziplinären Schmerzklinik in den Niederlanden. Von den 1208 PatientInnen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen hatten RückenschmerzpatientInnen und PatientInnen mit multiplen Schmerzarten die niedrigste Lebensqualität. Die Lebensqualität wurde mit einem standardisierten Fragebogen erfasst, welcher acht Dimensionen der Lebensqualität umfasst. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass „pain catastrophizing“¹ am stärksten mit einer verminderten Lebensqualität korreliert, noch stärker als die Schmerzintensität. Demnach hängt der Einfluss einer chronischen Schmerzerkrankung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sehr stark von der Schmerzwahrnehmung und den gedanklichen Vorstellungen über Schmerz ab.

Nuñez et al. (2006) gingen in einer Untersuchung der Frage nach, welche Bedeutung PatientInnen mit rheumatoider Arthritis und chronischen Rückenschmerzen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beimessen. Die beiden PatientInnengruppen, insgesamt 285 Personen, beantworteten einen Fragebogen und es wurde auch die offene Frage gestellt, was gesundheitsbezogene Lebensqualität für sie bedeutet. Die Interviews wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Ergebnis war, dass die PatientInnen mit rheumatoider Arthritis und PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen unterschiedliche Ansichten zur Lebensqualität haben. Erstere äußerten am häufigsten die Phrase „to be able to do homework“ und für die RückenschmerzpatientInnen war die Phrase „health is the most important for quality of life“. Diese Studie ist deshalb nennenswert, da sie nicht mit standardisierten Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität durchgeführt wurde. Die Ergebnisse bestätigen eine unterschiedliche Auswirkung von Krankheitsbildern auf die Lebensqualität und die individuellen Auffassungen derselben. Aufgrund der Ergebnisse betonen die Autoren die Wichtigkeit in Studien den Zusammenhang von gesundheitsbezogener Lebensqualität und spezifischen

¹ „Pain catastrophizing“ bezieht sich auf eine übertrieben negative Interpretation von Schmerz, welche während einer aktuellen oder zu erwartenden Schmerzerfahrung entstehen kann (Swinkels-Meewisse, Roelofs, Oostendorp, Verbeek, & Vlaeyen, 2006).

Pathologien mit der Anwendung von offenen Fragen zu untersuchen. Auch Gerbershagen, Lindena, Korb und Kramer (2002) verweisen in ihrem Artikel auf die Notwendigkeit bei der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf die unterschiedlichen Eigenschaften der verschiedenen Schmerzkrankheiten einzugehen.

2.4 Schmerz

Die Bedeutung des Begriffs „Schmerz“ hat sich im Lauf der Geschichte gewandelt. In diesem Kapitel wird dieser Wandel erläutert und es werden die unterschiedlichen Definitionen von Schmerz und Rückenschmerz dargestellt. Zudem werden die Risikofaktoren, die zu einer Chronifizierung von Rückenschmerzen führen, aufgezeigt.

2.4.1 Entwicklung des heutigen Schmerzverständnisses

In der griechischen Antike wurden Körper und Geist als Einheit betrachtet. Im Zuge der Aufklärung und der Entwicklung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin wurde diese Perspektive von einer dualistischen Betrachtung von Leib und Seele abgelöst. Auch die mystischen Deutungen von Gesundheit und Krankheit wurden von der modernen Medizin verdrängt. Der Wandel des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses führte zu einer Veränderung des Schmerzverständnisses hin zu rationalen naturwissenschaftlich begründeten Erklärungen. Es entstanden die ersten somatosensorischen Vorstellungen und Reiz-Reaktions-Modelle, die das Schmerzentstehen erklären sollten. Als grundlegend für diese Entwicklung wird das Modell von René Descartes (1599-1650) gesehen, welches von einer Schmerzreizleitung von der Peripherie zum Gehirn ausging (Abbildung 3).



Abbildung 3: Reiz-Reaktionsmodell von Descartes (Morris, 1994)

Laut einer Beschreibung in einem Buch von Descartes aus dem Jahre 1644 wird der Schmerzreiz von der Peripherie über Nervenbahnen direkt zum Gehirn geleitet, wo er in der Zirbeldrüse als Schmerz wahrgenommen wird (Müller-Mundt, 2005; Schäfer, 2001).

Dieser Wandel im Verständnis der Schmerzentstehung war grundlegend für die Entwicklung der Annahme einer grundsätzlichen „Regulierbarkeit“ des Schmerzgeschehens und für die Entstehung von Verfahren zur Schmerzkontrolle. Jedoch führten diese reduktionistischen Annahmen zu einer unzureichenden Betrachtung von Schmerz. Erst in den 1960er Jahren begann sich die Schmerzforschung zu einem eigenständigen Fachgebiet zu entwickeln, was auch zur Entstehung der empirischen Grundlagen für komplexere Modellvorstellung des Schmerzempfindens führte. Die von Melzack und Wall in den 60er Jahren formulierte Gate-Control-Theorie gilt vielfach als bahnbrechend für die Wende von einem einfachen mechanistischen Erklärungsmodell zu einem mehrdimensionalen Schmerzverständnis. Psychologische Faktoren, die zuvor bei der Betrachtung der Schmerzentstehung ausgelassen wurden, traten als integrative Bestandteile ins Blickfeld der Schmerzforschung (Melzack & Wall, 2003; Müller-Mundt, 2005; Müller Mundt, 2001).

2.4.2 Definitionen von Schmerz

Schmerz ist eine Grunderfahrung des Menschen und deshalb genauso schwierig zu definieren wie Hunger oder Durst. Grob betrachtet ist Hunger ein Zeichen, um für Nahrung zu sorgen, und Schmerz gilt im Allgemeinen als Warnsignal, dass irgendetwas im Körper nicht in Ordnung ist und wir handeln sollen (Osterbrink & Stiehl, 2004). Diese einfachen Erklärungen reichen aber, wie schon im vorigen Kapitel deutlich wurde, für eine ganzheitliche und adäquate Betrachtung von Schmerz nicht aus.

Die Internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes (International Association for the Study of Pain [IASP]) definierte 1986 den Begriff Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann“ (International Association for the Study of Pain [IASP], 1986; zit. n. Müller-Mundt, 2001, S. 11). Auch die Definition der IASP kann als grundlegend für die Durchsetzung eines multifaktoriellen Schmerzverständnisses gewertet werden (Müller Mundt, 2001; Siemer, 2000).

In der heutigen Fachliteratur wird Schmerz weitgehend als ein individuell erlebtes und multifaktoriell geprägtes Phänomen dargestellt. Bei der Empfindung von Schmerz spielen

somatische, psychische, d.h. emotionale und kognitive, aber auch soziale und spirituelle Faktoren gleichermaßen eine Rolle. Ebenso zählen situative Kontexte, die ihrerseits stets sozio-kulturell geprägt sind, zu den Einflussfaktoren des Schmerzgeschehens (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2004; Müller Mundt, 2008).

Es wird von einer wechselseitigen Beziehung zwischen diesen Dimensionen ausgegangen, sowohl in der Verstärkung als auch in der Verringerung der Schmerzempfindung (Müller-Mundt, 2005).

2.4.3 Schmerzcharakterisierungen

2.4.3.1 Differenzierung in akute und chronische Schmerzen

Die Empfindung eines akuten Schmerzes tritt zumeist infolge einer Gewebeschädigung auf, ist in der Regel zeitlich begrenzt und wirkt als physiologischer Warnmechanismus (Hinz, Dörre, König, & Tackenberg, 2003; Müller Mundt, 2001). Akute Schmerzen sind kausal behandelbar und es ist eine baldige Besserung zu erwarten. Meist treten sie in Form von Nozizeptorschmerzen auf. Das sind Schmerzen die durch eine direkte Reizung der Nerven entstehen. Dazu gehören beispielsweise Schmerzen nach Frakturen oder postoperative Schmerzen (Beubler, 2008).

Bei der Chronifizierung von Schmerz geht die schützende Warnfunktion verloren und es kommt häufig zu einer multidimensionalen Beeinflussung der Lebensqualität der Betroffenen (Siemer, 2000). Chronischer Schmerz gehört zu den häufigsten Symptombelastungen bei chronischen Krankheiten (Müller Mundt, 2008). Der Schmerz kann nun nicht mehr auf eine Gewebeschädigung reduziert werden und die Behandlung gestaltet sich oft schwierig. Der schmerzhafte Bereich wird mit der Zeit immer empfindlicher. Dies führt dazu, dass sogar geringe Reize zu stärkeren Schmerzen führen (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2004; Osterbrink & Stiehl, 2004).

Angesichts der zeitlichen Dimension kann ab einer Schmerzdauer von drei Monaten von chronischen Schmerzen gesprochen werden, so die Eingrenzung der IASP (Müller-Mundt, 2005). Andere Autoren sprechen von einer Chronifizierung, wenn der Schmerz länger als sechs Monate andauert, mit einer bedeutenden Beeinträchtigung einhergeht und mit einer Reihe von erfolglosen Therapieversuchen einhergegangen ist (Birbaumer & Schmidt, 2010; Gatchel & Oordt, 2003; Kröner-Herwig, 2000). Die Vorteile dieser „eher willkürlichen“ zeitlichen Bemessungsgrenzen sieht Müller-Mundt (2005) aber als fraglich. Demgegenüber stellt sie die Definition von Bonica aus dem Jahr 1990, der die

Chronifizierung definiert als Schmerz, der über die normale Heilungszeit hinausgeht. Diese Auslegung sei offener für einzelne Schmerzphänomene (Müller-Mundt, 2005). Die Offenheit dieser Definition gilt aber auch als problematisch, da nicht klar ist, was unter „normaler Heilungszeit“ fällt. Die Berücksichtigung von verschiedenen Stufen der Chronifizierung, wie es das Mainzer-Stufenmodell vorsieht, erscheint in Hinblick auf die Komplexität chronischer Schmerzen sinnvoll (Kröner-Herwig, 2004).

Die Erscheinungsweisen von chronischen Schmerzen werden in der Literatur differenziert in rezidivierende und persistierende Schmerzen. Wenn sich die Schmerzattacken häufen, spricht man von rezidivierenden Schmerzen. Hier handelt es sich um intervallartige Schmerzepisoden, die auch weitgehend schmerzfreie Phasen beinhalten. Der persistierende Schmerz ist ein Dauerschmerz, welcher gegebenenfalls durch bestimmte äußere oder innere Bedingungsfaktoren, wie Bewegung, körperliche oder seelischen Belastungen, in der Intensität und Qualität moduliert wird (Kröner-Herwig, 2000; Müller-Mundt, 2005).

2.4.3.2 Differenzierung nach Schmerzarten

Schmerzen können nach körperlichen Gesichtspunkten in die drei Hauptgruppen nozizeptive, viszerale und neuropathische Schmerzen eingeteilt werden. Ein Nozizeptor ist die periphere Struktur, die das Schmerzsignal empfängt. Nozizeptorschmerzen entstehen, wie bereits beschrieben, durch direkte Nervenreizung infolge von Verletzungen oder Entzündungen in Gewebestrukturen. Diese Schmerzen werden vorwiegend mit der Haut assoziiert. Im Gegensatz dazu sind die viszerale Schmerzen in tieferen Geweben lokalisiert. Die Schädigung betrifft die Skelettmuskulatur, Knochen, Gelenke und Sehnen sowie die inneren Organe im Brust-, Bauch- und Beckenraum. Bei neuropathischen Schmerzen ist das nozizeptive System selbst geschädigt. Hierzu zählen unter anderem Schmerzen nach mechanischen Nervenläsionen, Schmerzen nach Virusinfektionen, Phantomschmerzen und Schmerzen nach zentralen Verletzungen (z. B. Querschnittslähmungen) (Müller-Mundt, 2005; Müller Mundt, 2008; Osterbrink & Stiehl, 2004; Thomm, 2005).

Auch Schmerzen nach einem Bandscheibenvorfall gehören zu den neuropathischen Schmerzen (Thomm, 2005). Da diese Schmerzen mit Nervenschädigungen einhergehen, sind sie sehr schwer behandelbar (Bouhassira, Lantéri-Minet, Attal, Laurent, & Touboul, 2008).

Somatoforme Schmerzen stellen eine besondere Gruppe dar, weil sie auf keine spezifische organische Ursache zurückzuführen sind und sich weder auf eine physiologische noch eine physische Komponente reduzieren lassen. Die Bezeichnung „somatoform“ verweist auf den Umstand, dass sich die Empfindung dieses Schmerzes nicht vom somatischen (körperlichen) Schmerz abgrenzen lässt (Osterbrink & Stiehl, 2004).

Die frühere Bezeichnung „psychogene“ Schmerzen gilt heute als überholt. Diese dichotome Sichtweise, dass Schmerz entweder eine körperliche oder psychische Ursache habe, ist nicht länger haltbar (Gatchel & Oordt, 2003).

Osterbrink und Stiehl (2004) merken in diesem Zusammenhang an, dass bei PatientInnen, die von sich aus über psychische Belastungen als Schmerzursache sprechen, eine besonders genaue Abklärung der körperlichen Schmerzursachen nötig sei und nicht ein vorschneller Schluss auf somatoforme Schmerzen erfolgen sollte. SchmerzpatientInnen mit somatoformen Schmerzen würden zumeist eine seelische Mitbeteiligung leugnen.

2.4.4 Rückenschmerz

Rückenschmerzen haben im Allgemeinen eine gute Prognose und klingen in der Regel nach sechs Wochen spontan oder mit therapeutischen Maßnahmen (Entlastung, Gymnastik, etc.) wieder ab (Schöps & Hildebrandt, 2001). Wie schon in den vorigen Kapiteln erläutert wurde, können die Schmerzen jedoch das akute Stadium überdauern und zu chronischen Schmerzen werden. Akute Rückenschmerzen sind keineswegs harmlos, da sie die Tendenz haben, zu einem rezidivierenden Schmerzproblem zu werden, was ein deutlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Rückenproblematik ist (Kröner-Herwig, 2000).

Der Begriff Rückenschmerz bezeichnet kein einheitliches Krankheitsbild, welches durch gleiche Bedingungen, Verläufe oder Prognosefaktoren bestimmt ist. Vorerst bedeutet Rückenschmerz „nur“, dass das Hauptsymptom Schmerz ist, der den Rücken betrifft (Kröner-Herwig, 2000).

In einer aktuellen Studie von Tamcan et al. (2010) wurde versucht, den Verlauf von chronischen Rückenschmerzen über sechs Monate zu beschreiben. Dabei wurden vier Gruppen ausfindig gemacht, bei denen sich Unterschiede bezüglich dem Schmerz und den daraus entstehenden Einschränkungen zeigten. Laut den AutorInnen kann

chronischer Rückenschmerz eingeteilt werden in „severe persistent“, „moderate persistent“, „mild persistent“ und „fluctuating“. Diese Studie ist auch deshalb nennenswert, da erstmals eine bevölkerungsbasierte Untersuchung von an Rückenschmerzen leidenden Personen, die nicht zwingend in ärztlicher Behandlung waren, durchgeführt wurde. Die Ergebnisse der Studie betonen zudem, dass eine Definition der Chronifizierung von Rückenschmerzen über 3 bzw. 6 Monate eine zu vereinfachte Klassifizierung und für die Praxis untauglich ist.

In 70 bis 80 Prozent der Fälle können die Rückenschmerzen auf keine genaue Ursache zurückgeführt werden. Häufig werden sichtbare, aber für die Schmerzursache völlig irrelevante Knochenveränderungen oder Krankheitssymptome als Diagnose herangezogen (Schöps & Hildebrandt, 2001).

Auf diesen Umstand verweisen auch Faller, Vogel und Bosch (2000) und erklären, dass bei unspezifischen Rückenschmerzen oft eine „degenerative“ oder „funktionelle“ Auslösung angenommen wird, wenn der pathologische Befund keine angemessene Erklärung für die Schmerzen liefert.

Zudem sind selbst ein diagnostizierter Bandscheibenvorfall oder degenerative Veränderungen der Wirbelsäule nicht zwingend die Ursache des Schmerzes. Eine Reihe von Publikationen zeigen, dass auch Menschen ohne jegliche Schmerzen diese Veränderungen der Wirbelsäule aufweisen (Pfungsten & Hildebrandt, 2004).

Etwa 70 Prozent der Rückenschmerzen sind im unteren Bereich des Rückens lokalisiert. Im englisch-sprachigen Raum werden diese auch als „low back pain“ bezeichnet. In der ärztlichen Symptombeschreibung werden Begriffe wie „Lumbalgie“, „LWS-Syndrom“ oder „Lumboischialgie“ verwendet, um den Rückenschmerz im lumbalen Bereich zu benennen. Eine einheitliche Benennung der Erscheinungsweisen von chronischen Rückenschmerzen fehlt bisher im deutschsprachigen Raum (Kröner-Herwig, 2000; Schöps & Hildebrandt, 2001).

2.4.5 Risikofaktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen

Schöps und Hildebrandt (2001) nennen eine Reihe von Risikofaktoren, die zur Chronifizierung von Rückenschmerzen beitragen können:

- „Schmerzsymptomatik: frühere Schmerzepisoden, Schmerzausstrahlung ins Bein, Zeichen der Nervenwurzelreizung

- Andere Symptome: schwache Rumpfmuskulatur, schlechter allgemeiner Trainingszustand, allgemein schlechte Gesundheit, starker Nikotinkonsum, Alter über 50 Jahre
- Psychosoziale Faktoren: Zeichen von Angst und Depressivität, ungünstige Selbstprognose, ungünstiges Coping (Katastrophisieren), belastende Lebensprobleme (Beruf, Familie)
- Arbeitssituation: geringe Bildung, unqualifizierte Arbeit, Unzufriedenheit mit der Arbeit, unsicherer Arbeitsplatz, Verlust der Arbeitsstelle, Rentenwunsch / Rechtsstreit“ (Schöps & Hildebrandt, 2001, S. 87f)

Auch Carroll, Cassidy und Côté (2004) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass beispielsweise eine Depression ein großer Risikofaktor für die Entstehung von Rückenschmerzen ist.

Hier gilt es anzumerken, dass neben den psychosozialen Faktoren, welche eine Entstehung und Chronifizierung der Rückenschmerzen begünstigen, eine Reihe von psychosozialen Problemen von bestehenden Rückenschmerzen erst ausgelöst werden. So schreibt Dunkel (2004), dass bei der Lumbalgie, also den Schmerzen im unteren Rücken, sich unbewusst eine psychische Überbelastung und Frustration durch verschiedene Auswirkungen auf das Alltagsleben entwickeln kann. Deshalb ist bei der Anamnese von SchmerzpatientInnen darauf zu achten, welche psychosozialen Probleme die Auslöser oder Folgen der Rückenschmerzen darstellen.

Über den Risikofaktor „frühere Schmerzepisoden“ schreiben auch Hexel und Sokal (2002) und verweisen auf den Einfluss von früheren Schmerzerfahrungen auf das subjektive Erleben des Schmerzes:

„Schmerz ist für eine Person leichter ertragbar, wenn dieser durch Handlungen beeinflussbar war bzw. beendbar war. Je hilfloser eine Person einmal Schmerzen ausgeliefert war, umso tragischer wird später Schmerz erlebt“ (Hexel & Sokal, 2002, S. 216)

Auch Pucher (2002) beschreibt die Wirkung von belastenden Vorstellungen und Gedanken im Zusammenhang mit Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich. Die Muskelverspannungen im unteren Rückenbereich, die sich bei dieser Schmerzerkrankung zeigen, können durch Gedanken an belastende Erlebnisse oder auch durch physikalische Stressoren, wie etwa laute Geräusche, verstärkt werden.

2.5 Schmerzdiagnostik

Um das Schmerzerleben der Betroffenen zu erfassen, gibt es verschiedene, in der Praxis angewandte Methoden, die im Folgenden dargestellt werden.

2.5.1 Ratingskalen

Ratingskalen dienen zur Erfassung der Schmerzintensität. Eine bekannte Skala ist die „numerische Ratingskala (NRS)“. Die PatientInnen beurteilen dabei die erlebte Schmerzintensität mit Zahlen von 0 bis 10 oder 0 bis 100. Die Zahl 0 bedeutet „kein Schmerz“ und die höchste Zahl bedeutet „stärkster vorstellbarer Schmerz“ oder „unerträglicher Schmerz“. Weitere Ratingskalen sind die „visuelle Analogskala (VAS)“ und die „verbal markierte mehrstufige Ratingskala (VRS)“ (Frede, 2007).

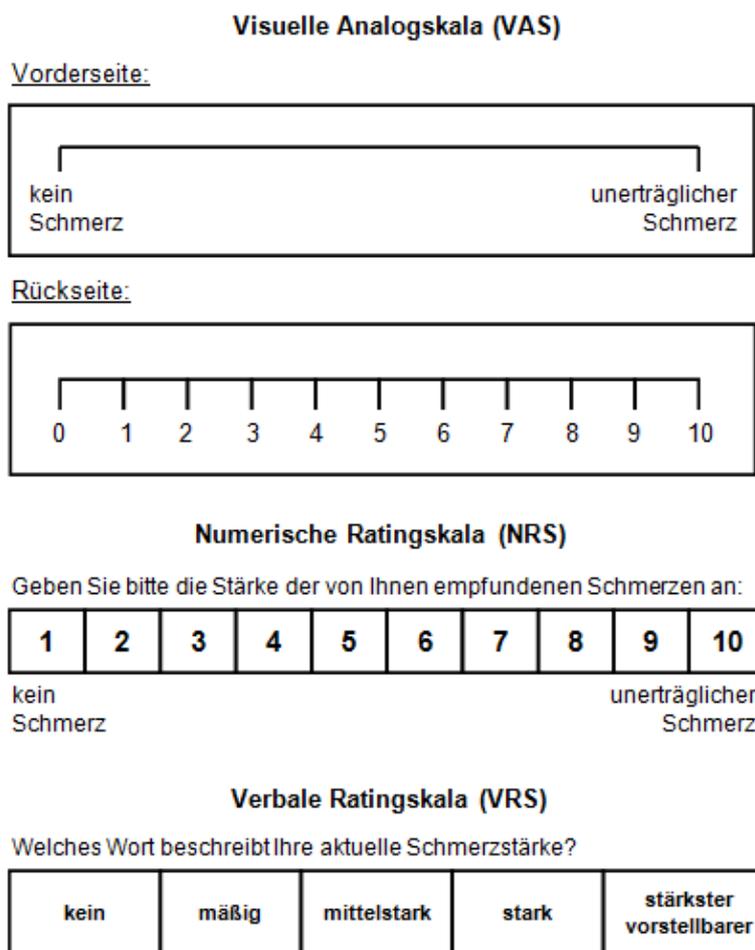


Abbildung 4: Beispiele für Ratingskalen zur Erfassung der Schmerzintensität (Pipam, Bernatzky, & Likar, 2009, S. 40)

Die Vorteile dieser Skalen liegen in der schnellen Durchführbarkeit und Auswertbarkeit. Der Nachteil ist, dass entscheidende Informationen verloren gehen, da die Komplexität des Schmerzerlebens, welche in den Erläuterungen der vorherigen Kapitel deutlich gemacht wurde, durch das Reduzieren auf eine Zahl oder ein Kreuzchen auf einer Linie verloren geht.

„Der Therapeut erfährt weder etwas über die Qualität des Schmerzerlebens noch kann er die Skalenwerte verschiedener Patienten miteinander vergleichen – weil die Bezugsgrößen variieren. Jeder Schmerzpatient benutzt eine ihm eigene Skala, die von *konstitutionellen Faktoren, kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen* abhängig ist sowie vom *Spektrum der Schmerzen*, die er bisher erfahren hat.“ (Frede, 2007, S. 170)

Deshalb sind Ratingskalen nur dann sinnvoll, wenn das Bezugssystem der PatientInnen in die Diagnostik mit einbezogen wird sowie verbale wie nonverbale Äußerungen über das Schmerzerleben zusätzlich eingeschätzt werden (Frede, 2007).

2.5.2 Schmerzempfindungsskalen

Zur Erfassung des qualitativen Schmerzerlebens sind sogenannte „Adjektivskalen“ entwickelt worden, die sensorische, affektive und evaluative Aspekte erfassen. Als Beispiele hierfür gelten die „Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste HSAL“ von Hoppe (1991; zit. n. Frede 2007) und die Schmerzempfindungsskala (SES) von Geissner (1996; zit. n. Frede 2007). Bei der SES handelt es sich um eine Liste von insgesamt 24 Eigenschaftswörtern. Diese Skala erfasst sensorische Aspekte der Schmerzwahrnehmung, wie „reißend“, „stechend“ und „brennend“ und affektive Aspekte, wie „mörderisch“, „unerträglich“ und „marternd“, welche anhand von Referenzgruppendaten verglichen werden können. Im Gegensatz zu früheren Annahmen ist ein erhöhtes Aufkommen von affektiven Aspekten im Schmerzerleben nicht zwingend auf einen starken psychologischen Einfluss zurückzuführen (Frede, 2007; Kröner-Herwig, 2000).

Einer der bekanntesten Schmerzfragebögen ist der McGill Pain Questionnaire (MPQ) von Melzack (1971; zit. n. Pipam, et al., 2007). Er war einer der ersten Fragebögen, der auf die sensorischen und affektiven Aspekte von Schmerz einging. Er ist im deutschen Sprachraum aber nur bedingt einsetzbar, da bei der Übersetzung Probleme der sprachlichen Übertragung auftraten (Pipam, et al., 2007).

Der Vorteil von Schmerzempfindungsskalen liegt in der Vorgabe von unterschiedlichen Adjektiven, die den PatientInnen eine differenzierte Angabe über das Schmerzerleben ermöglicht. Somit sind sie leicht anzuwenden und werden auch der Vielseitigkeit von Schmerz eher gerecht. Jedoch sollte die Aussagekraft dieser Skalen nicht überschätzt werden, da die Bedeutung, die Menschen verschiedenen Wörtern beimessen, nicht immer die gleiche ist. Zudem setzen die Adjektivskalen ein hohes Maß an sprachlicher Kompetenz seitens der PatientInnen voraus. Außerdem kann die eindeutige Benennung des Schmerzes den Nachteil mit sich bringen, dass durch diese Klassifizierungen die Illusion entsteht, den Schmerz dadurch beherrschen und verstehen zu können und den PatientInnen wird eine Eindeutigkeit der Schmerzerfassung suggeriert.

2.5.3 Schmerztagebücher

Das Führen von Schmerztagebüchern ist wichtig, um die quantitativen Daten des Schmerzerlebens, wie Intensität, Häufigkeit und Dauer zu erfassen. Über einen Zeitraum von mehreren Tagen oder Wochen soll das Schmerzempfinden über mehrere Zeitpunkte des Tages protokolliert werden. Wichtig ist dabei, dass die Anforderungen an den Umfang dieses Tagebuchs an die Zielsetzung angepasst werden. Wenn das Tagebuch zur ausführlichen Analyse der Ausgangslage benötigt wird, ist eine detailliertere Ausführung notwendig, als wenn „nur“ ein Verlaufsprotokoll erforderlich ist. Mit Hilfe von Schmerztagebüchern lässt sich der typische Tagesablauf von SchmerzpatientInnen ausmachen und schmerzrelevante Situationszusammenhänge können für die Betroffenen transparent gemacht werden. Die Protokollierung der Medikamenteneinnahme ist notwendig, da die Angaben in der Anamnese oft ungenau sind (Kröner-Herwig, 2000).

Obwohl das Schmerztagebuch vielfach als die beste Methode unter den Dokumentationsmöglichkeiten gilt, hat auch diese ihre Nachteile. So verweist Frede (2007) auf den nachteiligen Effekt, dass durch die tägliche Protokollierung eine Fixierung auf den Schmerz verstärkt wird, was eigentlich das Gegenteil des Therapiezieles darstellt.

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass die Methoden der Schmerzdiagnostik, die in diesem Kapitel aufgeführt wurden, für die alltägliche Verwendung hilfreiche und vor allem zeitsparende Methoden sind (das Schmerztagebuch ausgenommen), um das Schmerzempfinden der PatientInnen erfassen zu können. Jedoch kann angenommen werden, dass insbesondere durch Rating- und Schmerzempfindungsskalen die subjektive Wahrnehmung des Schmerzes der einzelnen Personen keineswegs erfasst werden kann.

2.6 Konzepte und Modelle des chronischen Schmerzes

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits deutlich, dass chronische Schmerzen viele Dimensionen beinhalten und über das reine Erleben von Schmerz hinausgehen. Vom Zeitpunkt des Auftretens eines akuten Schmerzes bis hin zum Beginn einer Chronifizierung des Schmerzes gibt es zahlreiche Bedingungen und Einflussfaktoren die in diesen Prozess eingreifen. Neben den frühen Schmerzmodellen, die eine sehr einseitige biomedizinische Sichtweise beinhalteten, gibt es heute eine Reihe von Sichtweisen und Modellen, die sich einem multifaktoriellen Anspruch des Schmerzerlebens annähern. Im Folgenden wird eine kleine Auswahl von leicht zugänglichen Konzepten und Modellen dargestellt.

2.6.1 Das biopsychosoziale Konzept des chronischen Schmerzes

Laut dem biopsychosozialen Konzept des chronischen Schmerzes von Kröner-Herwig (2004) bilden die Intensität (Schmerzstärke) und Qualität (affektiv und sensorisch) des Schmerzes und seine Lokalisierung und zeitlichen Merkmale lediglich das Kernstück dieses Krankheitsbildes (Abbildung 5). Dies reicht aber zur Charakterisierung des Syndroms bei Weitem nicht aus.

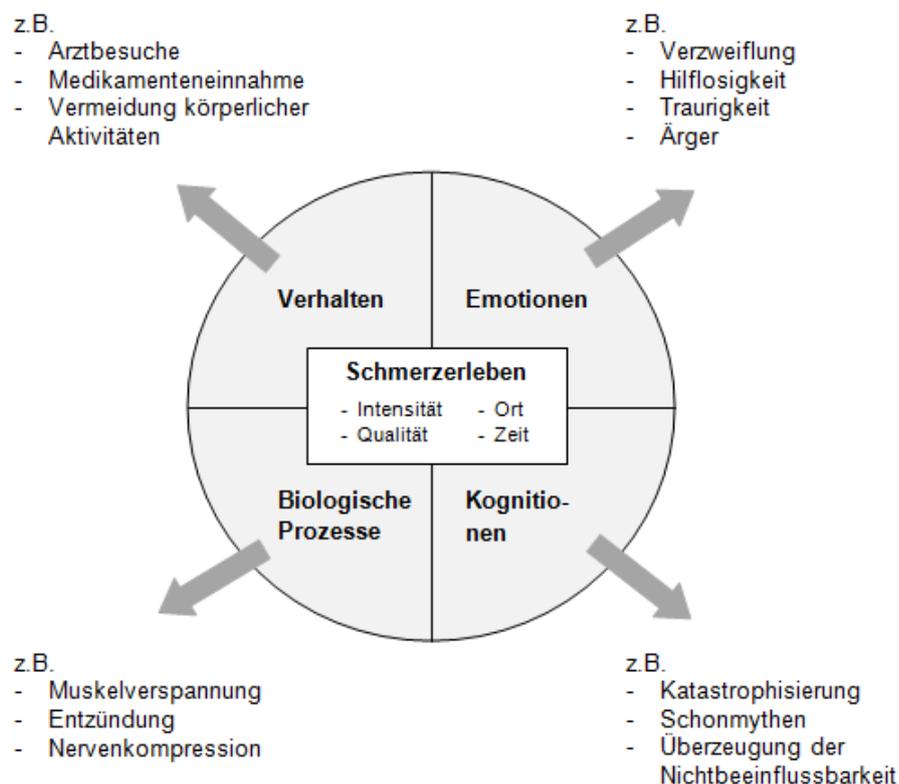


Abbildung 5: Multidimensionales Konzept des chronischen Schmerzes (Kröner-Herwig, 2004, S. 8)

Die Schmerzen haben Auswirkungen auf das Verhalten, die Emotionen und die biologischen sowie kognitiven Prozesse. Die Betroffenen fühlen oft Hilflosigkeit, Traurigkeit und Ärger. Festgefahrene Denkweisen können ihr Handeln beeinflussen und Muskelverspannungen sowie andere körperliche Prozesse können die Schmerzen verstärken (Kröner-Herwig, 2004).

2.6.2 Das Folgenmodell chronischer Schmerzen

Laut Pfingsten und Hildebrandt (2004) kommen bei der üblichen Betrachtung des Problems „Rückenschmerz“ die psychosozialen Komponenten auch in der heutigen medizinischen Versorgung zu kurz. Speziell bei chronischen Erkrankungen treten die ursprünglichen Krankheitsauslöser mit der Zeit in den Hintergrund. Zentral für den weiteren Verlauf ist der Umgang mit der Krankheit. Das traditionelle Krankheitsmodell wird somit abgelöst vom Folgenmodell (Abbildung 6).

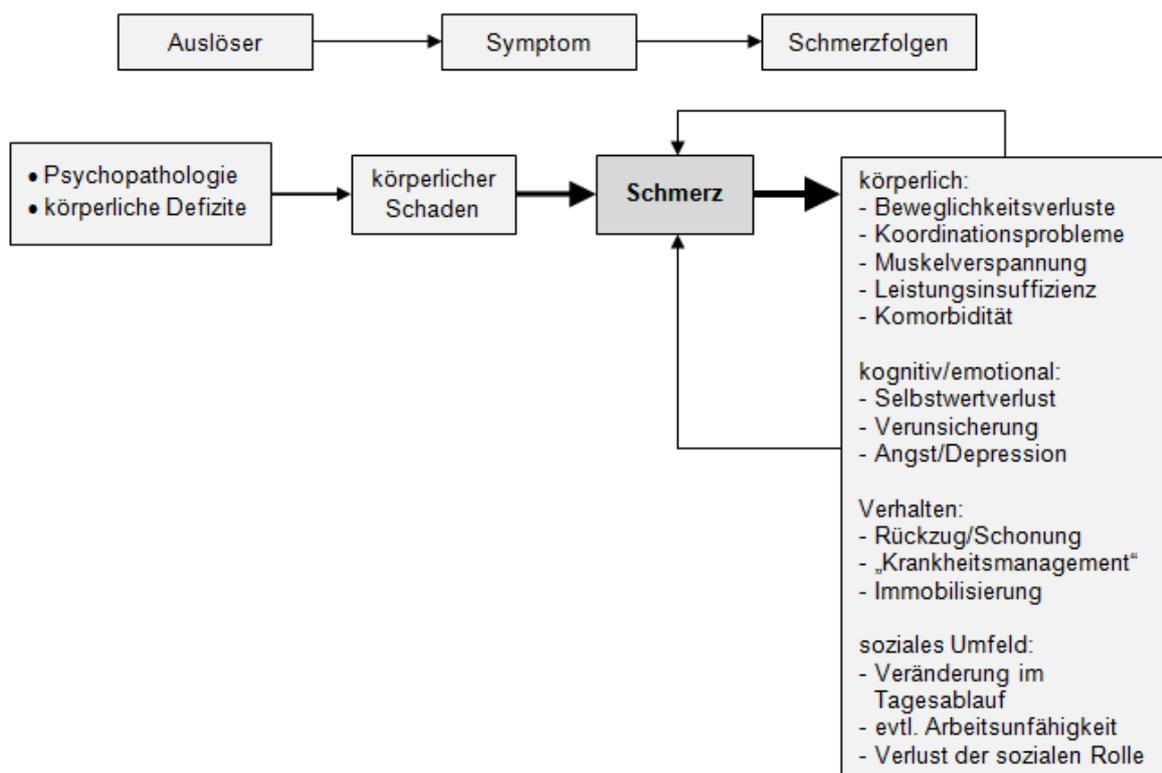


Abbildung 6: Folgenmodell (Pfingsten & Hildebrandt, 2004, S. 403)

Das Symptom Schmerz mit den daraus resultierenden Verhaltensänderungen und Folgen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene muss als eigenständiges Krankheitsbild gesehen werden. Die Auswirkungen auf die verschiedenen Ebenen

begünstigen eine Aufrechterhaltung der chronischen Symptomatik, was sich als „circulus vitiosus“ äußert (Pfungsten & Hildebrandt, 2004).

2.6.3 Das Drei-Ebenen-Konzept von Schmerz

Auch Birbaumer und Schmidt (2010) erklären sich gegen eine Sichtweise von Schmerz, die ihn einseitig auf entweder die physischen oder psychischen Aspekte reduziert. Es gebe keine Schmerzäußerung, die nicht auch eine neurophysiologische Komponente aufweist. Um der Diagnose „psychogene Schmerzen“ keine Chance zu geben, schlagen die Autoren bei der Messung von Schmerz die Betrachtung von drei Ebenen vor:

- subjektiv-psychologische Ebene (z.B. verbale Schmerzäußerungen)
- motorische Verhaltensebene (z.B. Schmerzausdruck, Schonverhalten)
- physiologisch-biologische Ebene (z.B. periphere Muskelspannung nach einer Entzündung)

Die Ausprägungen auf den verschiedenen Ebenen müssen nicht zwingend einen Zusammenhang haben. So können verbale Schmerzäußerungen vorhanden sein, aber die pathophysiologische Ursache ist längst nicht mehr vorhanden. Dies kann die Folge von Lern- und Gedächtnisvorgängen sein, weshalb keine physiologischen Zusammenhänge messbar sind.

Durch die Betrachtung dieser drei Ebenen und deren ausführliche Beschreibung wird der chronische Schmerz laut den Autoren hinreichend erklärbar und die Therapiemöglichkeiten könnten daran angepasst werden. Dabei sei auch das Maß des Zusammenhangs zwischen den Ebenen ein wichtiger Anhaltspunkt bei der Auswahl einer adäquaten Behandlung (Birbaumer & Schmidt, 2010).

2.6.4 Das kognitiv-behaviorale Chronifizierungsmodell

Viele SchmerzpatientInnen, allen voran RückenschmerzpatientInnen, entwickeln ein Vermeidungs- oder Schonverhalten, weil sie glauben, dass Bewegung und Aktivität ihre Schmerzen verstärkt oder verursacht. Diese „angstmotivierte“ Vermeidung wird im lernpsychologischen Sinn „operante Verstärkung“ genannt, da dieses Verhalten oft Gegenteiliges bewirkt und die Schmerzen verstärkt. Die Angst vor Schmerz durch Bewegung ist schwer aus den Gedanken zu löschen, da durch das Vermeidungsverhalten nicht die Erfahrung gemacht wird, dass der Schmerz nicht mit der Bewegung verstärkt wird. Es kommt zu körperlicher Dekonditionierung und die für Rückenschmerz-

patientInnen problematische Fehlhaltung und Schwächung wichtiger Muskelgruppen. Neben den körperlichen Auswirkungen kommt es auch zu Folgen auf der psychosozialen Ebene. Abbildung 7 zeigt wie die kognitiven Vorstellungen auf das gesamte Krankheitsbild Einfluss nehmen und das Vermeidungsverhalten wieder in einen „Circulus vitiosus“ mündet (Pfungsten & Hildebrandt, 2004).

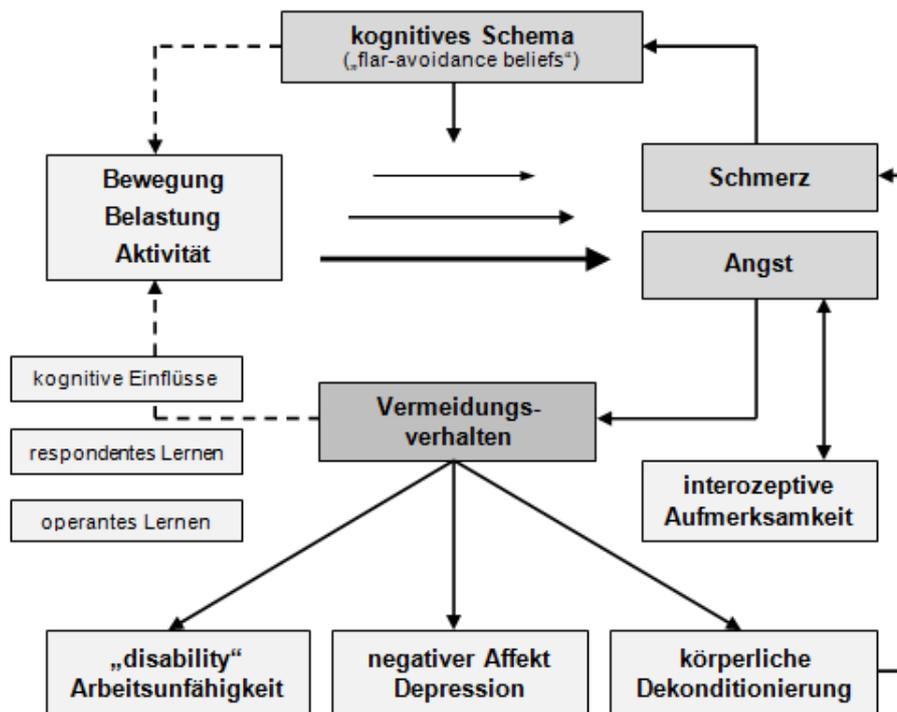


Abbildung 7: Kognitiv-behaviorales Chronifizierungsmodell (Pfungsten & Hildebrandt, 2004, S. 406)

2.6.5 Das fear-avoidance Modell des chronischen Rückenschmerzes

Sowie beim kognitiv-behavioralen Chronifizierungsmodell stellt auch das erweiterte fear-avoidance Modell des chronischen Rückenschmerzes von Kröner-Herwig (2000) den Einfluss von Vermeidungs- und Rückzugsverhalten dar.

Das Grundkonzept des fear-avoidance Modells geht davon aus, dass bestimmte Schmerzüberzeugungen und kognitiv-emotionale Bewertungen von Schmerz und dessen Beeinflussbarkeit zu Beeinträchtigungen führen (Paul, 2005).

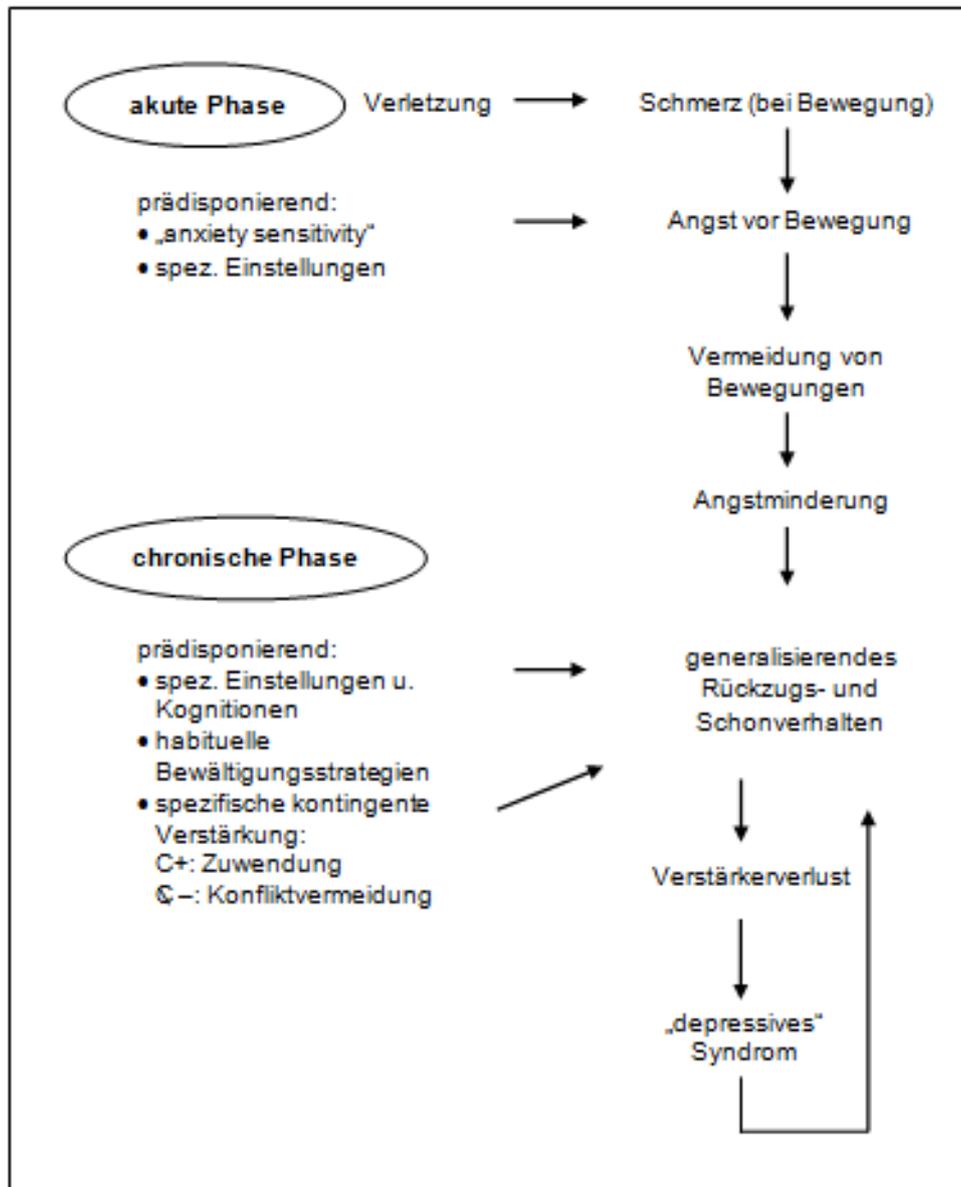


Abbildung 8: Chronifizierung von Rückenschmerzen nach dem fear-avoidance Modell (Kröner-Herwig, 2000, S. 22)

Abbildung 8 zeigt die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Vermeidungsverhalten bei chronischen Rückenschmerzen. Am Beginn der Schmerzerkrankung steht eine akute und meist somatisch begründbare Schmerzattacke. In dieser Phase, beispielsweise bei einem Hexenschuss, sind Bewegungen sehr schmerzhaft und kaum möglich und Schonung ist zur Förderung der Ausheilung ein absolut sinnvolles Verhalten (Kröner-Herwig, 2000).

„Schonung (auf begrenzte Zeit) und Rückzug von bestimmten Aktivitäten können bei akutem Schmerz eine sinnvolle vorübergehende Strategie zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit sein. Wird diese Strategie jedoch auf längere Zeit beibehalten, führt sie auf Dauer gesehen mit großer Wahrscheinlichkeit in die Chronifizierung.“ (Kröner-Herwig, 2004, S. 8f)

Diese Angst vor Bewegung, auch „Kinäsiophobie“ genannt, prägt sich ein und führt zu einem generalisierenden Rückzugs- und Schonverhalten. Immer wieder auftretende Schmerzerfahrungen, zum Beispiel beim Heben eines schweren Gegenstandes, unterstützen diese Denkmuster und somit die „negative Verstärkung“. Aus der reduzierten Aktivität können auch unbewusst Haltungstörungen und falsche Gelmuster (z.B. Nachziehen eines Beines) entstehen. Die Beeinträchtigungen erstrecken sich auch auf die soziale Umwelt, in der durch den Rückzug der Gehalt an Anregungen sinkt und ein „Verstärkerverlust“ auftritt. Diese Umweltverarmung bewirkt depressive Verstimmungen und kann wiederum Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung haben (Kröner-Herwig, 2000).

Die in diesem letzten Kapitel der theoretischen Ausführungen beschriebenen Modelle und Konzepte des chronischen Schmerzes beziehen bereits, abseits von der traditionellen biomedizinischen Sichtweise, die Komplexität und die mehrdimensionalen Auswirkungen des chronischen Schmerzes und Rückenschmerzes mit ein. Der hier vorliegenden Arbeit liegt die Annahme zu Grunde, dass individuelle Schmerzerfahrungen nicht verallgemeinert und durch Kategorien lediglich ein Stück weit erfasst werden können. Im folgenden Kapitel wird dargestellt, welche methodische Vorgehensweise gewählt wurde, um die subjektive Schmerzwahrnehmung von Personen mit chronischen Rückenschmerzen erfassen und darstellen zu können.

3 Methodik und Vorgehensweise

In diesem Kapitel werden die Wahl der Forschungsmethode und die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen erläutert. Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der subjektiven Sichtweise von RückenschmerzpatientInnen, weshalb eine qualitative Herangehensweise gewählt wurde. Zu Beginn dieses Kapitels werden zwei Forschungsmethoden dargestellt, die bei der empirischen Arbeit zum Einsatz kamen. Zuerst wird die Inhaltsanalyse nach Mayring erklärt, die zu Beginn der Forschungsarbeit als Methode der Auswertung gewählt wurde. Anschließend wird die Methode der Grounded Theory erläutert, da die Inhaltsanalyse nach Mayring im Laufe des Forschungsprozesses mit zwei Analyseschritten der Grounded Theory ergänzt wurde. Die Kombination der beiden Ansätze wird eingehend erläutert (siehe Kapitel 3.3.6).

3.1 Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist ein Ansatz, der eine Systematik methodisch kontrollierter Textauswertung bietet. Ein wesentlicher Punkt dieser Methode ist die Arbeit mit Kategorien. Die Aspekte aus der Analyse werden in diese Kategorien gefasst, die genau begründet sind und im Zuge der Auswertung laufend überarbeitet werden. Das Datenmaterial aus den Interviews stellt den Ausgangspunkt der Analyse dar und die Kategorien sollen möglichst eng an den von den InterviewpartnerInnen getätigten Aussagen orientiert formuliert werden. Für eine solche induktive Kategorienentwicklung wird im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ein Ablaufmodell vorgeschlagen, das sich an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse orientiert (Mayring & Gläser-Zikuda, 2005). Das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Durch den Einsatz von Makrooperatoren der Reduktion, wie Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung, wird ein durch diese Methode überschaubarer Corpus der Daten geschaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring, 2000).

3.2 Methode der Grounded Theory

Mit dieser ebenfalls induktiven Methode soll eine erklärungsreiche Theorie über menschliches Verhalten und soziale Prozesse entwickelt werden, die sich der Realität, die sie repräsentiert, so weit wie möglich annähert. (Burns & Grove, 2005; Strauss & Corbin, 1996) Der Term „Grounded Theory“ kann übersetzt werden als „auf empirisches Material gestützte Theorie“, „in den Daten verankerte Theorie“ oder „gegenstandsbezogene Theorie“ (Glaser & Strauss, 2008). Gegenstandsbezogen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Theoriebildung in direkter Auseinandersetzung mit den Daten erfolgt und somit eng am Gegenstand, der Wirklichkeit entwickelt wird (Mayer, 2002). Der Ansatz beruht auf der Theorie des symbolischen Interaktionismus, der davon ausgeht, dass Menschen aufgrund von Bedeutungen, die sie Dingen geben, handeln (Glaser & Strauss, 2008).

Die Datenanalyse beginnt mit dem offenen Kodieren des Materials. In dieser Phase der Auswertung werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen, analysiert und in Bezug auf Ähnlichkeiten und Unterschiede verglichen (Strauss & Corbin, 1996).

Das Ziel dieses Arbeitsschrittes ist es, erste, vorläufige Konzepte zu entwickeln. Durch die Entwicklung von Konzepten kann sich der/die ForscherIn von den Daten lösen, wodurch ein wissenschaftlicher Zugang möglich wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Ähnliche Phänomene werden benannt und zu Kategorien gruppiert (Strauss & Corbin, 1996).

Beim axialen Kodieren werden Kategorien (Subkategorien) genauer ausgearbeitet und bezüglich ihrer Beziehung zu anderen Kategorien analysiert (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Die Daten werden wieder auf eine neue Art zusammengefügt, indem „Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien“ ermittelt werden. Die zwei analytischen Vorgehensweisen des offenen und axialen Kodierens werden nicht getrennt voneinander angewendet, sondern fließend wechselweise in den Forschungsprozess ein. Die Kategorien und ihre Beziehung zu den Daten werden während des Forschungsprozesses laufend überprüft (Strauss & Corbin, 1996).

Der dritte und letzte Analyseschritt in der Grounded Theory wird als selektives Kodieren bezeichnet und beinhaltet die Suche nach der Schlüsselkategorie. In dieser Phase der Analyse werden nur mehr diejenigen Konzepte und Kategorien erfasst, die für diese Schlüsselkategorie relevant sind und für die Theoriegewinnung von Bedeutung sind (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010).

Die Datensammlung und -analyse sind bei der Grounded Theory kontinuierlich verwoben. Daher ist der Umfang des zu untersuchenden Datenmaterials nicht zu Beginn der Auswertung festgelegt, wodurch der Zeitpunkt des Abschlusses des Samplings von dem/der ForscherIn selbst entschieden werden muss. Eine Sättigung ist dann angezeigt,

wenn die Daten eine hinreichend präzise Darstellung des zu untersuchenden Gegenstandes ermöglichen und keine zusätzlichen Daten mehr gefunden werden können (Glaser & Strauss, 2005, 2008).

Die Aussagen über die Beziehung der Kategorien und Konzepte zueinander sind die Basis für die Theoriebildung und werden während der Analyse immer wieder modifiziert und verifiziert. Die endgültige Theorie entsteht durch die Verbindung der zentralen Hauptkategorien, welche schlussendlich auf einer allgemeinen Ebene dargestellt werden (Schaeffer & Müller Mundt, 2002).

3.3 Durchführung der Interviews

3.3.1 Zielgruppe und Einschlusskriterien

Vor Beginn der Feldphase wurden folgende Kriterien für die Auswahl der InterviewpartnerInnen festgelegt:

- Alter zwischen 35 und 65 Jahren
- männlich oder weiblich
- persistierende oder rezidivierende Rückenschmerzen im lumbalen Bereich seit mehr als drei Jahren
- keine spezifischen Ursachen für die Rückenschmerzen
- freiwillige Teilnahme am Interview

Bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Einschlusskriterien wurden neben der Betreuerin auch zwei Physiotherapeutinnen involviert. Die Einschlusskriterien mussten während der Suche nach InterviewpartnerInnen erweitert werden. Die Gründe dafür werden im Folgenden näher erläutert.

3.3.2 Rekrutierung

Die erste Kontaktmöglichkeit zu einer potenziellen Interviewpartnerin entstand durch eine der beiden Physiotherapeutinnen, deren Fachexpertise in die Festlegung und späteren Abänderung der Einschlusskriterien mit einbezogen wurde. Die vermittelte Interviewpartnerin im Alter von 39 Jahren erfüllte alle festgelegten Voraussetzungen, um an der vorliegenden Studie teilzunehmen. Um an weitere potenzielle InterviewpartnerInnen zu gelangen, wurden im Internet Kontaktdaten von OrthopädInnen in Wien recherchiert. Den per telefonischem Anruf kontaktierten ÄrztInnen wurde das Anliegen dieser Studie unterbreitet und die Anfrage nach Weiterleitung der Informationen an PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllen, gestellt. Damit die Anonymität der PatientInnen gewahrt bleibt, wurde eine Möglichkeit gesucht, dass sowohl die behandelnden ÄrztInnen, als auch die Forscherin nicht nachvollziehen können, ob eine Person der Teilnahme zugestimmt hat oder nicht. Es wurde folgende Vorgehensweise gewählt: Den jeweiligen Ordinationen wurden Informationsblätter und Antwortkärtchen (siehe Anhang) sowie eine Antwortbox übermittelt, wodurch die Anonymität und Freiwilligkeit der InterviewteilnehmerInnen gewährleistet werden konnte. Jedoch

gestaltete sich die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen wider Erwarten sehr schwierig. Einerseits wollten einige der im orthopädischen Bereich Tätigen die PatientInnen mit diesem Anliegen nicht zusätzlich „belasten“ und andererseits konnten in den PatientInnenkarteien keine „passenden“ Personen, die die Einschlusskriterien erfüllten, gefunden werden. So schrieb eine Orthopädin nach einem telefonischen Gespräch und der anschließenden Zusendung des Informationsbriefes folgendes:

„Du hast es Dir mit der Auswahl nicht ganz leicht gemacht. Die meisten haben schon massive Ursachen. Vielleicht solltest Du die Auswahlmöglichkeiten erweitern. Die Einzige, die passt bei mir, hat die Schmerzen erst seit ca. Juni.“

Diese Aussage war insofern überraschend, da, wie bereits im theoretischen Teil diskutiert, unspezifische Rückenschmerzen, d.h. Rückenschmerzen ohne eine spezifische Ursache, ein häufiges Leiden in der Bevölkerung darstellen und daher davon ausgegangen wurde, dass die Personengruppe der Betroffenen gerade deshalb bei OrthopädInnen angetroffen werden kann. Das dem, aus Sicht der ÄrztInnen jedoch so nicht war, wäre an sich schon ein interessanter Aspekt für eine tiefergehende Analyse gewesen, aber da der zeitliche Rahmen für die Rekrutierung nicht gesprengt werden sollte, wurden die Einschlusskriterien nach Rücksprache mit der Betreuerin abgeändert. Das Kriterium „unspezifische Ursache“ wurde insofern „verallgemeinert“, als nun alle Personen, die seit einer längeren Zeit an chronischen Rückenschmerzen litten, miteinbezogen werden konnten. Personen, die schon eine Operation an der Wirbelsäule hinter sich hatten, wurden jedoch ausgeschlossen.

Die Einschlusskriterien wurden demnach wie folgt adaptiert:

- Alter zwischen 35 und 65 Jahren
- männlich oder weiblich
- persistierende oder rezidivierende Rückenschmerzen seit mehr als zwei Jahren
- keine bereits durchgeführten Operationen an der Wirbelsäule
- freiwillige Teilnahme am Interview

Nach dieser Anpassung verlief die Suche nach InterviewpartnerInnen etwas besser, so konnten durch die Kontaktaufnahme mit zwei verschiedenen Gesundheits- und Krankenpflegeinstitutionen in Wien zwei Interviewpartnerinnen gewonnen werden. In einer Einrichtung wurde das Anliegen dieser Studie nicht an PatientInnen weitergeleitet, mit der Begründung, dass bereits verschiedene hausinterne Studien im Gange sind und deshalb

keine weiteren Anfragen an PatientInnen getätigt werden können. Bei einer zweiten Einrichtung wurde mit der Erklärung abgelehnt, dass die zeitlichen Ressourcen dafür fehlen. Zwar wurde eine Weiterleitung der Anfrage an PatientInnen abgewiesen, jedoch wurde die Anfrage an MitarbeiterInnen weitergeleitet, die die Kriterien zur Teilnahme erfüllten.

Schließlich konnten durch die Kontaktaufnahme mit einer Trainingseinrichtung in Wien, die gezieltes Rückentraining für SchmerzpatientInnen anbietet, sieben weitere InterviewpartnerInnen gefunden werden.

3.3.3 „Informed Consent“

Der „Informed Consent“ ist die Einwilligung der TeilnehmerInnen vor Beginn einer Studie, die auf Basis einer umseitigen Aufklärung über den Sinn und Zweck sowie die Risiken der Teilnahme erfolgt. Die informierte Zustimmung basiert auf dem ethischen Prinzip der Menschenwürde und wird zum Schutz der TeilnehmerInnen sowie zur Vermeidung von Missverständnissen und Komplikation durchgeführt (Royal College of Nursing, 2005). Die Einverständniserklärung sollte schriftlich festgehalten und von den InterviewpartnerInnen sowie dem/der ForscherIn unterschrieben werden (Mayer, 2002). Um im Rahmen dieser Studie eine freiwillige Teilnahme sicher zu stellen, wurden die TeilnehmerInnen vor Beginn der Interviews über den Sinn und Zweck sowie die genaue Vorgehensweise der Studie aufgeklärt. Den InterviewteilnehmerInnen wurde genügend Zeit gegeben, die Einverständniserklärung zum „Informed Consent“ (siehe Anhang) durchzulesen, um der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme ausreichend Raum zu bieten. In dieser schriftlichen Erklärung über die Details und die Ziele der Studie wurde auch die Betreuerin der Diplomarbeit namentlich genannt, die bei etwaigen noch auftretenden Fragen kontaktiert werden könne. Nachdem offene Fragen beantwortet waren, entschieden sich alle für die Teilnahme an der Studie und unterschrieben die Einverständniserklärung. Es wurden immer zwei Exemplare der Einverständniserklärung zu den Interviewterminen mitgebracht, die jeweils von dem/der InterviewpartnerIn und der Forscherin unterschrieben wurden. Ein Exemplar verblieb bei den TeilnehmerInnen, das andere ging an die Forscherin.

3.3.4 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Insgesamt konnten zehn Personen zu den Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität befragt werden. Durch das größere Interesse

von Frauen an der Teilnahme dieser Studie ergab sich eine ungleiche Geschlechterverteilung bei den Interviews. Es wurden acht Frauen und zwei Männer interviewt. Die Altersspanne der InterviewpartnerInnen bewegte sich zwischen 39 und 65 Jahren. In Tabelle 2 wird eine Übersicht der soziodemografischen Daten des Samples dargestellt. Der Großteil der interviewten Personen berichtete über immer wiederkehrende massive Rückenschmerzen über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen hatte schon seit mehr als 15 Jahren Rückenprobleme, allerdings begannen die stärkeren Beschwerden erst zu einem späteren Zeitpunkt. Bei drei TeilnehmerInnen, die seit mehr als sechs Jahren Rückenprobleme hatten, begann die „akute Phase“ erst innerhalb des zurückliegenden Jahres. Eine Person erzählte mittlerweile nur mehr selten an den früher häufigeren Rückenschmerzattacken zu leiden und blickte mit einem gewissen Abstand auf diese Phase des Lebens zurück. Bei sieben InterviewpartnerInnen wurde die Ursache der Schmerzen von medizinischer Seite auf einen oder mehrere Bandscheibenvorfälle oder -vorwölbungen zurückgeführt. Bei zwei Personen gab es keine spezifische medizinische Diagnose. Unspezifische Rückenschmerzen (d.h. ohne medizinische Diagnose) wurden jedoch auch von den anderen TeilnehmerInnen berichtet, da oft mehrere Schmerzlokalitäten an der Wirbelsäule die Beschwerden verursachten.

Geschlecht	
Weiblich	8
Männlich	2
Alter (in Jahren)	
35 – 40	1
41 – 50	3
51 – 60	4
61 – 65	2
Familienstand	
Ledig	1
Verheiratet	9
Kinder	
1	3
2	2
3	1
Mehr als 3	2
Berufliche Tätigkeit	
Erwerbstätig	8
Erwerbstätig, aber in Krankenstand	1
In Karenz	1
In Pension	1
Medizinische Diagnose	
Bandscheibenvorwölbung	2
Bandscheibenvorfall	5
Unspezifische Rückenschmerzen	3
Schmerzlokalität	
Nur Lendenwirbelsäule	3
Nur Brustwirbelsäule	0
Nur Halswirbelsäule	1
Mehrere Schmerzorte	6

Tabelle 2: Darstellung des Samples der empirischen Untersuchung

3.3.5 Datenerhebung

Als Datenerhebungsmethode wurde das halbstandardisierte Interview gewählt. Bei dieser Interviewart wird der Gesprächsverlauf durch einen Interviewleitfaden gelenkt, der jedoch flexibel einsetzbar ist und an die Interviewsituation angepasst wird (Mayer, 2002). Der Interviewleitfaden dieser Studie (siehe Anhang) diente somit sowohl als Hilfestellung für die Interviewerin als auch für den/die InterviewpartnerIn und wurde anlehnend an die verschiedenen Ebenen der Lebensqualität aufgebaut, damit alle Dimensionen, auf die der Schmerz Einfluss nehmen kann, im Interview angesprochen werden. Fragen zu Kraft und Energie, zu den Nebenwirkungen der Therapie, dazu, wie sich die Beziehungen zur Familie und zu Freunden gestalten und zur Fähigkeit die Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen, können den verschiedenen Dimensionen zugeordnet werden (King & Hinds, 2001b). Zu Beginn des Interviews wurden die InterviewpartnerInnen mit der Frage, wie sich die Rückenschmerzen auf ihre Lebensqualität auswirken, zum freien Erzählen animiert. Wurde das spezifische Krankheitsbild bei der meist sehr ausführlichen Beantwortung dieser einleitenden Fragestellung nicht erwähnt, wurde es im Laufe des Interviews erfragt. Auch wenn bestimmte Bereiche der Lebensqualität von den InterviewpartnerInnen nicht selbst zur Sprache gebracht wurden, wurde versucht, durch genaueres Nachfragen, auf bestimmte Lebensbereiche hinzuführen.

Der Ort und der Zeitpunkt des Interviews konnten von den TeilnehmerInnen frei gewählt werden. Von den zehn durchgeführten Interviews fanden sieben in der Wohnung des/der jeweiligen TeilnehmerIn statt, bei zwei Personen in einem von der jeweiligen Gesundheitseinrichtung zur Verfügung gestellten Raum. Eine Teilnehmerin wählte den Arbeitsplatz als Interviewort. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Mit dem Einverständnis der TeilnehmerInnen wurde jedes Interview aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass das Diktiergerät jederzeit während des Interviews auf Wunsch abgeschaltet werden könne, was aber von keinem/keiner InterviewpartnerIn in Anspruch genommen wurde.

3.3.6 Datenanalyse

Für die Auswertung der Interviews wurde eine qualitative Herangehensweise gewählt, um die subjektive Sichtweise der Betroffenen zu erfassen. Dabei wurden Aspekte zweier Analyseansätze – die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring und die Grounded Theory – verbunden. Da sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse besonders gut eignet, um deskriptives Datenmaterial ohne den Verlust von wesentlichen Inhalten zu reduzieren (Mayring, 2000), wurde diese Methode bei der Konzeptionierung

der vorliegenden Arbeit gewählt. Während der Durchführung der ersten Kodierungen wurde sehr schnell klar, dass die zusammenfassende Analyse zwar die Forschungsfragen beantwortet konnte, jedoch nicht ausreichen würde, um die beabsichtigte, umfassende Darstellung der individuellen Auswirkungen von Schmerzen und deren Konsequenzen erfassen zu können. Es ging der Forscherin auch darum, ein Stück weit darzustellen, wie die verschiedenen Auswirkungen der Rückenschmerzen zusammenwirken und welche Dynamik hinter diesen Einflussfaktoren steht. Deshalb wurde in Rücksprache mit der Betreuerin die Methode von Mayring mit den Schritten des „offenen“ und „axialen“ Kodierens der Grounded Theory ergänzt, um die Kategorien differenzierter ausarbeiten zu können.

3.3.7 Gütekriterien

In der quantitativen empirischen Sozialforschung gibt es bestimmte Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität der Forschungsergebnisse bewerten zu können. Dazu gehören die Gütekriterien „Objektivität“, „Validität“ und „Reliabilität“. Mit der Objektivität wird die Unabhängigkeit der Testergebnisse von dem/der InterviewerIn angezeigt. Ergebnisse sind reliabel, wenn eine wiederholte Messung oder Durchführung der Auswertungsmethode zum gleichen bzw. ähnlichen Resultat führt. Die Validität zeigt an, ob Messinstrumente auch wirklich das messen, was sie messen sollen. Diese Gütekriterien sind jedoch Kriterien, die für quantitative Forschung entwickelt wurden und können nicht ohne weiteres auf die qualitative Forschung übertragen werden (Mayer, 2002).

Burns und Grove (2005) schreiben in ihrem Buch über die unterschiedlichen Gütekriterien in der quantitativen und qualitativen Forschung, dass diese nicht einfach aufeinander übertragbar sind. Die beiden Forschungstraditionen gehen von unterschiedlichen philosophischen Richtungen aus. Die argumentativen Methoden und verwendeten Terminologien in der qualitativen Forschung, bei der das Verständnis des Ganzen im Mittelpunkt steht, unterscheiden sich von der traditionellen quantitativen Forschung.

Die qualitative Forschung wird immer wieder wegen eines „Mangels an Exaktheit“ kritisiert. Diese Kritik hängt mit der Unmöglichkeit zusammen, die Ergebnisse einer qualitativen Arbeit exakt zu replizieren, selbst wenn das gleiche Datenmaterial verwendet wird. Um diesen Bedenken entgegen zu wirken, sind qualitativ Forschende darum bemüht, Strategien zu entwickeln, anhand derer auch andere Forschende zu den gleichen

Schlussfolgerungen gelangen können. Diese Strategien umfassen die Dokumentation der fortschreitenden Analyse sowie der Überlegungen, die hinter den Entscheidungen während des Forschungsprozesses stehen. Dadurch wird die Logik des Forschungsprozesses für andere Forschende nachvollziehbar (Burns & Grove, 2005).

Es wurden mittlerweile einige Gütekriterien für die qualitative Forschung entwickelt. Diese Kriterien weichen zwar je nach AutorIn voneinander ab, jedoch stimmen die Grundaussagen überein. Als Beispiele für Gütekriterien der qualitativen Forschung werden folgende beschrieben:

- *Verfahrensdokumentation* dient zur detaillierten Beschreibung des Forschungsprozesses, damit dieser für andere nachvollziehbar wird. Dies ist wichtig, weil das Vorgehen bei der qualitativen Forschung sehr spezifisch ist und die Methoden bei der jeweiligen Untersuchung meist speziell angepasst oder entwickelt werden.
- *Argumentative Interpretationsabsicherung* bedeutet, dass die Interpretationen mit schlüssigen Argumenten begründet werden müssen. Da Interpretationen nicht wie Rechenoperationen bewiesen werden können, ist dies für die Qualität der qualitativen Arbeit ein notwendiges Kriterium.
- *Regelgeleitetheit* muss auch in der qualitativen Forschung vorhanden sein. Das Material darf nicht willkürlich bearbeitet werden, sondern die Analyse muss einem bestimmten System folgen, welches wiederum dokumentiert werden muss.
- *Nähe zum Gegenstand* ist ein weiteres Gütekriterium qualitativer Forschung. Wenn konkrete soziale Probleme erforscht werden sollen, kann dies nicht rein im Labor oder am Schreibtisch erarbeitet werden. Qualitatives Forschen bedeutet, sich mit der sozialen Wirklichkeit der TeilnehmerInnen der Untersuchung auseinanderzusetzen und in deren Lebenswelt einzutauchen (Mayer, 2002).

Innerhalb dieser Arbeit wurde versucht, die oben genannten Gütekriterien der qualitativen Forschung nach bestem Wissen und Gewissen einzuhalten. Es wurden in regelmäßigem Austausch mit der Betreuerin die laufenden Ergebnisse der Datenanalyse reflektiert und die korrekte Anwendung der Auswertungsmethoden überprüft. Die Interviews wurden systematisch ausgewertet und die entstandenen Kategorien wurden laufend mit dem Grundmaterial verglichen, um zu überprüfen, ob die Kategorien in den Interviews tatsächlich so auffindbar sind. Die Gedanken und Entscheidungen während des Forschungsprozesses wurden in „Memos“ dokumentiert, um den Forschungsprozess nachvollziehbar zu machen, wie es auch im Rahmen der Grounded Theory vorgegeben wird. Die „Memos“ waren auch für eine tiefgreifende Analyse der Daten hilfreich und bereicherten die abschließende Reflexion der Ergebnisse.

4 Darstellung der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Studie interviewten Personen haben über mehrere Jahre, teilweise Jahrzehnte, die Erfahrung gemacht, mit ständigen oder immer wiederkehrenden leichten, stärkeren oder massiven Rückenschmerzen den Alltag zu meistern bzw. zu überstehen. Die Chronifizierung von Rückenschmerzen bedeutet für die Betroffenen eine Reihe von Veränderungen in ihrem Leben, die sich auf der körperlichen sowie psychischen Ebene zeigen. Das Ausmaß an Unterstützung von der Familie, von Freunden und Bekannten und dem Gesundheitspersonal sind prägende Erfahrungen, die die entwickelten Bewältigungsstrategien und die Auswirkungen der Rückenschmerzen auf die Lebensqualität beeinflussen. Die individuellen Erlebnisse und Erfahrungen sind von zahlreichen Aspekten, wie den Lebensumständen und der Persönlichkeit der Betroffenen, beeinflusst. Viele RückenschmerzpatientInnen erleben einen langwierigen Weg bis zur Diagnosestellung oder es kann keine spezifische Ursache für die Schmerzen diagnostiziert werden, was wiederum Auswirkungen auf die Reaktionen des Gesundheitspersonals haben kann.

In der vorliegenden Arbeit wird die Komplexität der Erfahrung, mit chronischen Rückenschmerzen zu leben, offen gelegt. Nur durch die Sprache der Betroffenen kann die subjektive Wahrnehmung erfasst werden, weshalb in den folgenden Kapiteln die Zitate der InterviewpartnerInnen ein Hauptelement der Ergebnispräsentation darstellen.

4.1 Einflussfaktoren

Gesundheitliche Probleme beeinflussen die Betroffenen auf meist unterschiedlichen Ebenen. In der folgenden Darstellung werden die Einflussfaktoren von Rückenschmerzen auf der physischen und psychischen Ebene dargestellt.

4.1.1 Einflussfaktoren auf physischer Ebene

Die körperlichen Auswirkungen der Rückenschmerzen sind zunächst einmal abhängig vom individuell erlebten Schmerzcharakter. Nebenwirkungen von Therapien können den Körper zusätzlich belasten. Auf der körperlichen Ebene können Schmerzen dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr wie gewohnt ausgeführt werden können und die Schlafqualität sinkt. Die Freizeitgestaltung wird durch Schmerzen oftmals eingeschränkt und die Intimität in der Beziehung zum Partner oder der Partnerin kann unter der körperlichen Beeinträchtigung leiden.

4.1.1.1 Schmerzcharakter

Rückenschmerz ist nicht gleich Rückenschmerz. Die individuelle Komponente dieser Schmerzerfahrung wird schon bei der Schilderung des Ausmaßes und der Art von Rückenschmerzen deutlich:

„...vor allem beim Sitzen ist das schlimm, weil da fängt das zu brennen an, der ganze Rücken bis in den Fuß rein und das macht mir die Beschwerde. Und beim Stehen, wenn ich länger stehe, beim Bügeln oder beim Kochen, sind auch Beschwerden da...“ (IP8 / w / 65)

In welcher Position die Intensität des Schmerzes zu- oder abnimmt, wird von Person zu Person unterschiedlich erlebt:

„Man kann gar nicht sagen Dauerschmerz, aber also es war oft beim Stehen oder Sitzen eigentlich besser ja, aber gerade so beim Hinlegen, wo ich mir gedacht habe, das wäre eigentlich eine Entspannung müsste da sein, war das etwas, wo ich mir gedacht habe, es tut nur weh ja, also die komplette Wirbelsäule das war einfach nur mehr, es hat nur mehr weh getan. Und das war eigentlich schon, wo ich mir gedacht habe ‚ah‘. Man hat sich eigentlich gar nicht mehr ausrasten können.“ (IP5 / w / 48)

Bei der Schmerzintensität spielt die zeitliche Komponente eine wesentliche Rolle. Der Schmerz kann permanent vorhanden, phasenweise abwesend sein oder phasenweise intensiv auftreten:

„Tatsache ist es dass ich in den drei Jahren eigentlich fast permanenten Schmerz hab, der nicht besser wird...“ (IP1 / w / 39)

Eine andere Interviewpartnerin erzählt über die Schmerzintensität Folgendes:

„...ein Bandscheibenvorfall, das ist halt ein Schmerz, der teilweise permanent ist wo man weder sitzen liegen oder irgendwas kann ohne Schmerzen, ah, der dann aber auch wieder teilweise ohne Schmerzen ist, das ist so ein, je nachdem wie sich der Druck auf die Nerven halt auswirkt.“ (IP4 / w / 63)

Eine weitere Teilnehmerin drückt den individuell erlebten Schmerzcharakter in folgender Weise aus:

„...wenn es dann so Phasen gibt wo es ganz extrem wird ja, weil wenn man einmal an dem leidet und Kreuzschmerzen hat dann gibt es ja wirklich diese Momente, wo es einem einen Stich gibt ja, bei einer geringen Bewegung und wo man dann eigentlich ja gleich auf Wochen ganz außer Gefecht gesetzt ist ja, also ich hab dann wirklich so Momente gehabt wo ich sag zwei drei Wochen hab ich mich dann fast überhaupt nicht bewegen können, da hat Sitzen sogar wehgetan ja, also und da geht's dann schon sehr auf die Psyche und das ist dann immer wieder da ist man so ganz weit unten, und dann braucht man wieder so ganz langsam bis man wieder so halbwegs in den Alltag einsteigen kann und wenn man natürlich weiß wie das einmal ist wenn das so ‚zack‘ geht ja, dann ist das natürlich was, sobald das wieder verstärkt kommt, hat man das immer so im Hinterkopf...“ (IP5 / w / 48)

Die Linderung der Schmerzen auf ein zumindest „ertragbares“ Level ist für die Steigerung der Lebensqualität von Personen mit chronischen Rückenschmerzen eine offenkundige Notwendigkeit:

„...es gehört eigentlich schon zur Lebensqualität dazu, dass die Bewegungsfreiheit zumindest von der Schmerztendenz akzeptabel ist, also

wenn ein bissal was zwickt dann geht's, es soll zumindest das ein bisschen gelindert werden, das wär schon für mich eine Lebensqualität.“ (IP10 / w / 59)

Wie diese Linderung der Schmerzen bewerkstelligt werden kann, muss an die individuellen Bedürfnisse der SchmerzpatientInnen angepasst werden.

4.1.1.2 Nebenwirkung von Therapien

Die Einnahme von Medikamenten gegen die körperlichen Schmerzen verläuft nicht immer nebenwirkungsfrei. Diese Nebenwirkungen treten nicht bei allen Personen auf bzw. wenn sie auftreten, können sie in unterschiedlicher Intensität zu Tage treten. Nebenwirkungen können durch Maßnahmen wie der Einnahme eines zusätzlichen Medikaments gelindert werden oder auch unvermeidbar sein:

„...das hab ich aber dann nimmer vertragen weil ich so Magenprobleme gekriegt hab, und jetzt schluck ich halt Voltaren mit Magenschutz wenns notwendig ist.“ (IP3 / w / 55)

Eine andere Interviewpartnerin hat folgende Erfahrung mit Nebenwirkungen von Medikamenten gemacht:

„Na gut, probiern mas halt einmal (mit diesem Pflaster), mein Mann war damals im Nachtdienst und ich bin heimgekommen am Abend von der Arbeit halt und hab mir gedacht am Abend wennst ins Bett gehst gibst dirs rauf, kann ja nix schifgehn, bick ich mir des rauf, in der Früh ich war total ich war wirklich high. Ich war total ich weiß nicht wie wenn ich irgendwelche Drogen genommen hätte. Das Zimmer ist, ja, herumgegangen, einen Drehschwindel gehabt, ich hab alles doppelt und dreifach gesehen, a mords Übelkeit gehabt.“ (IP1 / w / 39)

4.1.1.3 „Für alles noch mehr Kraft brauchen“

Einige InterviewpartnerInnen schildern die Auswirkung, dass die Schmerzen körperliche Kraft rauben und für die Tätigkeiten während des Tages, beispielsweise für Einkaufen und Kochen, mehr Kraft aufgewendet werden muss. So können durch die zusätzliche Schmerzbelastung nicht nur körperliche Anstrengungen, sondern auch seelische Belastungen nicht so leicht bewältigt werden. Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen spricht

von den kraftraubenden Aspekten von Rückenschmerzen. So meint eine Interviewpartnerin ganz treffend:

„...man braucht für alles noch mehr Kraft im Grunde genommen weil die auf der anderen Seite weggenommen wird [...] hat halt auch zu wenig Kraft andere Belastungen irgendwie, ja zu bewältigen [...] oder wenn das sehr starke Schmerzen sind, dann kann man andere Belastungen gar nicht mehr aushalten.“ (IP4 / w / 63)

4.1.1.4 „Normale“ alltägliche Dinge (nicht) erledigen können

Die Mehrbelastung durch die Schmerzen kann dazu führen, dass die Aktivitäten des täglichen Lebens mit größerer Anstrengung verbunden sind, oder auch gar nicht durchgeführt werden können:

„Manchmal muss ich ehrlich sagen ist mir zum Schreien, weil da kann ich mir oft nicht einmal die Zähne putzen in der Früh...“ (IP1 / w / 39)

Die Frau, von der diese Aussage stammt, leidet seit drei Jahren an fast permanentem Schmerz, der in ihrem Tagesablauf einen großen Platz einnimmt:

„...so die Alltagssachen, man steht auf in der Früh, man geht ins Badezimmer, wascht sich das Gesicht oder frisiert sich und tut sich eben Zähne putzen was eben so normal ist, ne. Da brauch ich oft einen ganzen Vormittag, wenns mich wirklich so, wenn ich mich nicht bewegen kann, ja dann lauf ich halt mit dem Nachthemd herum und mit dem Bademantel, ich mein sieht mich eh keiner, ist eh egal, aber manchmal ist es wirklich zum Verzweifeln.“ (IP1 / w / 39)

Ob die „normalen“ alltäglichen Dinge erledigt werden können oder nicht, hat starke Auswirkungen auf die gefühlte Lebensqualität der Personen, die im Alltag mit mehr oder weniger starken chronischen Rückenschmerzen zu tun haben:

„Es hat schon Phasen gegeben, puh da hab ich nicht einmal beim Mittagessen sitzen können, des war ein Schmerz das ist durchgefahren, ich hab dann Mittag gegessen da steh ich dann in der Küche. Weil ich einfach nicht sitzen hab können. Hab ich mir gedacht das kanns nicht sein.“ (IP1 / w / 39)

Auch folgende Teilnehmerin kann alltägliche Dinge besser im Stehen verrichten:

„...wenn ich sitze, ists eigentlich eher beeinflusst, beim Kochen, Bügeln geht's. Halte ich es durch, also es ist nicht so [...] das mit dem Sitzen ist das Schlechteste.“ (IP8 / w / 65)

Zwei weitere Interviewpartnerinnen sehen bei der Verrichtung der alltäglichen Dinge hauptsächlich die größere Anstrengung als belastend an:

„...der Tagesablauf bleibt im Grunde genommen, man hat halt nur eine größere Anstrengung, dass man es schafft.“ (IP4 / w / 63)

„Naja der Tagesablauf der geht irgendwie, sofern ich nicht, schwer tragen muss.“ (IP10 / w / 59)

4.1.1.5 Einflussfaktor Schlafqualität

Die Beeinflussung des Tagesablaufs durch die Schmerzen kann sich darüber hinaus auch noch auf die Nacht auswirken:

„...ich hab auch nicht einen Ablauf. Also wenn manche sagen, weiß ich nicht, ich steh um halb sechs auf und weiß nicht leg mich um halb zehn am Abend nieder, steh um halb sechs auf und geh halt dann in die Arbeit, das ist bei mir naja ok, ich steh manchmal weiß ich nicht um halb drei in der Früh auf und leg mich wieder um halb sechs nieder, ne? Weil ich die ganze Zeit am Gymnastikball gesessen bin oder herumgefahren bin, weil der Schmerz überwogen hat, weil ich einfach nicht schlafen hab können...“ (IP1 / w / 39)

Der Schmerz hat bei vielen interviewten Personen nicht nur Einfluss auf das „tägliche“ Leben, sondern auch und insbesondere auf die nächtliche Ruhephase, was die Lebensqualität massiv vermindern kann:

„...ja das ist dann noch eins drauf. Wenn man da im Bett nicht gscheit liegen kann, das ist so der letzte Rückzugspunkt und wenns dort auch nicht richtig klappt, dann ist das noch schlimmer, ...“ (IP4 / w / 63)

Auch die Auswirkungen auf den Schlaf sind individuell sehr verschieden und werden ganz unterschiedlich erlebt:

„Schlafen tu ich in den drei Jahren schon gar nix mehr [...] aber das ist unabhängig von der Zeit her ob ich jetzt dann um neun auf Nacht schlafen geh oder um Mitternacht oder um drei in der Früh, ich hab schon einiges versucht, das ich sag ich schlaf jetzt, jetzt bin ich wirklich extrem müde, dass ich schlafen kann. Keine Chance. So circa wie gesagt drei Stunden dann beginnt das...“ (IP1 / w / 39)

Im Gegensatz dazu hat folgende Teilnehmerin keine starken Probleme bezüglich der Schlafqualität:

„Schlaf muss ich sagen habe ich Gott sei Dank bei meinen Schmerzzeiten immer so gehabt, dass ich relativ gut schlafen habe können ja. Für mich ist wirklich nur eher Einschlafphase und umdrehen, dass ich sage ‚ah‘, und sobald ich dann meinen Punkt wieder gefunden habe, ich habe immer gut einschlafen können ja. Und ja, das ist eigentlich halb so wild gewesen. (IP5 / w / 48)

Eine andere Teilnehmerin hat wiederum speziell in der Nacht Beeinträchtigungen, die durch ihre chronischen Rückenschmerzen ausgelöst werden:

„...und es ist komischerweise nicht so im Tagesablauf sondern es ist einfach wenn ich flach liege, im Bett, dann ist es wirklich extrem, und da wälz' ich mich auch und bis ich dann endlich eine richtige Schlafstellung hab, ahm das ist ein bisschen mühsam geworden, ich mein ich schlaf dann schon ein, aber es ist nicht so, dass ich mich hinleg und da gemütlich einschlaf, das ist es nicht mehr...“ (IP10 / w / 59)

4.1.1.6 (Keine) Einschränkungen in der Freizeitgestaltung

Neben den essentiellen Dingen wie den Aktivitäten des täglichen Lebens und dem Schlaf gehören auch die Möglichkeiten in der Freizeitgestaltung zur Lebensqualität. Körperliche Beschwerden, die ein chronisches Stadium erreichen, führen dazu, dass früher gerne ausgeführte Aktivitäten und Hobbys eingeschränkt oder gar aufgegeben werden müssen:

„...das wird dann alles zum Problem das wird einfach, man muss sich auch so reduzieren in vielen Dingen, ne, kann viele Dinge einfach nicht machen, nicht mitmachen und so, das ist, das ist sehr einschränkend ja. [...] eine Zeit lang ist es mir unmöglich gewesen in ein Kino oder in ein Theater zu gehen, weil ich nicht sitzen konnte so lange. Reisen mit dem Auto waren extrem anstrengend und schwierig und die Haushaltsverrichtungen sind natürlich auch extrem, weil ja die immer irgendwie auf den Rücken gehen, und es wird halt alles kompliziert und ja, extrem anstrengend...“ (IP4 / w / 63)

Auch bei der Freizeitgestaltung wird die Einschränkung unterschiedlich erlebt. Besonders aktive Personen, die beispielsweise gerne Tennis spielen und Auslandsreisen machen, werden eine stärkere Einschränkung in der Freizeit fühlen, als Personen, die auch schon vor Beginn der chronischen Schmerzen in der Freizeit gerne einen Fernsehabend zu Hause verbrachten oder andere ähnliche „rückenschonende“ Aktivitäten durchgeführt haben. Dabei sei aber wieder angemerkt, dass für die eine Person die sitzende oder liegende Position auch eine Schmerzsteigerung verursachen kann und demgegenüber ein Spaziergang die bessere Variante ist:

„Wir haben einen Hund. Mit dem gehen wir dreimal am Tag spazieren, gehen wir an der Donau entlang, Urlaub fahren wir halt zweimal im Jahr, in Tirol sind wir wandern gegangen, das wandern macht mir nix. Das ist sogar gut für mich.“ (IP8 / w / 65)

Für diese Frau sind die Auswirkungen der Schmerzen auf die Freizeit nicht so präsent, da die Freizeitaktivitäten gleich geblieben sind und sie durch den Rückenschmerz dabei nicht beeinflusst wird. Im Gegenteil: Die Schmerzen werden durch Wandern reduziert. Müssen durch die Schmerzbeeinträchtigung Abstriche in der bisherigen Freizeitgestaltung gemacht werden, wird die Einschränkung stärker empfunden:

„...wir haben Urlaub stornieren müssen, weil wir nicht fahren können so weit, Fliegen ist ein Risiko, man weiß nicht was im Urlaubsort ist wenn das akut wird dort, was macht man dann, gut Ärzteflugambulanz, aber mit Kindern...“ (IP6 / m / 43)

Eine andere Teilnehmerin äußert sich diesbezüglich folgendermaßen:

„Wir haben auch viele Sachen gemeinsam gemacht, mein Mann und ich, mit Rad fahren und so ja, und haben halt, oder Tennis spielen ja, und im Prinzip streicht man diese Dinge dann, ja, und das sind halt auch, wenn das dann über längere Zeit dauert, dann ist das etwas was ein bisschen belastet, sagen wir so, ja.“ (IP5 / w / 48)

4.1.1.7 Einschränkungen in der Sexualität

Bei den körperlichen Einflussfaktoren spielen auch Einschränkungen in der Sexualität eine nicht geringe Rolle:

„...das war wirklich sehr sehr schwierig, weil ja dieser permanente Schmerz alles überlagert hat. Das Geschäft, die Familie, die Partnerbeziehung bis hin zur Sexualität alles überlagert...“ (IP6 / m / 43)

Eine andere Teilnehmerin empfand insbesondere diese Einschränkung in der Sexualität als enorme Belastung:

„...ein Jahr keine Sexualität, das hat mein Mann wirklich mitgemacht, und das war für mich eine große Belastung kann man so sagen, es war ein ganzes Jahr NICHTS. Das war unmöglich, wir haben ein Wasserbett zu Hause ich hab nicht einmal alleine aufstehen können, mich nicht niederlegen können alleine, es war schlimm...“ (IP2 / w / 49)

Ein Mann berichtet Folgendes:

„Also schon Intimität, also es kommt drauf an, wenn´s jetzt um Sex geht, den kann man streichen, ja weil wie soll man sich bewegen, na, will ja keiner mehr. Aber da Händchen halten, küssen sowas, das geht schon. Aber geht auch stark zurück, weil man eigentlich gar nichts mehr will und eben nur eins, man will gesund sein, sich bewegen können und das erledigen, was man muss...“ (IP6 / m / 43)

4.1.2 Einflussfaktoren auf psychischer Ebene

Die physischen und psychischen Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen sind eng verwoben. So entstehen aus den körperlichen Einflussfaktoren psychische Einflussfaktoren, die wiederum Auswirkungen auf die physiologische Komponente des Schmerzgeschehens haben können. Die Chronifizierung eines Schmerzphänomens bringt eine Reihe von Ängsten über den Verlauf dieses gesundheitlichen Problems mit sich, welches nicht selten von einem langwierigen „Therapiemarathon“ begleitet sein kann. Gefühle der Abhängigkeit von Mitmenschen und der Einfluss auf die Stimmung der Betroffenen können familiäre sowie freundschaftliche Beziehungen beeinflussen. Individuell gibt es, von den Lebensumständen abhängig, weitere Belastungen, wie finanzielle Sorgen oder Herausforderungen im Beruf, die auf der psychischen Ebene wirksam werden. Demgegenüber können positive Erfahrungen, beispielsweise bei der Therapie der Rückenschmerzen, negative psychische Auswirkungen verringern.

4.1.2.1 Ängste

Neu auftretende oder chronisch werdende Rückenschmerzen machen den Betroffenen Angst. Sie fühlen sich hilflos und ausgeliefert, insbesondere wenn ungewiss ist, wie sich die Schmerzen weiter entwickeln, wann und wie sie wieder kommen und welche Einschränkungen sie mit sich bringen werden. Wie groß diese Ängste sind, ist stark von den früheren Schmerz- und Krankheitserfahrungen der Betroffenen abhängig:

„...wie ich den Bandscheibenvorfall gehabt hab, wie ich mit dem Taxi nach Hause gefahren bin hab ich mir gedacht na bravo, ist die nächste Operation, also so war mein Gedanke, jetzt geht das los, also ich hab mit dem Bewegungsapparat vorher nie Probleme gehabt [...] das war plötzlich mit einem Schlag aus und die größte Angst war das jetzt die Operationen da beginnen und wie gesagt ich hab schon genug Operationen [...] Und, es ist schon eine Welt in mir zusammengebrochen, na super jetzt beginnt ein neues Thema, Bewegungsapparat-Probleme...“ (IP2 / w / 49)

Das Gefühl, den Schmerzen machtlos ausgeliefert zu sein wird in folgenden Aussagen deutlich:

„...die Belastungen sind halt die dauernden Schmerzen, immer wieder Schmerzen, gegen die man eigentlich auch nix machen kann, weil man kann ja nicht so Schmerzmittel ständig nehmen.“ (IP4 / w / 63)

„Was machen´s wenn ein Kind wo runterfällt, man kommt nicht einmal hin, man kommt nicht einmal zum Handy [...] furchtbar ja, man liegt da am Boden und kann nichts tun...“ (IP6 / m / 43)

„...naja es ist dann letztendlich bei der Untersuchung kein Ergebnis rausgekommen und mit dem muss ich leben...“ (IP3 / w / 55)

Die Angst durch die Ungewissheit, welche Ursache die Schmerzen haben und zu welchem Zeitpunkt sie wieder auftreten werden, empfindet auch folgender Interviewpartner:

„...ich weiß nicht, kommt´s wieder, ich weiß nicht, ah wird das überhaupt jemals irgendwie wieder so, dass man wieder alles machen kann, derweil kann ich nicht auf Urlaub fahren, es ist ja undenkbar...“ (IP6 / m / 43)

Diese Aussage zeigt auch deutlich, dass die Ängste, die dieser Ungewissheit entspringen, den möglichen Risikofaktor für die Entstehung einer Depression mit sich bringen können. Selbst in einer schmerzfreen Phase ist der Schmerz durch die Angst oder auch das Wissen, dass er wieder kommt, immer präsent:

„Der Gedanke ist, wenn man dann so gar nicht mehr kann ja, und jede Bewegung wehtut, ah das hat man dann schon im Hinterkopf und damit, ist man dann oft schon so vorsichtig und man spürt es auch wieder, dass es jetzt wieder schlechter wird ja, also das hat man dann schon irgendwann im Gespür, wenn man das schon lange gehabt hat ja, und das tut natürlich, das ist dann schon irgendwie so ein, ein psychisches Problem auch ja, wo man so ,ah, ah, ich will nicht schon wieder irgendwie so gar nicht können, ja...“ (IP5 / w / 48)

Ist der immer wiederkehrende Schmerz auf eine bestimmte Zeit, wie zwei oder drei Tage beschränkt und somit „eher“ kontrollierbar, können die Betroffenen besser damit umgehen. Die Ungewissheit ist eine sehr starke psychische Belastung:

„...das gibt ein Gefühl der Sicherheit, wenn man weiß man hat eine Phase wo man damit zu tun hat und ja gut, das ist dann leichter irgendwie zu ertragen. Aber so, grade so Dinge wo man nicht weiß was das ist und wie man das jemals wieder weg kriegt oder so was, das ist sehr belastend...“ (IP4 / w / 63)

Auch die einmal erfahrene starke Intensität der Schmerzen wirkt sich auf die Angst und die Unsicherheit aus, wann und in welcher Weise sie wieder kommen werden:

„Gott sei Dank geht's, hab ich nicht mehr, wart ich jetzt wieder. Ich hab immer wieder Angst dass wieder, so wie ich gehabt habe, so vor den Weihnachten...“ (IP7 / w / 51)

4.1.2.2 Therapiemarathon

In nahezu allen durchgeführten Interviews wird deutlich, dass ein sehr belastender Aspekt das Abklären der Schmerzursache und die Suche nach einer wirkungsvollen Behandlung ist:

„...naja da hab ich schon verschiedene Sachen probiert, weil du fangst halt einmal an, ah mit dem Orthopäden [...] dann macht man halt so ein Arztradel durch, das ist halt, man versucht halt, von verschiedenen in verschiedenen Richtungen das bestmögliche herauszuholen.“ (IP10 / w / 59)

Eine andere Interviewpartnerin, die neben einem Bandscheibenvorfall auch unspezifische Schmerzen in der Lendenwirbelsäule hat, berichtet Folgendes:

„Und es treten halt immer wieder irgendwelche Defekte auf, die man wieder beheben muss, und das Erkennen und Abklären dieser Defekte ist oft sehr langwierig, weil die Ärzte das eigentlich nicht oftmals nicht gleich diagnostizieren können, das letzte massive Problem, das ich gehabt habe, da habe ich zwei Jahre gebraucht, um das überhaupt herauszufinden, was das ist, und es waren sehr sehr starke Schmerzen, sodass ich viele Dinge einfach gar nicht mehr machen konnte“ (IP4 / w / 63)

Zeigt die verschriebene Therapie keine Wirkung, sind SchmerzpatientInnen oft enttäuscht oder verärgert und fühlen sich von den ÄrztInnen nicht gut behandelt:

„...dann haben wir den Notarzt gerufen, auch eine interessante Erfahrung, da kommt dann meistens ein Allgemeinmediziner eh klar, weil warum sollt da ein Orthopäde kommen und der hat mir dann auch eine Spritze gegeben, die gar nicht gewirkt hat und dann mitten in der Nacht haben wir dann die Rettung gerufen...“ (IP6 / m / 43)

Die Mehrzahl der InterviewpartnerInnen bemängelt, dass nicht auf ihr individuelles Schmerzphänomen eingegangen wird. Viele SchmerzpatientInnen haben schon Erfahrungen mit verschiedenen Therapien und wissen nach einiger Zeit, ob diese wirken oder nicht:

*„Dann wurden mir immer wieder irgendwelche ah, Therapien empfohlen, die dann auch teilweise von der Krankenkasse bezahlt worden sind, aber die überhaupt keinen Effekt gehabt haben [...] wo man einfach abgeschoben wird in irgendwelche Standardtherapien. Viele Ärzte haben schon dieses physikalische Institut dabei, und da kriegt man dann so einen 10er-Block und dann kann man da hingehen und das ist für mich die reine Zeitverschwendung. Und das hat noch nie irgendwie gewirkt. Und die behaupten immer, das wirkt, und ich kann das nicht nachvollziehen, das ist einfach, aus meiner Sicht wirkt das einfach überhaupt nicht [...] gerade diese elektrophysikalischen Therapien sind für mich völlig schleierhaft, was das bewirken soll, das ist mir einfach nicht klar, ah, weil das auf mich, außer dass ich da immer wieder 10mal hingehen musste und irgendwelche Apparate an mich angeschlossen worden sind und der Schmerz weder besser noch schlechter oder irgendwas war, also das halt ich für einen Unsinn, aber bitte. Und sonst, die Therapien, die ich sonst eben gewählt habe, das waren immer so genannte Alternativtherapien und die haben immer sehr gut gewirkt“
(IP4 / w / 63)*

Besonders bitter ist es auch für die folgende Schmerzpatientin, da ihr Körper auf bestimmte Schmerzmittel nicht mehr anspricht:

„...bin auf nichts wirklich mehr angesprochen. Oraltherapie hat sowieso nichts mehr geholfen. Also die habe ich auch schlucken können, egal ob Tropfenform, Tablettenform, das war ganz egal, das ist immer stärker und stärker worden [...] dann war ich eben beim Orthopäden in Behandlung. Da hab ich dann immer wieder auch Infiltrationen bekommen, aber gezielt eben, dass die Nervenwurzel angestochen wurde. Ah, ja, das hat aber auch nicht wirklich was geholfen, in dem Sinn, also es war kurzfristig halt immer nur, naja vielleicht zwei, drei Stunden, das war mal, ja zu Beginn her, dass man sagt ich hab endlich mal eine Erleichterung sozusagen. Ah, wobei er gemeint hat, das sollte eigentlich viel länger anhalten, dann bin ich halt wieder zu ihm

gegangen, bis er dann irgendwann gesagt hat, nein, er kann mich nicht zu Tode stechen, es hilft nichts mehr...“ (IP1 / w / 39)

4.1.2.3 Positive Erfahrungen mit Therapien

Demgegenüber können positive Erfahrungen mit Therapien die psychische Belastung der Schmerzen lindern. Denn Therapien werden nicht nur auf der körperlichen Ebene wirksam, sondern haben auch Einfluss auf die psychische Ebene:

„Die Kur hat mir sehr geholfen, ja. Ich muss sagen ich war fast ein Jahr beschwerdefrei, immer. Weil das war wirklich super, das sind drei Wochen und da hast wirklich alles durchgemacht [...] Also das hat sehr geholfen.“ (IP8 / w / 65)

Eine andere Interviewpartnerin, die ihre Rückenschmerzen neben der körperlichen Komponente auch als Folge von psychischen Belastungen sieht, hat die verschriebene Kur ebenfalls sehr positiv erlebt:

„...ganz einfach dass man jetzt weg ist von zu Hause vom Beruf vom Stress ah das war das allerbeste und ich hab mich so gut erholt, man hat überhaupt keine Sorgen, wenn man in Urlaub fährt mit der Familie hast andere Sorgen, musst schaun dass Ordnung ist im Zimmer oder du musst was organisieren, das war für mich Urlaub hoch zwei [lacht], weil ich mich wirklich entspannen konnte, ich war weg von allem, Nachrichten hab vielleicht auch nicht geschaut, ich hab viel gelesen, und, es war überhaupt absolut kein Stress, es war wirklich ganz ganz schön für mich. Und ich war wirklich erholt, hab keine Schmerzen gehabt wie ich zurück gekommen bin.“ (IP3 / w / 55)

Neben den oft nicht oder nicht ausreichend wirksamen „Standardtherapien“, die von OrthopädInnen verschrieben werden und deren Kosten auch von der Krankenkasse übernommen werden, gibt es auch zahlreiche alternative Methoden zur Schmerztherapie. Oft spielt der Zufall mit, dass PatientInnen eine für sie wirksame Methode entdecken oder ÄrztInnen finden, die erkennen, welche Therapie für den individuellen „Fall“ passen könnte:

„...zum Schluss bin ich eigentlich durch Zufall zu einem Arzt gekommen weil ich wieder mal gesagt habe, das halt ich nicht aus, mir kann niemand sagen

was es ist und ah, ja ich weiß auch nicht, er hat irgendwie dann die Eingebung gehabt, mich dann zum einen Kollegen zu schicken, und der hat das dann gerichtet und das war ein kurzer Eingriff von ein zwei Stunden und dann war es weg.“ (IP4 / w / 63)

Auch die folgende Frau berichtet über ein eher „zufälliges“ Finden der für sie wirksamen Behandlung:

„...eine Nachbarin, die Dermatologin ist und Akupunktur betrieben hat damals noch, und die hat zu mir gesagt, nach einem Jahr hat sie das gesagt, probieren wir es mit Akupunktur, und nach einer Behandlung war ich, geheilt. Also das war wirklich ein Wunder, sie hat gesagt, das darf ich gar nicht weiter sagen sonst rennens mir die Tür ein, und das ist nicht üblich, also das war einfach a Maßn. Das war einfach ein mords ein Glück. Also geheilt in dem Sinn, ich hab natürlich immer wieder meine Schmerzen, aber dass ich halt nicht operiert werden hab müssen.“ (IP2 / w / 49)

4.1.2.4 Abhängigkeitsfaktor

Chronische Rückenschmerzen können dazu führen, dass die Betroffenen von anderen abhängig werden, was eine starke psychische Belastung sein kann. So erzählt eine Frau, die als Krankenpflegerin tätig war, dass sie im Beruf davon abhängig war, dass eine zweite Person zusätzlich Dienst hatte:

„Nur das Problem war dann in der Urlaubszeit [...] Am Abend, wenn Abendordination ist, wenn ich halt alleine gewesen bin, hab ich halt a Pech gehabt, weil da hab ich alles auf einmal alleine machen müssen, [...] Aber an dem hat es dann wirklich sehr, an dem hat es gescheitert, [...] Weil, was weiß ich, ich hab manchmal nicht mal Verbände machen können, ne? Und das war eben die Zeit auch, wo jeder einen Ulcus gehabt hat, na super na. Und meistens halt Wadenbereich. Ah, ja, Zehen oder sonst irgendwas. Weil ich bin ja nicht mal runtergekommen [...] Es hat schon Zeiten gegeben, wo halt Patienten, wo ich nicht mehr aufgekommen bin von der Liege wo ich Patienten gebeten hab, der was draußen war vor der Liege, dass ich gesagt hab gehens bitte zur Kollegin und sagens dem Herrn Doktor er soll kommen, weil ich nicht mehr aufgekommen bin.“ (IP1 / w / 39)

Jene Frau schilderte auch eindrücklich ihr Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem Ehemann:

„...ich bin ja schon einmal vom Gymnastikball runtergefallen, weil der Fuß einfach nachgegeben hat und ich das Gleichgewicht nicht mehr halten hab können, mein Mann ist zwar oben gelegen und hat geschlafen aber das war wieder mal so eine super Nacht, wo ich wieder nicht schlafen hab können, wo ich halt herumgegangen bin, das war irgendwann in der Früh um zwei oder so, drei, ich weiß nicht, ja der hat mich nicht rufen gehört, jetzt bin ich da gelegen eine Stunde weil ich nicht aufstehen hab können [...] Manchmal ist es wirklich zum Verzweifeln, es hat schon Tage gegeben, wo mein Mann mir wirklich beim Anziehen geholfen hat, bevor er in die Arbeit gegangen ist, dass er mir meine Unterwäsche anzieht, meine Unterhose und die Socken, weil ich es nicht geschafft habe, und da hab ich mir gedacht, dass kann es auch nicht sein...“ (IP1 / w / 39)

Der Abhängigkeitsfaktor tritt nicht immer so offensichtlich und stark zu Tage wie bei dieser Interviewpartnerin. Abhängigkeit kann sich auch in selteneren und nicht derart bedrückenden Situationen ergeben. Jedoch bedeutet Abhängigkeit in jedem Fall eine mehr oder weniger starke psychische Belastung, wie in der Erzählung folgender zweier Frauen deutlich wird:

„Und das ist halt in meinem Beruf ein bisschen schwierig, weil ich krieg manchmal große Lieferungen und dann stehn dort die Paletten am Gehsteig und ich versuch das zitzerweis irgendwie zu handeln, aber immer geht es halt nicht und dann versuch ich es halt mit ziehen oder so, oder manchmal hol ich meine Nachbarn.“ (IP10 / w / 59)

„...beim Tauchen hab ich die Einschränkung, dass ich zum Beispiel nicht vom Strand mehr aus ins Wasser geh, weil ich die Flasche, weils einfach zu schwer ist, im Wasser ist es ja kein Problem, also die Schwerelosigkeit, das heißt, da bin ich wieder abhängig davon, dass mir jemand die Flasche ins Wasser trägt, zum Beispiel, wenns vom Strand aus ist, und die ist schwer, ne, die ganze Taucherausrüstung, das kann ich einfach auch nicht. Also da bin ich auch eingeschränkt, und mein Mann kann auch nicht zwei Flaschen tragen, das ist auch zuviel, das würd ich ihm gar nicht zumuten, also brauch ich immer ein Guide mit, der mir das trägt...“ (IP2 / w / 49)

4.1.2.5 Einfluss auf die Stimmung

Die physischen und psychischen Belastungen, die durch die chronischen Schmerzen ausgelöst werden, drücken, je nachdem welches Ausmaß diese Belastungen annehmen, auch auf die Stimmung der Betroffenen:

„Man ärgert sich schon, ich mein, dieser Schmerz ist da und man macht alles dagegen und das hilft nix, fangt man an sich zu ärgern, das gibt's ja nicht, muss ja irgendwann mal aufhören das Ganze.“ (IP8 / w / 65)

Insbesondere in „massiveren“ Schmerzepisoden zeigt sich der Einfluss auf die Stimmung:

„Fürchterlich katastrophal, also das liegt ja schon sehr lange zurück, also diese wilden Attacken, also die haben mich wirklich in die Nähe der Depression gebracht...“ (IP9 / m / 59)

Der Verlust an Heiterkeit und guter Laune kann dazu führen, dass sich Personen, die an chronischen Schmerzen leiden, immer mehr von ihrer Außenwelt zurückziehen. Die Kontakte zu Freunden, Bekannten werden eingeschränkt, da das Ausgehen keine Freude mehr macht oder die Betroffenen sich als Belastung oder „Miesepeter“ in der Gruppe fühlen.

„...es wirkt sich dann eigentlich auf die komplette Stimmung aus, ja, weil wenn man dann dort sitzt und wirklich dann schon Schmerzen hat [...], dann hat man keine Freude am Weggehen oder so ja, ich mein ist einfach so ja. Ist nicht so lustig nachher [...] wenn ich mich zu etwas entscheide, dann mache ich das mit Freude ja, wenn ich da aber irgendwie eingeschränkt bin, durch Schmerzen dann ist das etwas, mit Schmerzen zu tun ist für mich einfach eine Einschränkung, das macht keinen Spaß.“ (IP5 / w / 48)

Die Auswirkungen der „schlechten Stimmung“ werden von den InterviewpartnerInnen insbesondere in Bezug auf die engeren Bezugspersonen innerhalb der Familie wahrgenommen:

„...was einem zusätzlich extrem Spaß macht, das fällt natürlich dann weg ja, man ist dann eben in dem Haushalt drinnen, und hat das Gefühl, man kann sonst nichts mehr ja. Und man wird dann schon so bisschen grantig auch

*zeitweise, aber natürlich ist das dann für die Familie auch nicht so lustig...“
(IP5 / w / 48)*

Folgende Interviewpartnerin, die von starken Auswirkungen auf ihre Stimmung berichtete, machte in ihrer Erzählung zwischendurch immer wieder mal einen kurzen „Lacher“:

„...bin dann unleidlich, wirklich. Egal wo ich bin mit wem [lacht] egal ob ich in der Arbeit bin oder zuhause oder meinem Vorgesetzten, das ist mir dann völlig egal, ich bin dann so gereizt und unzugänglich, also ganz schirch, grauslich [lacht]...“ (IP3 / w / 55)

Dieses parathyme² Lachen konnte bei mehreren InterviewpartnerInnen beobachtet werden und scheint eine Maßnahme zu sein, um besonders leidvolle Konsequenzen der chronischen Schmerzen während der Erzählung nicht in ihrem vollen Ausmaß spüren zu müssen und um den psychischen Schmerz ein Stück weit zu dämpfen.

An wem und inwieweit der Ärger an jemandem ausgelassen wird, hängt unter anderem davon ab, wem man die „Schuld“ an den Schmerzen gibt. So kann eine Person verärgert über die behandelnden ÄrztInnen sein, weil die verschriebene Therapie nicht wirkt oder auch über die eigene Person, wenn sie das Gefühl hat, durch eigenes „Verschulden“ die Schmerzen ausgelöst zu haben. So erzählt folgende Interviewpartnerin, die als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer neuen Station anfangen wollte, dass sie durch eine falsche Bewegung (alleiniges Heben einer Patientin), trotz besseren Wissens, massive chronische Rückenprobleme verursacht hat:

„ich war angfress‘n auf mich, natürlich vorerst einmal, dass ich diese Frau gehoben habe, obwohl ich gewusst hab, das geht nicht. Ich hätte mit meinem Wissen besser umgehen sollen, ich war zu jung, um nein zu sagen, es war der Probetag, ich wollte dort unbedingt anfangen, weil ich kann ja nicht am ersten Tag mit dieser Frau schon hängen [...] Also ich kenn meine Grenzen im Prinzip schon, und die hab ich überschritten, bei vollem Bewusstsein, das ist mich voi angangen, ich war dann schon sehr ungeduldig, und vor allem wie gesagt damals war ich noch nicht so lange verheiratet, 6 Jahre und mein Mann hat mich eigentlich nur im Krankenhaus gsehn auf der Intensiv [Anm.:

² Parathymie: „inadäquate oder paradoxe Gefühlsäußerung (griechisch: pára = neben, entlang, thymós = Gemüt)“, die nicht zu „den jeweils vermuteten Gedanken und Vorstellungen“ passt (Payk, 2010, S. 202).

aufgrund einer Krebserkrankung] und dann kommst du heim und WIEDER. Also ist nicht einfach gewesen, und da war ich schon sehr grantig, also, weiß gar nicht wie ich es beschreiben soll ich war einfach GRANTIG.“ (IP2 / w / 49)

Inwieweit die „schlechte Stimmung“ vom sozialen Umfeld „ gespürt“ wird, hängt sehr stark von der Persönlichkeit der Betroffenen ab. So versucht eine Interviewpartnerin die Gefühle, die vom Schmerz ausgelöst werden, nicht an anderen „auszulassen“:

„...nein, nein. Ich lass an niemand aus, nein das mach ich nicht, weil der andere kann nix dafür, wenns mir schlecht geht, nein das mach ich nicht...“ (IP8 / w / 65)

4.1.2.6 Zusätzliche Belastungen

Die bis jetzt genannten Einflussfaktoren und Belastungen spielen beim Großteil der interviewten Personen eine Rolle. Es können im Lebensumfeld der Personen mit chronischen Schmerzen auch zusätzliche Belastungen auftreten. Bei einigen InterviewpartnerInnen sind die finanziellen Faktoren und Herausforderungen im Beruf zusätzliche Belastungsfaktoren.

Ein finanzielles Problem stellt sich insbesondere dann ein, wenn die „herkömmlichen“ Therapien nicht wirken und von den SchmerzpatientInnen alternative Angebote in Betracht gezogen werden müssen:

„Was mir immer geholfen hat, sind ah, Massagen und Therapien, die halt nicht von der Krankenkasse bezahlt werden. Akupunkturmassagen oder andere [...], also diese Therapien, die gute Masseur können, die der Standardmasseur nicht kann, auch gar nicht lernt, und die nur über den privaten Markt zu erlangen, wo man auch gar keine Unterstützung kriegt, das hat mir dann immer geholfen...“ (IP4 / w / 63)

Die Kosten für privat zu finanzierende Therapien können auch eine Einschränkung in der Freizeitgestaltung verursachen. Ob dies zu einer Belastung für die Betroffenen wird, hängt wieder von deren Persönlichkeit und Gewohnheiten ab:

„Ja und sagen wir vom finanziellen auch, weil das kostet ja viel Geld da, alleine die Therapie hat 600 gekostet und jetzt 530 für das ganze Jahr, das

war schon sehr viel, ja. Verzichtet man halt auf den Urlaub, aber ist die Gesundheit wichtiger, ja. Kann man da auch spazieren oder mit dem Auto wohin fahren, na da verzichte ich lieber auf den Urlaub und mach was für meine Gesundheit...“ (IP8 / w / 65)

Durch die Unterstützung des/der PartnerIn kann die finanzielle Belastung erleichtert werden:

„Daweil verdient meine Frau genug und ich mit dem Karenzgeld hm geht’s uns eigentlich verhältnismäßig sehr gut, das heißt, auch Alleinverdiener würd ma’s schaffen, müsst man sich halt einschränken, man kann nicht mehr so viel schöne Sachen für die Kinder zum Spielen kaufen, das geht dann weniger, [...] wir würden durchkommen, andere vielleicht nicht, auf jeden Fall ein belastender Gedanke...“ (IP6 / m / 43)

Auch folgende Interviewpartnerin hat durch Ihren Mann eine finanzielle Unterstützung. Sie musste die Arbeitszeit aufgrund ihrer Rückenschmerzen reduzieren:

„Wie gesagt ich hab dann die Möglichkeit, eben durch mein Mann durch das Lokal eben, weil das auch gut geht, dass ich sag ich kann jetzt auf fünfzig Prozent reduzieren [Anm.: im Beruf] und da kann man sich vorstellen dass das Einbußen sind also bei hundert Prozent bei einem Verdienst mit Nachdiensten von 2200 netto und jetzt 1400 netto und mit 49 Jahren hat man halt schon auch ein bissal was geschaffen wo man Fixkosten hat, wir haben uns eine Eigentumswohnung gekauft wo jeder 600 euro monatlich zahlt, das wäre unmöglich, finanziell. Das geht halt so...“ (IP2 / w / 49)

Die Herausforderungen im Beruf betreffen die körperlichen Anstrengungen, die von Personen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, oft nicht in dem geforderten Ausmaß ausgeführt werden können. Körperliche Überforderung im Beruf kann zusätzlich zur Verstärkung der Rückenschmerzen beitragen:

*„Ich war zum Schluss beim *** [Name des Arbeitgebers] da hab ich ziemlich schwer heben müssen, war eine schwere Arbeit. Wahrscheinlich hat mir das den Rest dann gegeben...“ (IP8 / w / 65)*

Auch eine andere Interviewpartnerin berichtet über unvermeidbare körperliche Anstrengungen in ihrem Beruf:

„...ich [...] hab im Beruf erstens schwer zu heben, dann nehm ich immer eine Position ein, die ja nicht gerade anatomisch ist, sondern wir stehen verbogen, verwinkelt, müssen auch während der Operation, Instrumente halten, wenns notwendig ist, und das ist natürlich sehr schmerzhaft [...], das ist in unserem Bereich so. Entweder du funktionierst [lacht] oder du suchst dir einen anderen Weg...“ (IP3 / w / 55)

4.2 Bewältigungsstrategien

Das Leben mit chronischen Rückenschmerzen zwingt die Betroffenen dazu, sich mit diesem gesundheitlichen Problem auseinanderzusetzen und nach Möglichkeiten zu suchen, den Alltag trotz dieser Schmerzen bewältigen zu können. Die Schmerzen müssen irgendwie in das Leben integriert werden und werden somit auch ein Teil der Persönlichkeit des/der Betroffenen. In den Interviews werden drei zentrale Themen, die den Strategien zur Bewältigung der Schmerzen zugeordnet werden können, sichtbar. Viele InterviewpartnerInnen entwickeln einen Kampfgeist, der ihnen hilft, mit den Schmerzen umzugehen und diese auch teilweise anzunehmen und zu akzeptieren. Die Hoffnung auf eine Besserung der Schmerzen wird von fast allen InterviewpartnerInnen als Motivationselement erwähnt. Auch der Glaube und Spiritualität gehören zu Bewältigungsmechanismen. Dies alles ist eingebunden in einen Lernprozess, der auch von Interviewpartnerinnen wahrgenommen wird.

4.2.1 Kampfgeist

Die Strategien, die im Rahmen dieser Studie als „Kampfgeist“ beschrieben werden, beinhalten die aus den Interviews abgeleiteten Komponenten „Eigeninitiative ergreifen“, „nicht Aufgeben“, „Ziele setzen“ und „Schmerzen annehmen“. Auch die Entscheidung, vorerst keine Medikamente einzunehmen und mit der empfohlenen Operation noch zu warten, kann als Bewältigungsstrategie definiert werden. In welcher Form sich diese Bewältigungsmechanismen entwickeln, hängt sehr stark mit dem Lebensumfeld und dem persönlichen Charakter der Person, die an chronischen Rückenschmerzen leidet, zusammen.

4.2.1.1 *Eigeninitiative ergreifen*

Die Eigeninitiative zu ergreifen kann für die Betroffenen heißen, dass die gesundheitliche Situation selbst in die Hand genommen wird und durch die eigene Einwirkung die Schmerzen gelindert werden können. Das Gefühl, etwas gegen die Schmerzen unternehmen zu können, kann den SchmerzpatientInnen im Bewältigungsprozess helfen:

„...man muss auch seinen Beitrag leisten, nicht? Ich mein der Arzt leistet einen Beitrag und der Patient muss das genauso tun [...] jetzt fangt mein Körper an sich jetzt wirklich zu rühren in Verbindung mit meiner Bewegungsfreiheit und drum denk ich mir, ich mein man muss ja selber was

tun, von nix kommt nix, ne? Und ich bin ja ein quirliger Mensch, und ich denk mir, wenn man ein bisschen initiativ ist und ein bisschen eine gewisse Selbstdisziplin hat, dann denk ich mir eigentlich schon, dass die ganze Geschichte verbesserungsfähig ist...“ (IP10 / w / 59)

Viele InterviewpartnerInnen erzählen von Rückenübungen, die sie zu Hause machen, mit dem Ziel die Schmerzen zu lindern oder zu verhindern, dass sie schlimmer werden.

Es ist aber nicht immer so, dass das Ergreifen der Eigeninitiative von den InterviewpartnerInnen als positiv wahrgenommen wird und als Bewältigungsstrategie gesehen werden kann. So kann es auch eine unvermeidliche Notwendigkeit sein, wenn sich SchmerzpatientInnen vom therapeutischen Team alleine gelassen fühlen und gefordert sind, selbst Lösungen für die Linderung ihrer Schmerzen zu finden. Dies kann zu einer zusätzlichen Belastung führen und die Betroffenen überfordern.

„Nachdem es keine Lösung gab? Im Grunde genommen, ist es natürlich schon, hab ich mir das überlegt, ne? Ok, also da krieg ich keine Antwort, jetzt muss ich woanders suchen. Und ja das ist dann oft mühsam, aber was soll man tun...“ (IP4 / w / 63)

Auch die Aussage folgender Interviewpartnerin lässt erkennen, dass das Ergreifen der Eigeninitiative für die Betroffenen eine Last sein kann:

„...es ist dann auch schwierig, sich das dort zu holen und da zu holen, man muss sich selber fast immer überall einlesen und hineinschauen, man muss selber so quasi sein Studium betreiben ja, manchmal wäre es schon angenehmer, wenn man es halt ein bisschen kompakter wo die Hilfe bekäme...“ (IP6 / m / 43)

4.2.1.2 Nicht Aufgeben

Eine Bewältigungsstrategie, die in den Aussagen der InterviewpartnerInnen festgemacht werden kann, ist „nicht Aufgeben“:

„Ich hab immer selber für mich mitgearbeitet und irgendwas gemacht, bin Turnen gegangen. Also ich hab immer was gemacht und denk des muss ich, was tun, weil das kanns ja nicht sein, wenn man nix macht ist es ja noch

schlechter. Da rauf ich mich schon auf, da hab ich schon einen Ehrgeiz, nein das geht schon...“ (IP8 / w / 65)

Sehr eindrucksvoll beschreibt folgende Interviewpartnerin diesen Aspekt:

„...sicher belastet mich das sehr, [Anm.: weinerlich] aber ich kämpfe sehr mit mir und ich sag mir, nein das muss einfach und ich bin ja Sternzeichen ein Widder [Anm.: weinerlich] und da hat schon jeder gesagt, a anderer hätt schon weiß ich nicht, was weiß der Kuckuck für Antidepressiva geschluckt, ne. Wo ich sage, nein das nehm ich sicher nicht, und das brauch ich auch nicht und ich bin immer wieder mit mir ins Reine kommen, ne. Also das muss ich sagen das tu ich sehr wohl...“ (IP9 / m / 59)

Dieselbe Interviewpartnerin schildert weiters:

„...also so richtig, dass ich sage, ich lass mich jetzt durchhängen (weinerlich) und ich setz mich jetzt her und sag, ohh des tut so weh, und des, und grad da gibt es mir wieder den Auftrieb und du musst jetzt, und des und des musst jetzt machen, ja und dann geht's [...] Da ist mein Mann auch schon neben mir gesessen und ‚ich fahr jetzt mit dir ins Krankenhaus!‘ Na du fahrst net mit mir ins Krankenhaus sag ich des wird schon wieder, net? Dann hab ich mich wieder zusammengerappelt...“ (IP1 / w / 39)

4.2.1.3 Ziele setzen

Das Setzen von Zielen scheint im Bewältigungsprozess von einigen InterviewpartnerInnen einen nicht geringen Stellenwert einzunehmen. Der Blick in die Zukunft, in der möglicherweise die Einschränkungen durch die Schmerzen nicht mehr so stark sind, gibt den Betroffenen Hoffnung:

„Also da muss ich sagen, das ist mein Nächstes, was ich wieder hinkriegen möchte, ich kann mich wieder aufs Radl setzten und Radlfahren. Da habens jetzt einen Radfahrweg gemacht, den habens jetzt betoniert, also da muss ich dann, wenns jetzt wirklich schön ist und wärmer Frühling und so, wenn ich dann jetzt wieder gut beinand, muss ich dass ausprobieren, weil mehr als das ich das Rad wieder zurückschieben muss kann nicht passieren [lacht]. Dass ich mich da wirklich zusammenreiß und sag ich probiers...“ (IP1 / w / 39)

Auch der Vorsatz, die Rückenprobleme soweit in den Griff zu bekommen, dass sich die Schmerzen nicht verschlimmern werden, gibt Zuversicht:

„...andererseits denk ich mir ich bin halt auch nicht mehr so die Jüngste, also ich werde nächstes Jahr 60, man hat halt dann irgendwie Wehwechen, aber mein Ziel ist schon, ich möchte gerne, also ich möchte mich gerne verbessern, es soll sich nicht verschlechtern sagen wir so. Und da möchte ich gerne hinarbeiten, darum hab ich auch mit dem Kieser Training angefangen, weil ich mir gedacht hab, das ist jetzt eine Chance und vielleicht ist das wirklich eine Möglichkeit um das Ganze ein bisschen zu lindern...“ (IP10 / w / 59)

4.2.1.4 Schmerzen annehmen

Viele InterviewpartnerInnen versuchen, die Schmerzen anzunehmen und zu akzeptieren, dass diese nun ein Teil ihres Lebens sind. Dies gehört auch zum Kampfgeist der Betroffenen, auch wenn dieses „Annehmen“ impliziert, nicht (mehr) gegen die Schmerzen anzukämpfen. Hier ist nicht vom „kampflosen Annehmen“ und somit „Aufgeben“ die Rede, sondern vom notwendigen Akzeptieren, um zu verhindern, dass das Leid über die vorhandenen Einschränkungen durch die Schmerzen den Alltag beherrscht. Diese Haltung ist nicht zu jedem Zeitpunkt möglich und erfordert viel Kraft, gerade in Phasen, in denen die Schmerzen wieder verstärkt auftreten. Jedoch kann sie als Grundeinstellung bei vielen InterviewpartnerInnen wahrgenommen werden.

Sehr treffend wird diese Haltung von folgender Interviewpartnerin geschildert:

„...ich könnt das jetzt nicht sagen, wie das ist, wenn man gar nix hat, also das [lacht] das ist eigentlich nicht so, ja, das gehört einfach dazu irgendwo, komischer Weise. Hab eigentlich da nie drüber nachgedacht, aber eigentlich gehörts dazu [...] ich hab immer versucht der Sache nicht zu viel Gewicht zu geben, na? Weil sonst wird man, glaub ich, verrückt, na? Wenn man sagt, also ich kann jetzt aus Schmerzen jetzt mein Leben nicht mehr führen, dann glaub ich, das hält man wirklich nicht aus. Deswegen hab ich immer versucht, das irgendwie so zu integrieren und zu akzeptieren, dass das so ist. Ah, klar ist natürlich, ohne Schmerzen hätte ich sicher besser gelebt, das ist klar, aber das hat sich nicht als Frage gestellt...“ (IP4 / w / 63)

Weiters erzählt die Frau:

„...bei manchen Schmerzen, die, wo ich auch jetzt noch nicht weiß, woher die kommen und wie man die wirklich gezielt beheben kann, versuche ich die irgendwie zu übergehen. Na, das nicht dagegen anzukämpfen, nicht zu leiden, sondern die halt irgendwie anzunehmen, dass ich halt jetzt wieder Rückenweh hab und halt mal eine Stunde Pause mache oder so irgendwas, ja, es ist eh bei vielen Schmerztherapien fast das einzige Mittel, dass man einfach die Schmerzen akzeptiert, ne? Weil ja wenn man ich sag jetzt mal, wenn ich taub bin, kann ich relativ sinnlos in ein Konzert zu gehen, ne? Und ah, das muss ich auch irgendwie akzeptieren ne? Also man passt sich da irgendwie an, in seiner Lebensführung und in seinem Wünschen und Wollen auch, damit man auch nicht ununterbrochen in irgendwelche Konflikte gerät...“ (IP4 / w / 63)

4.2.1.5 Ablehnung von Medikamenten und Operationen

Ein weiterer Aspekt, der als Bewältigungsstrategie erfasst werden kann, ist die Ablehnung von Medikamenten und Operationen. Hiermit ist nicht oder nicht nur die Ablehnung von verschriebener Medikation und empfohlenen Operationen gemeint. Vielmehr steht die Entscheidung der SchmerzpatientInnen dahinter, die Situation selbst in die Hand zu nehmen und zu versuchen, die Schmerzen ohne Medikamente und Operationen zu „meistern“, welche eine Reihe von Nebenwirkungen und Risiken mit sich ziehen können. Bei Operationen kommt hinzu, dass neben den Risikofaktoren nicht mit hundertprozentiger Sicherheit vorhergesagt werden kann, dass die gewünschte Schmerzlinderung oder Schmerzbeseitigung auch eintreten wird. So ist es für die SchmerzpatientInnen immer ein Abwägen von Risikofaktoren und Vor- und Nachteilen der Behandlung.

„...ja es ist vielleicht wenn sich der Zustand verschlechtert, wird's notwendig sein, dass ich eine Operation hab, aber an das will ich noch gar nicht denken, also ich find mit gewissen Problemen muss man fertig werden so gut es halt geht, das ist halt für mich so der Fall, die Operation möchte ich so lange es geht, ist eh noch nicht notwendig ah, hinausschieben, weil ah ich ja im Lendenwirbelsäule einen leichten Prolaps habe. Das ist nicht so tragisch und wenn sich das halt verschiebt drückt es auf einen Nerv und dann rutschts wieder raus...“ (IP3 / w / 55)

Sehr vehement spricht sich folgende Teilnehmerin gegen die ständige Einnahme von Medikamenten aus:

„Ja ich muss ehrlich sagen ich täte auch jedem wirklich empfehlen, dass man nicht nur auf Schulmedizin ist. Also wirklich sehr viel zu Alternativen greift [...] Also dass das wirklich viel besser ist als dass ich sage ich lass mich jetzt wirklich dauernd niederspritzen oder eben schluck einen Haufen Medikamente, oder sonst was, also dass man jetzt wirklich sagt ok ah, dass ich sage Heilgymnastik, Osteopathie, Akupunktur, also das muss ich sagen das war für mich auch sehr wichtig, weil ich mir gsagt hab, das kanns nicht sein, dass ich immer nur von irgendwas anderen, dass man auch wirklich die Einstellung hat, dass man so quasi, das kann ja nicht helfen weil was ist denn das schon, was tut denn der schon, einfach nur Hände auflegen, ne? Also so ist es wieder auch nicht. Also da ist mir das Hände auflegen lieber, wie ich schluck halt weiß ich nicht viel Tabletten, das man sagt, na horch nicht wirklich nur auf das eine...“ (IP1 / w / 39)

Die autonome Entscheidung, welche Therapie die Beste ist, kann die Betroffenen stärken und das Gefühl geben, eine gewisse „Macht“ über die Schmerzen zu haben. Andererseits kann dies wiederum zur Überforderung der SchmerzpatientInnen führen und ihnen Kompetenzen abverlangen, die sie nicht haben.

4.2.2 Rolle von Hoffnung und Glaube

Die Rolle von Hoffnung im Umgang mit den Rückenschmerzen wird von vielen InterviewpartnerInnen beschrieben. Aber auch Glaube und Spiritualität ist für manche eine Hilfe bei der Bewältigung des Lebens mit chronischen Rückenschmerzen.

4.2.2.1 Hoffnung, dass Schmerzen aufhören oder weniger werden

Die Hoffnung, dass die Schmerzen irgendwann aufhören oder weniger werden, gibt den Personen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, einen positiven Zukunftsgedanken. So entgegnet zwei InterviewpartnerInnen auf die Frage, woraus Sie Kraft schöpfen, Folgendes:

„Aus der Hoffnung, dass sie mal aufhören wieder, eigentlich im Grunde genommen, ja. Weil ich denk halt doch immer wieder, dass die Schmerzen

irgendwann mal aus sind und dass man irgendwann mal den Punkt findet, wo man was beheben kann [...] Das ist dann, das gibt ein Gefühl der Sicherheit, wenn man weiß man hat eine Phase wo man damit zu tun hat und ja gut, das ist dann leichter irgendwie zu ertragen...“ (IP4 / w / 39)

Eine optimistische Einstellung gegenüber dem weiteren Verlauf der Schmerzen hilft den SchmerzpatientInnen:

„Ja, ich denke immer dran, es wird besser. Ich bin immer optimistisch und das ist besser. Das kann viel helfen. Wenn man meint, Mensch schaut alles negativ und schaut alles gut, mir geht's noch schlecht. Ich finde man soll positiv schauen, obwohl wirklich Schmerzen hast, dann ist nicht angenehm, aber trotzdem positiv schauen. Das tut gut für die Nerven, für die ganze Situation...“ (IP6 / m / 43)

Diese positive Einstellung ist freilich abhängig vom Schmerzgrad und der Dauer der Beeinträchtigung durch die Schmerzen. Eine zeitweise Abwesenheit der Schmerzen kann eine zuversichtliche Einstellung fördern. Ein wichtiger Aspekt, der bei der Komponente „Hoffnung“ mit einwirkt, ist die Ungewissheit, welche Ursache die Schmerzen haben. Werden die Schmerzen von den behandelnden ÄrztInnen auf eine kausale Ursache zurückgeführt, kann dies mitunter Sicherheit geben und dem Gefühl des „ausgeliefert-Seins“ entgegenwirken. Bei unspezifischen Rückenschmerzen kann die Bewältigung der Schmerzen durch diese Ungewissheit erschwert werden:

„Aber so, gerade so Dinge wo man nicht weiß was das ist und wie man das jemals wieder weg kriegt oder so was, das ist sehr belastend...“ (IP4 / w / 63)

4.2.2.2 Glaube und Spiritualität

Auch Glaube und Spiritualität können im Umgang mit chronischen Schmerzen eine Rolle spielen. Einige InterviewpartnerInnen sehen darin keine Unterstützung und Hilfe, bei anderen wiederum haben Glauben, Religion oder Spiritualität im Leben und bei der Bewältigung der Schmerzen einen wichtigen Platz. Dies kann sich in Form von Gebeten, einem Urvertrauen oder dem Dankeschön nach dem Ende einer schlimmen Schmerzepisode darstellen:

*„...ich glaube schon sehr. Also ich muss sagen von oben her die Hilfe, also ich muss sagen, glaub schon [...] Dass ich sage, ja jetzt geht es mir nicht gut, bitte Hilfe [...] ein Kirchengesänger bin ich nicht, aber wie gesagt, das geht, wenn man einen Glauben hat, geht's von überall, wurscht wo man ist...“
(IP1 / w / 39)*

Eine andere Teilnehmerin beschreibt die Rolle von Glauben und Spiritualität bei der Bewältigung der Rückenschmerzen in folgender Weise:

*„...weil ein bisschen hängt das aber auch mit dem christlichen Glauben zusammen, weil ich mir denk, wir werden im Leben, also ich bin in meinem Leben immer in irgendeiner Form geschützt gewesen, und ich denke mir halt es wird irgendwie schon irgendwie, wird schon wer schauen, dass das Ganze wieder in eine richtige Bahn kommt, sei es jetzt der Obere oder ich oder die Ärzte, also da hab ich schon ein, ich will nicht sagen, dass ich ein Urvertrauen hab, das, ich brauche eine Weile bis ich zu dem Vertrauen komm, aber wenn ich dann hin mich hingearbeitet hab, dann funktioniert das ganz gut.“
(IP10 / w / 59)*

4.2.3 Lernprozess

Wenn akute Rückenschmerzen chronisch werden, müssen die Betroffenen dieses Gesundheitsproblem irgendwie in den Alltag einbauen. Es kann nicht ignoriert werden. Es ist da. Für viele Personen mit chronischen Rückenschmerzen bringt diese Veränderung auch einen Wandel in den Werten und Lebensanschauungen mit sich. Chronische Rückenschmerzen, ob sie nun plötzlich auftreten, oder sich über eine längere Lebensphase hinweg entwickelt haben, bedeuten Veränderung. In welcher Weise die Schmerzen in das Leben der Betroffenen integriert werden und wie diese damit umgehen, entwickelt sich nicht von heute auf morgen, sondern ist immer ein Lernprozess. Dieser Lernprozess ist beeinflusst von der Persönlichkeit, dem Lebensumfeld, den Erfahrungen, die eine Person mit Gesundheit und Krankheit gemacht hat und zweifelsohne vom Schmerzcharakter der jeweiligen Beeinträchtigung.

4.2.3.1 Ursachen und Auslöser von Schmerzen

Der Lernprozess ist beeinflusst vom Wissen über die und der Einschätzung der Ursachen und Auslöser der Rückenschmerzen. Die Wahrnehmung von Ursachen und Auslösern der

Schmerzen ändert sich mit den Jahren, in denen die Betroffenen mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung „Rückenschmerz“ leben. Sie ist bei den InterviewpartnerInnen sehr verschieden, da die jeweiligen individuellen Einflussfaktoren, die auf die Lebensqualität der Betroffenen einwirken, derart verschieden sind. In folgenden Interviewausschnitten wird deutlich, dass die jeweiligen Personen die Verschlimmerung der Schmerzen mitunter auch als selbstverschuldet ansehen. Diese Einschätzung kann bei der Bewältigung der Schmerzen hilfreich sein, da dies impliziert, dass die Schmerzen in gewisser Weise auch „steuerbar“ sind:

„...ich bin überzeugt, dass das die Summe vieler Dinge ist, erstens Abnützung, oder ah Diskusprolaps und dann ah, weiß ich wenn ein harter Dienst ist bin ich natürlich tut mir mein Rücken weh, ich glaub immer das ah, von vielen Dingen, das ist meine Lebenseinstellung, das die Summe vieler Maßnahmen die irgendwas verursacht (...) letzte Woche wieder hab ich ganz starke, das zieht rauf vom rechten Arm bis in halben Kopf, hab ich so starke HWS Schmerzen gehabt, aber da war ich überbelastet hab ich zu viel gearbeitet, aber das merk ich selber, ich sag da noch das ist wirklich der Überbelastung zuzuführen...“ (IP3 / w / 55)

Auch folgende Teilnehmerin reflektiert im Interview über die Ursachen und Auslöser ihrer Schmerzen:

„Und alles was halt psychisch belastet, drückt sich auch in Rückenschmerzen aus (...) in Kombination aus körperlichen Dingen und psychischen Dingen ich mein natürlich ein Bandscheibenvorfall das ist eine körperlich Sache und dann hab ich eben eine Verdrehung des ah des Steißbeines gehabt, das ist eine körperliche Sache...“ (IP4 / w / 63)

4.2.3.2 Lernen mit den Schmerzen umzugehen

Die Betroffenen müssen lernen mit chronischen Schmerzen umzugehen. Dieser Aspekt wird von den InterviewpartnerInnen sehr deutlich angesprochen. Insbesondere wenn die Schmerzen plötzlich auftreten und es nicht bei einem akuten Problem bleibt, bedeutet dies eine radikale Veränderung für die Betroffenen:

„...man muss einfach mit dem Ganzen umgehen, ja. Und man muss es dann aber auch wirklich lernen, ne? Weil das ist so quasi tschak da hast, ja mach

und tu, ne? [...] Es ist eine Lernphase. Es ist wirklich eine Lernphase. Und man muss sich mit dem Ganzen auseinandersetzen und wenn man das nicht tut, ja, da hockt ich wahrscheinlich den ganzen Tag in der Ecke und tät weinen, also wenn man sich dessen nicht bewusst ist und immer wieder [...] Ich mein sicher gibt es Halt, vor allem rundherum ich hab, Unterstützung bis ja, ein jeder, ne? Von Bekanntenkreisen in der Familie oder sonst was, aber wenn man selber nicht so weit ist, hast keine Chance...“ (IP1 / w / 39)

Einige InterviewpartnerInnen reflektieren über den Einfluss ihrer Lebenssituation und von psychischen Belastungen auf die Verschlimmerung der Schmerzen und nehmen in Bezug darauf die Notwendigkeit von Veränderungen wahr:

„Wenn das dann wirklich so Situationen sind, wo man merkt jetzt ist einfach eine Grenze wieder da ja, jetzt ist man einfach so weit am Boden, dass man nicht mehr kann, dann überlegt man sich eher wieder Dinge zu ändern ja, wo man früher einfach weiter gemacht hätte. Das ist mein Leben, das gehört dazu und das ist meine Arbeit und das ist meine Freizeit und das ist meine Beziehung und das macht man einfach. Aber man lernt dann, wenn man so diese Grenze merkt ja, wo happerts jetzt extrem, und was kann ich verändern, was will ich verändern, und was möchte ich nicht verändern, ja und man versucht halt dann wieder einen anderen Weg zu finden. Und mit dem, dass man da so an seine Grenze wieder stößt und Veränderungen sucht und macht, merkt man wieder, dass sich da einiges, doch einiges wieder löst. Also das ist glaube ich schon dann etwas, was man im Laufe der Zeit, dann sehr gut spürt...“ (IP5 / w / 48)

Auch die Werte im Leben ändern sich durch die chronischen Rückenschmerzen:

„Ja also ich muss sagen, ich bin schon manchmal wirklich froh, wenn ich sage ok, jetzt bin ich munter und ich komm einfach vom Bett raus [...] die Werte ändern sich sehr...“ (IP1 / w / 39)

Die Art, wie den Personen im Umfeld der Schmerz kommuniziert wird, kann sich nach einiger Zeit ändern und hängt mit den Erfahrungen zusammen, die die Betroffenen mit ihrer „ursprünglichen“ Umgangsweise machen:

„...ich rede offen darüber. Und das ist natürlich auch ein Thema, dass man dann am Anfang, kannst nicht so gut damit umgehen um kaum gfreit dich irgendwas nicht sagst ich hab halt Kreuzweh, muss gar nicht stimmen, ne. Also man kann es auch ausnutzten. Aber über das bin ich hinweg, das tu ich nicht mehr. Es reicht eh so oft wie ich es wirklich habe [...] das muss man alles lernen, so wie alles im Leben muss du lernen, man muss selber man umgehen damit, du musst dich outen, du musst reden, es ist dir einfach lästig, dass du sagst, mah ich kann nicht ich hab Kreuzweh, das musst du alles lernen, ist alles ein Prozess...“ (IP2 / w / 49)

Folgende Interviewpartnerin hat sich zu Beginn ihrer chronischen Rückenschmerzen von ihrem Umfeld oft nicht verstanden gefühlt, was sie gekränkt hat. Sie erzählt rückblickend, dass das heute nicht mehr so stark der Fall ist:

„Es war sicher früher ein Problem für mich [...] Man nimmt es einfach schon anders, es stört mich jetzt nicht mehr so ja, ich sag einfach ‚Heute geht es für mich nicht‘ und das ist einfach so. Und auch wenn man spürt, das würden andere nicht so machen, dann kann ich das heutzutage schon akzeptieren, es hätte mich früher mehr gekränkt vielleicht.“ (IP5 / w / 48)

4.2.3.3 Lösungen finden

Zu Lernen mit chronischen Rückenschmerzen umzugehen, bedeutet auch immer Lösungen zu finden und zu suchen. Dies kann ein Hilfsmittel bei schweren Tätigkeiten in der Arbeit sein oder auch eine Ablenkung durch entspannende und geliebte Aktivitäten:

„...ich hab mir jetzt folgenden Weg für mich beruflich ah, ausgedacht oder zurechtgebogen, ich nehm mir immer ein Stockerl und das überzieh ich damit ich mich immer ein bisschen abstützen kann um so die Wirbelsäule zu entlasten...“ (IP5 / w / 48)

Eine weitere Interviewpartnerin hat mit der Zeit gelernt, welche Arten von Ablenkung ihr helfen und dadurch „Lösungen“ gefunden:

„...ich versuche ja mich abzulenken. Entweder fernsehen, nimm ein Buch und tu lesen oder geh spazieren. Also ich versuch mich eher abzulenken. Dass ich nicht so denk, wenn Schmerzen da sind, dass ich, wie gesagt beim Spazieren

gehen, da geht's eher leicht, nur kann ich auch nicht langsam gehen, da sind die Schmerzen auch da, da muss ich eher flotter gehen. Mein Mann sagt immer, was laufst ma davon, net? Lauf, wenn er geht, ich kann nicht anders, net? Das langsame Spazieren ist für mich auch schlimm, wird dann so richtig steif dann, dass wenn ich mich hinsetzen will, dass ich steif bin direkt. Und wie gesagt, flottes Gehen ist besser..." (IP8 / w / 65)

Wenn eine Person, die an chronischen Rückenschmerzen leidet, Medikamente kennt, die den Schmerz lindern können, kann das Finden von Lösungen auch bedeuten, die Entscheidung zu treffen die hilfreiche Medikation nicht mehr hinauszuzögern, wie es ein Mann im Folgenden beschreibt:

„Ich plag mich auch nicht mehr endlos, was ich früher gemacht habe, bevor ich zum Arzt geh, wenn ich wirklich spür, das normale Ambene oder Parkemed hilft nichts, dann besuch ich den Hausarzt und sag es ist wieder soweit, eine Injektion..." (IP9 / m / 59)

4.2.3.4 Wissen

Das Wort Lernen hat immer etwas mit Wissen zu tun. Personen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, wissen mit der Zeit, was ihrem Rücken „gut tut“. Dieses Wissen kann von professionellen Helfern vermittelt werden, oder ist Ergebnis von persönlichen Erfahrungen der Betroffenen. Das Wissen muss nicht immer richtig sein: Manchmal glauben die Betroffenen beispielsweise, die Vermeidung von Bewegung sei gut für den Rücken.

Nahezu alle InterviewpartnerInnen berichten, dass sie im Laufe der Zeit gelernt haben, welche Bewegungen helfen und wie Bewegungen rückschonend durchgeführt werden müssen.

„...man weiß dann, wie man sich bewegen muss, dass es weniger weh tut, in der Akutphase, wo ich die Prolapse gehabt hab, hab ich sehr wohl Tabletten geschluckt, wochenlang, ich kann jetzt gar nicht sagen wie lang, aber hab relativ schnell geschaut, dass ich davon wegkomm und hab einfach, ah weniger tun mehr Ruhe geben, und Bewegungsabläufe einfach kontrollieren, man weiß eh, wie darf ich mich nicht bewegen, dass net weh tut oder weniger weh tut..." (IP2 / w / 49)

Diese Frau meint weiters:

„...je mehr ich mich bewege, desto besser ist es für meine Wirbelsäule. Also wenn ich geh, man geht sich ja gesund, ne. Also gehen ist für mich keine Anstrengung, sondern ich weiß bei jedem Schritt, dass es einfach gut ist für mich, und das spür ich auch...“ (IP2 / w / 49)

Eine positive Auswirkung auf die Rückenschmerzen durch Bewegung, Spaziergehen und Wandern in der Natur nimmt der Großteil der InterviewpartnerInnen wahr:

„Mir tut gut, dass ich bin draußen, ich fühle mich sehr gut, ich hab Schmerzen, aber ich gehe draußen und ich vergesse Schmerzen, tu spazieren. Ich vergesse, wie kann ich das beschreiben, durch spazieren, sprechen mit jemanden ist weniger dran denken. Psychisch denk ich immer an Schmerzen, es ist Schmerz eh da, aber es ist leicht, wenn man geht spazieren mit Leuten die so sprechen. Mir war so geholfen. Ich habe nicht, also wenn ich bin alleine, dann ist mehr direkt, also dann denk ich immer wieder an meine Schmerzen. Das sieht glaub ich jeder Mensch so. Aber wenn ich bin draußen und mein Mann ist da und wir reden und es wird schon besser...“ (IP7 / w / 51)

Dass Wandern die Schmerzen lindert, hat folgende Interviewpartnerin erlebt:

„...ich geh wandern, das Wandern ist im Gegenteil sehr gut für mich, weil ich kann mich erinnern ich hab mal ganz arge Halswirbelsäulenschmerzen gehabt, so steif gegangen wie ein Roboter und dann war ich wandern und dann denkt man weniger an den Schmerz und es hängt mit den Muskelverspannungen auch zusammen und dann bin ich halt raufgeklettert auf die hohe Wand, das werd ich nie vergessen und ich war oben und ich war gesund, es war weg es, ah hat natürlich mehrere Faktoren, die Wirbelsäule und die Muskulatur, oder Belastung das ist mir dann eigentlich sehr bewusst, dann sucht man natürlich einen Weg wie man das besser steuert...“ (IP3 / w / 55)

Das Wissen über den Zusammenhang von Bewegung und Linderung von Rückenschmerzen hat auch folgende Frau:

*„Ich tanke sehr in der Natur. Ich geh jeden Tag eigentlich spazieren, weil das tut mir irrsinnig gut. Das ist eigentlich das Einzige, was ich sage, umso mehr, ich mein es ist manchmal wirklich eine Überwindung, weil manchmal überwiegt wirklich der Schmerz, aber umso mehr ich gehe, wird's besser...“
(IP1 / w / 39)*

Für erholsame Spaziergänge fehlt im Alltag jedoch manchmal die Zeit, da Beruf und Haushalt auch ihren Raum einnehmen:

„...jetzt mach ich diese Seniorengymnastik im bayrischen Fernsehen [lacht] und sehr gerne gehe ich wandern also das mache ich wirklich gerne aber leider zu selten, weil die Zeit fehlt und da merk ich wirklich wie sich meine Wirbelsäule also wie sich das verbessert und verändert hat also dass es mir da wirklich gut geht...“ (IP3 / w / 55)

Wie unterschiedlich die Bedürfnisse bei SchmerzpatientInnen sein können, speziell bei Thema Wärme und Kälte, zeigen folgende Interviewausschnitte von zwei Frauen:

„Wärme hilft mir generell einfach ja. Auch im Winter, wenn ich Rückenschmerzen habe, hab ich schon immer einen Thermophor ja, also ich habe das schon immer gehabt, ich brauche in dem Bereich wo es weh tut einfach Wärme, ja also das ist etwas, was mir einfach immer gut geholfen hat. Das ist das, was mir dann am meisten hilft...“ (IP5 / w / 48)

„...wenns ein bissal zu warm ist, so wenns jetzt in den kalten Zeiten wenn man ist, gehst am Abend duschen, also Duschen muss ich sagen geh ich nur mehr am Vormittag oder so Nachmittags. Am Abend, wenn durch das Wasser das fängt so dermaßen zum Arbeiten an, das ist unglaublich [...] auch durch die Bettwärme fängt das so richtig an. Dass der Nerv so richtig zum Arbeiten beginnt, und dann halt, ja, wieder kalte Umschläge...“ (IP1 / w / 39)

Auch bezüglich Therapien wissen die SchmerzpatientInnen oft genau, was für sie gut ist und was nicht:

„...dann wolltens mich halt ein physikalische Therapie halt mit Unterwasser-Therapie, galvanische, Massagen, und wie die damals gekommen ist, wie ich im Krankenhaus war, also von der physikalischen, ah, hab ich das halt gesagt, dass ich das eigentlich nicht tun sollte, ne, weil Massagen und so, ich mein das tut mir wirklich nicht gut, ich muss sagen es klingt zwar komisch, mir tut auch schwimmen nicht gut...“ (IP1 / w / 39)

4.3 Umfeld der Betroffenen

Das Umfeld der InterviewpartnerInnen hat für deren Lebensqualität eine zentrale Bedeutung. Die geleistete oder nicht geleistete Unterstützung beeinflusst die psychischen und physischen Auswirkungen der Schmerzen sowie die Entwicklung der Bewältigungsstrategien. Die Verständnislosigkeit und/oder fehlende Hilfe von Personen im sozialen, beruflichen und therapeutischen Umfeld ist an sich schon eine schmerzhaft Erfahrung. Es kann also zum Rückenschmerz und dessen bereits genannten negativen Auswirkungen auch noch eine weitere psychisch „schmerzliche“ Erfahrung hinzu kommen. Demgegenüber kann Verständnis und Unterstützung den Betroffenen helfen mit den chronischen Rückenschmerzen besser umgehen zu lernen und diese so in das Leben zu integrieren, dass trotz der Schmerzen ein gewisses Maß an Lebensqualität erreicht und erhalten werden kann.

4.3.1 Soziales Umfeld

Mit sozialem Umfeld sind hier die PartnerInnen, Angehörigen, Freunde und Bekannten der interviewten Personen gemeint. Dieses Umfeld, dabei spielt die Familie die bedeutendste Rolle, ist für der Bewältigung des Lebens mit chronischen Rückenschmerzen eine der wichtigsten Komponenten. Eine Interviewpartnerin berichtet über die wertvolle Unterstützung ihres Ehemanns:

„...im Jahr 2000 beim Bandscheibenvorfall hat er mich ein ganzes Jahr quasi in die Badewanne reingehoben, ich hab den Fuß einfach nicht heben können, über dieses Niveau, ein ganzes Jahr lang [...] Also es wäre wirklich unmöglich. Auch vom Finanziellen her jetzt, weil wer kann sich leisten dass er halbzeit arbeiten geht, das sind natürlich Einbußen, das würd ich mir nicht leisten können...“ (IP2 / w / 49)

Auch alle anderen InterviewpartnerInnen beschreiben neben dem Abhängigkeitsfaktor, der in diesem Zitat wieder sehr deutlich wird, auch die unterstützende Funktion, die die Familie im Umgang mit den Schmerzen einnimmt:

„Und im Prinzip, wenn man merkt, man hat dann die Unterstützung und es ist nicht ein Partner da, der einfach das durchmachen will so wie es immer war und keine Rücksicht auf einen nimmt, sondern einfach ok, dann werden wir uns einen anderen Plan zurechtlegen für die Zeit ja, und wenn man merkt, ok

die Unterstützung ist da, dann kommt man über die ganz schlechten Tagen wieder drüber...“ (IP5 / w / 48)

Neben den PartnerInnen können auch Freunde und Bekannte den Betroffenen Unterstützung geben:

„Ah, da muss ich sagen, die nehmen sehr viel, ah puh, sie akzeptieren das einfach. Auch wenn wir Besuch haben und mir geht's wirklich nicht gut. Ich mein helfen sie sogar...“ (IP1 / w / 39)

Eine andere Interviewpartnerin antwortet auf die Frage, ob das Verständnis im sozialen Umfeld vorhanden ist, folgendes:

„Also von jedem ja. Also wenn ich irgendwas Schweres hebe und meine Freunde wissen, ich soll was Schweres heben, greifens sofort zu und nehmen mir das ab, das ist alles ausgesprochen, aber das ist halt der ENGE Freundeskreis...“ (IP2 / w / 49)

So wichtig die Unterstützung im sozialen Umfeld ist, so kränkend ist es auch, wenn das Verständnis fehlt. Eine Frau erzählt, dass die Schmerzen zwar im Freundeskreis *„zur Kenntnis genommen werden“*, aber sonst keine weitere Unterstützung vorhanden ist. Eine weitere Interviewpartnerin erlebt das fehlende Verständnis von Bekannten folgendermaßen:

„...die sagen ,aha, jetzt auf einmal kommen die Ausreden daher‘ ja, das kann man im Alltag genauso haben ja, ich meine, Leute, die das nicht kennen, dass das dann extrem verstärkt da sein kann, oder man eh schon damit, bis zum Limit gespielt hat ja, oder gearbeitet hat und dann auf einmal kann man nicht mehr, ja, da kann schon sein, dass manche Leute das nicht so verstehen, wenn man das selber noch nie gespürt hat, wie das ist...“ (IP5 / w / 48)

Dass das Verständnis von „Leidensgenossen“ größer ist, wird auch von folgender Frau berichtet:

„...gerade in meiner Altersgruppe gibt's halt, ich hab sehr viel mit Krankenschwestern eben wie gesagt auch Freundschaften, und von der Gastronomie durch meinen Mann, wir haben in meinem Bekanntenkreis oder

Freundeskreis, engen Freundeskreis drei mit Bandscheibenvorfällen, alle nur Frauen. Und die sind aber alle schon operiert. Mehrmals sogar, eine davon und somit ist das eigentlich gang und gebe...“ (IP2 / w / 49)

4.3.2 Berufliches Umfeld

Auch die Reaktionen im beruflichen Umfeld können Einflussfaktoren der chronischen Rückenschmerzen darstellen und die Entwicklung von Strategien und somit die Lebensqualität, wenn auch nicht so stark wie das soziale Umfeld, beeinflussen. Eine Frau antwortet im Interview auf die Frage, ob sie sich von ihren ArbeitskollegInnen verstanden fühle, in folgender Weise:

„Alle sind wirklich sehr ah sehr gut für mich und ich hab keine Probleme damit. Wenn ich Schmerzen habe, alle fragen, was brauchst du [...] ich arbeite wie ich gesagt habe, bis ich kann nicht, bis ich sehe, ich kann nicht mehr...“ (IP7 / w / 51)

Eine andere Interviewpartnerin, die zum Zeitpunkt des Interviews aufgrund ihrer Rückenschmerzen ihre Arbeit aufgeben hatte müssen, erzählt von einer großen Hilfsbereitschaft von ihren ehemaligen KollegInnen:

„...das ist akzeptiert worden, also da darf ich nix sagen punkto in der Richtung, sobald ich nicht ins Auto kommen bin, sie haben mich manchmal geholt oder habens mich nach Hause gefahren oder sonst was, weil ich einfach nicht fähig war, mich zu bewegen...“ (IP1 / w / 39)

Viele InterviewpartnerInnen berichten von einem fehlenden Verständnis im beruflichen Umfeld:

„Arbeitgeber sind eher so, dass man sagt wenn man Rückenschmerzen hat ja, dass das eigentlich nicht wirklich akzeptiert wird ja, dass das eher als Ausrede, also zumindest war es bei meinem Arbeitgeber so, dass man schon eher das Gefühl hat, sie will nicht mehr, sie kann nicht mehr, sie mag nicht mehr, so auf die Art als, dass man das akzeptieren könnte, dass das wirklich massiv eine Belastung sein kann...“ (IP5 / w / 48)

Eine andere Interviewpartnerin erwähnt diesbezüglich folgendes Erlebnis:

*„...in der Drehbewegung hab ich schon gemerkt, es hat einen Schnalzer gemacht hinten, und das Verständnis von der Stationsschwester war, nicht vorhanden, mir sind wirklich die Tränen runter geronnen und in der Sekunde ich hab mich überhaupt nicht mehr bewegen können und, die hat überhaupt nicht reagiert drauf, und, hätt mich eigentlich weiterarbeiten lassen...“
(IP2 / w / 49)*

4.3.3 Therapeutisches Umfeld

Da bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen der Kontakt mit dem Gesundheitspersonal häufig ist, haben deren Reaktionen bei der Bewältigung der Schmerzen keine geringe Bedeutung. Enttäuschungen bezüglich der Art, wie im therapeutischen Umfeld mit den Betroffenen umgegangen wird, ist in vielen Interviews ein zentrales Thema.

„Also das was mir standardmäßig vom Arzt angeboten wurde, das hat nicht gewirkt. Also nach diesem Bandscheibeneingriff [...] ich hab da weiterhin die schlimmsten Schmerzen gehabt [...] dem war das völlig egal was nachher war, der hat sich da auch keine Gedanken darum gemacht. Der hat auch nicht gefragt, wie es einem geht oder so. Der hat da seinen Eingriff gemacht und nachher, so Standardtherapien, die auch, wenn die nix wirken [...] ja, nochmal nochmal nochmal...“ (IP4 / w / 63)

Die Erfahrung, dass viele ÄrztInnen sich zu wenig Zeit für die RückenschmerzpatientInnen nehmen und auf den individuellen „Fall“ zu wenig eingehen, wird auch in folgender Aussage deutlich:

„...ich sag immer, die Ärzte nehmen sich halt weniger Zeit. Man ist eher schon eine Nummer. Wenn man privat zum Arzt, wenn man das Geld hätte, der horcht dann mehr zu oder die reden mehr, es ist schon anders als wie, die fertigen einen ab wie eine Nummer, sagen wir so, des und des is, schauen sich den Befund an, naja jetzt kann man eine Spritze geben, wenn das nicht mehr hilft, eine Operation, und das war's. Wenn ich so Massagen oder des

brauch, da frag ich, kann ich das wieder haben, weil von sich aus, kommens eigentlich nicht...“ (IP8 / w / 65)

Im Folgenden wird ein Interviewpartner zitiert, der über seine Erfahrungen in einer Notfallambulanz berichtet:

„Dort landet man dann, die sprechen mit einem kurz [...] ja sie haben sich schon beschäftigt naja was machen’s: Infusion, Schmerzmittel fertig und dann hab ich gsagt ‚Naja und jetzt?‘, ‚Naja, bleibn’s da liegen und morgen können’s eh wieder gehen‘. Ich konnte am nächsten Tag nicht gehen, ich konnte zwar wieder stehen, also diese Schmerzmittel sind doch ziemliche Hemmer, wenn man da an der Infusion hängt, es hat geholfen und hab dacht, naja vielleicht wird’s ja wieder und dann hab ich gfragt: ‚Na wie komm ich denn jetzt z’haus?‘, er hat gsagt ‚Naja, können’s gehen, Sie können eh stehen, fahrn’s fahrn’s öffentlich mit dem Taxi‘, hab ich gsagt: ‚Nein, das geht sicher nicht, weil ich kann mich nicht bücken und es es tut immer noch weh‘, dann kriegt man einen Krankentransport, auf den hab ich dann zwei Stunden gewartet, was mir auch wurscht war, weil Hauptsache es kommt wer...“ (IP6 / m / 43)

Neben diesem Aspekt sprach er auch noch einen anderen Punkt in diesem Zusammenhang an:

„...interessant war, dass man da, ich bin da am Gang gelegen in der Notaufnahme und dann nach der Infusion kümmert sich niemand mehr um dich [...] Du liegst dort, es war relativ kalt noch vor drei Monat, da hat’s zogen ohne Ende, ich hab trotzdem einen Pullover mit gehabt, den hab ich mir dann um den Hals gelegt, weil da hat’s hingezogen, weil sonst hätt ich mir dann die nächste Verspannung geholt ohne Ende, ah die fragen dich nicht: ‚Wolln’s eine Decke, brauchen Sie was, geht’s Ihnen gut?‘, bis in der Früh, die hätten mich überhaupt vergessen, wenn ich wenn ich nicht gsagt hätt: ‚Was ist jetzt mit mir?‘ hätten die mich dort liegen lassen bis zum Sankt Nimmerleinstag...“ (IP6 / m / 43)

Solche Erfahrungen sind prägend und für einen positiven Umgang mit den Schmerzen hinderlich. Der Mann hat Schmerzen und dies wird nach der erfolgten „Standardbehandlung“ nicht mehr beachtet. Hier wird wieder die „Unsichtbarkeit“ der

Rückenschmerzen bemerkbar. Die Schmerzen und der Schmerzpatient werden nicht beachtet und „gesehen“.

Der Mann erzählt im Interview weiter, dass er sich auch bei dem anschließenden Besuch bei einem Orthopäden „verlassen fühlte“:

„Ich bin hingekommen und hab gesagt, ich hab Schmerzen, ich hab halt Stehen und Gehen können, mein Gott, hurra, sein wir froh, und dann hab ich ihm das erklärt, was ich, dass ich grad in der Notfallambulanz war, ja das war auch interessant, ah und die haben mir ein Mittel Medikament aufgeschrieben, das ich mir angeschaut hab und wo ich mir gedacht hab, das nimm ich nicht [...] Da ist drinnen gestanden, man kann plötzlich an Darmblutungen sterben etc., also es waren zwei Sachen drinnen, wo man plötzlich sterben kann wo´s dafür keinen Erklärung gibt. Also ein sehr starkes Medikament [...] und da hab ich mich erbot ihm das zu sagen, dass ich das nicht nimm [...] da muss was anders auch geben, und das war glaub ich auch der Zeitpunkt, wo er dann ganz, ich sag´s mal mit meinen Worten, deppert worden ist. [...] hat er gemeint, ja genau, das waren ziemlich genau die Worte, er hat gemeint: ‚Das wäre das Einzige gewesen, was Ihnen geholfen hätte‘, und das glaub ich schon mal gar nicht. Das ist für, ich mein, der muss mich ja für dumm halten, wenn er mit mir so spricht, weil das gibt es nicht, es gibt immer mehrere Medikamente für alles, das ist unmöglich, dass das das Einzige ist, was hilft, und er hat auch nicht gefragt, warum ich´s nicht genommen hab, das war ihm auch wurscht. Und dann hab ich gsagt, ich kann mich ja kaum noch bewegen. Hat er gsagt: ‚Das, was ich Ihnen, Einzige was ich Ihnen noch anbieten kann ist eine Spritze‘. Dann hab ich gsagt, na die letzte, hat aber nicht so gholfen, mir war schlecht drauf. Hm seine Worte waren dann: ‚Naja, wollen Sie eine Spritze oder wolln´s keine?‘ Natürlich hab ich eine genommen, weil ich eben gehofft hab, es wird besser, es ist nicht besser geworden und ein paar Tage später war ich sowieso im Spital. Und da war ich sehr überrascht, dass ihm das so egal war, warum ich dieses Medikament nicht nimm. Für den war ich sofort ein Hypochonder oder, pff, geisteskrank oder, pff, jemand der mit Ärzten kein Vertrauen hat, den braucht er nicht, es war wirklich schlimm. Weil da fühlt man sich als Patient verlassen...“ (IP6 / m / 43)

Von den RückenschmerzpatientInnen wird der Wunsch geäußert, dass sich ÄrztInnen mehr Zeit für ihr „Schmerzproblem“ nehmen sollen. Am treffendsten hat dies folgende Interviewpartnerin formuliert:

„...ich glaub da fehlt mir ein bisschen die Fürsorge auch, ich glaub wenn man zu einem Arzt geht, muss man, ich mein ich weiß, dass die Ärzte sehr unter Zeitdruck sind, aber bei manchen merkt man wirklich, dass sie unter Zeitdruck sind und grade wenn man solche Geschichten hat, ist ja ganz wurscht ob das Rückenschmerzen oder Bauchweh oder was auch immer ist, ich glaub wenn man das Gefühl hat, der Arzt nimmt für sich selber oder für den Patienten Zeit, dann hat man schon sehr viel gewonnen, weil gerade im Gespräch, im Zuhören, ich denke das gehört schon zu einer guten Therapie dazu, das ist bei manchen nicht so der Fall gewesen...“ (IP10 / w / 59)

Eine einzige Frau von den insgesamt zehn InterviewpartnerInnen berichtete über keinerlei negative Erfahrungen in Bezug auf die professionellen Helfer in den Gesundheitseinrichtungen:

„Also dass ich sag im Krankenhaus, das man einfach sagt so unter Anführungszeichen so im Dialekt so ogschasselt wird, das war noch nie, also im Gegenteil [...] auch die Orthopäden muss ich sagen [...] der hat sehr wohl auch geschaut, ob ich wirklich, wirklich untersucht, net? Also nicht, dass man sagt, jetzt ist die schon wieder da, ich mein, was will denn die. Also das muss ich sagen, das nicht. Also von der Behandlung her, kann ich wirklich über keinen was sagen. Also da bin ich wirklich, gut, manche wenn sie die Magnetresonanz gesehen haben, haben gesagt, na dass sie überhaupt noch stehen können...“ (IP1 / w / 39)

In diesem Zitat wird deutlich, dass ein Befund, der die Rückenschmerzen der PatientInnen aus medizinischer Sicht ausreichend begründet, dazu führen kann, dass die Reaktionen vom Gesundheitspersonal positiv erlebt werden. Doch ist der Weg bis zur Diagnose, wie in vielen Aussagen der InterviewpartnerInnen deutlich wurde, oft langwierig und im Falle von unspezifischen Rückenschmerzen kommt es häufig zu keiner eindeutigen Ursachenklärung.

So hat auch diese Interviewpartnerin die Erfahrung gemacht, dass ihre Rückenschmerzen erst dann „sichtbar“ werden, wenn eine Ursache für die Schmerzen gefunden wird:

„...also in dem Moment, wo der, wo die Diagnose klar ist, reagiert ja auch jeder positiv, ne? Ich glaub es kommt auf die richtige Diagnose an, im Endeffekt ah wirklich, und dann auch die richtige Strategie, das zu beheben und ah, also, in meinem Fall, jetzt sag ich mal [...] das ist die Diagnose und dann wird das gemacht und dann ist das auch ok...“ (IP4 / w / 63)

Anschließend an diese deskriptive Darstellung der Ergebnisse wird nun in den darauffolgenden Kapiteln eine zusammenfassende Erklärung der Erkenntnisse abgegeben und der Bezug zum theoretischen Hintergrund der Arbeit diskutiert. Den Schlussteil der Arbeit bilden die Erläuterungen zu den Implikationen für die Pflegepraxis und die Pflegeforschung.

5 Abschließende Erklärung

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die Frage, welche Auswirkungen chronische Rückenschmerzen auf die Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen haben. Die Erkenntnisse aus der Analyse der Interviews bestätigen, dass es sich bei Schmerz um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt. Die subjektive Wahrnehmung von Rückenschmerzen hängt von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ab, die im Leben der Betroffenen sehr stark variieren können. In der folgenden Abbildung wird das Zusammenspiel der im Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse anschaulich abgebildet.

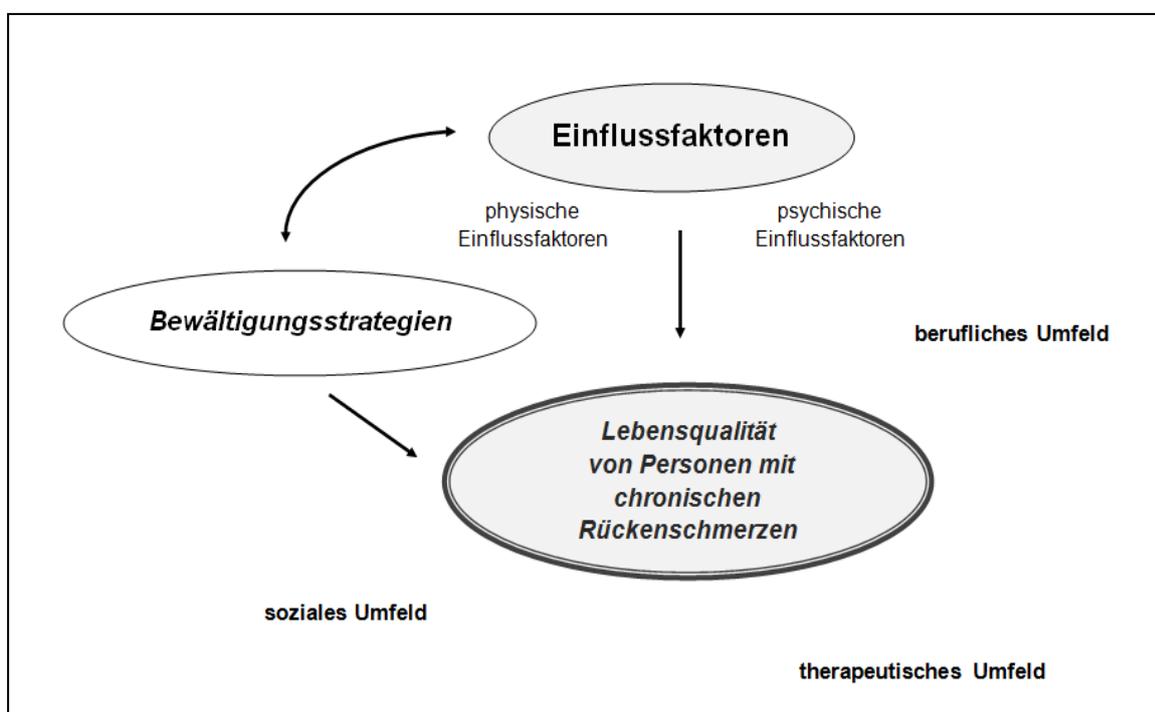


Abbildung 9: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Die **physischen und psychischen Einflussfaktoren**, die durch die chronischen Rückenschmerzen entstehen, und sich auf die Lebensqualität auswirken sind folgende: Die unterschiedliche Schmerzintensität und der unterschiedliche zeitliche Verlauf der Schmerzen – ob es sich um permanente oder häufigere bzw. seltenere Schmerzphasen handelt – beeinflussen die körperliche Einschränkung der Personen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden, sehr ungleich. Reagieren Personen mit Nebenwirkungen auf verschriebene Medikamente, ist dies ein zusätzlicher Einflussfaktor, der sich negativ auf die Lebensqualität auswirkt. Auch der Verlust an Schlafqualität bedeutet für die Betroffenen meist einen großen Verlust an körperlichem Wohlbefinden. Eine vorhandene oder wiedergewonnene Schlafqualität kann für die Lebensqualität eine große

Verbesserung mit sich bringen. Ängste bezüglich des Verlaufs der Schmerzen und das Gefühl der Abhängigkeit von Mitmenschen bringen psychische Belastungen mit sich. Auch zusätzliche Belastungsfaktoren wie berufliche Anforderungen, denen nicht mehr gerecht werden kann, und finanzielle Einschränkungen, die durch die Kosten für Therapien entstehen, können sich negativ auf die Psyche der Betroffenen auswirken. Demgegenüber können positive Erfahrungen mit Therapien das physische sowie psychische Wohlbefinden steigern.

Bewältigungsstrategien: Die vielschichtigen und je nach individueller Situation unterschiedlich akzentuierten Einflussfaktoren wirken sich auch auf die Strategien, die im Laufe des Lebens mit chronischen Rückenschmerzen entwickelt werden, aus. Die Bewältigungsstrategien stehen in wechselseitigem Zusammenhang mit den Einflussfaktoren und erwachsen im Zuge eines Lernprozesses, der sehr stark von den persönlichen Ressourcen der Betroffenen beeinflusst wird.

Das **soziale, berufliche und therapeutische Umfeld** beeinflusst die Lebensqualität von Personen mit chronischen Rückenschmerzen maßgeblich und wirkt auch auf die Einflussfaktoren sowie auf die Entwicklung von Strategien. Unterstützung und Verständnis im sozialen Umfeld können die Alltagsbewältigung erleichtern, zusätzliche Belastungen vermeiden und somit positiv auf die physischen und psychischen Einflussfaktoren wirken. Im Gegensatz dazu kann fehlendes Verständnis beispielsweise Ängste verstärken, die Gefühlslage der Betroffenen verschlimmern und ihnen eine schwer aufzubringende Kraft für die Bewältigung der alltäglichen Aufgaben abverlangen. Auch zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien kann das soziale Umfeld durch Hilfe und Beistand positiv beitragen. Adäquate und an die individuelle Situation der Betroffenen angepasste Hilfeleistungen im therapeutischen Umfeld können physische und psychische Belastungen reduzieren sowie einen positiven Einfluss auf den Bewältigungsprozess nehmen. Eine angepasste Schmerztherapie kann Nebenwirkungen verhindern oder verringern und die Hoffnung stärken, dass es wirksame Medikamente und Maßnahmen gibt, die in massiveren Schmerzphasen eine Linderung bewirken können. Haben die Betroffenen das Gefühl, dass ihnen die Rückenschmerzen vom Gesundheitspersonal nicht geglaubt werden, kann dies zu einem Gefühl tiefster Verzweiflung führen. Zudem kann die Untergrabung der Autonomie und des Wissens der Betroffenen – denn auch sie sind ExpertInnen bezüglich des eigenen gesundheitlichen Problems – ein Gefühl von Verlassenheit und Kränkungen verursachen. Auch die Verständnislosigkeit von KollegInnen im beruflichen Umfeld führt zu schmerzhaften Erfahrungen. Wiederum kann

Unterstützung und Verständnis das Arbeitsumfeld positiv beeinflussen und die Beibehaltung der beruflichen Tätigkeit ermöglichen.

6 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse vor dem zuvor dargestellten theoretischen Hintergrund diskutiert. Mit der vorliegenden Studie wurde primär das Ziel verfolgt, die Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen darzustellen ohne in eine vorschnelle Kategorisierung zu verfallen. Die ermittelten Kernkategorien „Einflussfaktoren“, „Strategien“ und das „Umfeld der Betroffenen“ wurden induktiv aus dem Datenmaterial erschlossen und waren bei der übersichtlichen Darstellung der mannigfachen Auswirkungen der Rückenschmerzen auf die Lebensqualität der InterviewpartnerInnen hilfreich.

Die Erkenntnisse aus den Interviews haben gezeigt, dass es sich bei Rückenschmerz nicht um ein einheitliches gesundheitliches Problem handelt, was auch Kröner-Herwig (2000) schon verdeutlicht hat. Chronische Rückenschmerzen sind individuell von ungleichen Bedingungen, Verläufen und Prognosefaktoren bestimmt. Daher scheint eine Erweiterung der beiden Kategorien „persistierende“ und „rezidivierende“ Rückenschmerzen sinnvoll, wie es auch Tamcan et al. (2010) schon vorgeschlagen haben. Das bedeutet, chronische unspezifische Rückenschmerzen können zudem als multiple Schmerzen bezeichnet werden, da einerseits meist mehrere Schmerzorte entlang der Wirbelsäule beschrieben wurden und diesen Schmerzorten andererseits unterschiedliche Ursachen zu Grunde lagen. So kann zum Beispiel ein Bandscheibenvorfall in der Lendenwirbelsäule von unspezifischen Schmerzen in der Halswirbelsäule begleitet werden. Dies deckt sich auch mit den Ausführungen von Kröner-Herwig (2004).

Die Bedeutung des Aspekts des „sozialen Umfelds“, welcher auch schon von Pfingsten und Hildebrandt (2004) in deren Modell aufgenommen wurde, konnte auch in dieser Untersuchung nachgewiesen werden. In Bezug auf die Bewältigungsstrategien konnten jedoch einige Aspekte sichtbar gemacht werden, die auch dieses, schon recht umfangreiche Modell (Zitation Pfingsten und Hildebrandt, 2004) des chronischen Schmerzes sinnvoll erweitern könnten. Ein Beispiel dafür ist der Aspekt, dass die Entwicklung solcher Strategien von einem Lernprozess begleitet wird und eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Schmerzen spielt.

Das Vermeidungs- und Schonverhalten, das im „kognitiv-behavioralen Chronifizierungsmodell“ von Pfingsten und Hildebrandt (2004) und im „fear-avoidance

Modell des chronischen Rückenschmerzes“ von Kröner-Herwig (2000) dargestellt wird, konnte bei den durchgeführten Interviews nur hinsichtlich weniger Aspekte festgestellt werden, was eventuell auf die Charakteristika des Samples zurückgeführt werden kann. Im Zuge der Schmerzen reduzierten die InterviewpartnerInnen beispielsweise Aktivitäten der Freizeitgestaltung was den Verlust an sozialen Kontakten nach sich ziehen kann. Jedoch das Wissen, dass Bewegung eine positive Wirkung auf das Schmerzgeschehen hat, ist bei nahezu allen InterviewpartnerInnen vorhanden. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen durch die Kontaktaufnahme zu einer Einrichtung, die gezielt Muskelaufbautraining für RückenschmerzpatientInnen anbietet, erreicht wurde. Weitere drei InterviewpartnerInnen wissen durch ihre berufliche Tätigkeit in Gesundheitseinrichtungen von den Auswirkungen eines Bewegungsmangels auf die Rückenschmerzen. Jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich auch bei diesen „gut informierten“ Personen ein unbewusstes Rückzugs- und Schonverhalten entwickelt hat, wodurch beispielsweise ungewollte Haltungsfehler und falsche Gehmuster entstehen können.

Insbesondere das Fehlen einer spezifischen Diagnose der Schmerzursachen erwies sich als enorm belastender Aspekt im Erleben der chronischen Schmerzerkrankung. In Anbetracht der Aussage von Schöps und Hildebrandt (2001), die darauf hinweisen, dass 70 bis 80 Prozent der Rückenschmerzen auf keine spezifische Ursache zurückzuführen seien, gibt es diesbezüglich Aufklärungsarbeit zu leisten. Das Fehlen einer identifizierbaren körperlichen Ursache der Rückenschmerzen kann dazu führen, dass professionelle Akteure aus der Gesundheitsversorgung den Betroffenen keinen oder wenig Glauben schenken, was diese zweifelsohne zu spüren bekommen, wie es auch die Mehrheit der InterviewpartnerInnen berichtet. Dass Reaktionen von professionellen Akteuren, die bei PatientInnen Gefühle der „Verlassenheit“ auslösen, für einen positiven Umgang mit den Schmerzen nicht förderlich sind, bleibt ohne Frage. Alle geäußerten Schmerzen sind real vorhanden, unabhängig von der Ursache (McCaffery, et al., 1997), ein Bewusstsein, das möglicherweise nicht bei allen professionellen Akteuren im Gesundheitswesen vorhanden ist. Kröner-Herwig (2000) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei RückenschmerzpatientInnen beispielsweise eine hypochondrische Störung generell auszuschließen sei, da diese selten glauben, an einer gefährlichen Krankheit zu leiden. Zudem hat nahezu jeder Schmerz sowohl physische, als auch psychische Komponenten (Birbaumer & Schmidt, 2010; Osterbrink & Stiehl, 2004).

„*Wirbelsäulenschmerzen sieht man nicht*“ – so hat es eine Interviewpartnerin formuliert. Möglicherweise könnte eine verstärkte Aufklärung über den Zusammenhang zwischen

körperlichen Defekten und dem vorhandenen Schmerz dazu führen, dass der individuellen Komponente im Schmerzgeschehen in der heutigen Gesundheitsversorgung vermehrt Bedeutung zukommt. Ebenso wie für viele Rückenschmerzen keine körperliche Ursache gefunden werden kann, muss ein diagnostizierter Bandscheibenvorfall oder Abnützungserscheinungen der Wirbelsäule nicht in ursächlichem Zusammenhang mit auftretenden Schmerzen stehen (Pfungsten & Hildebrandt, 2004). Die geschilderten negativen Erfahrung im therapeutischen Umfeld der InterviewpartnerInnen könnten darauf zurückgeführt werden, dass Rückenschmerzen zu stark medikalisiert werden: Wenn keine Ursache gefunden wird, existiert aus medizinischer Sicht auch kein gesundheitliches Problem. Diese Medikalisierung war möglicherweise auch der Grund für die Problematik bei der Rekrutierung von InterviewpartnerInnen mit unspezifischen Rückenschmerzen.

Wirbelsäulenschmerzen werden im Gesundheitssystem jedoch dann sichtbar, wenn der Blick auf die Kosten für Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und für nicht geleistete Arbeitstage aufgrund von Rückenschmerzen gerichtet wird. Angesichts der Tatsache, dass Rückenschmerz eines der Gesundheitsprobleme mit sehr hohen Folgekosten ist, zumindest gilt dies in den westlichen Industrieländern (Kröner-Herwig, 2000), nimmt die Bedeutung einer adäquaten Versorgung dieser PatientInnengruppe zu.

Die Erkenntnisse zeigen, dass die häufig erwähnten „Standardtherapien“ nicht auf die individuellen Bedürfnisse der RückenschmerzpatientInnen angepasst sind. Zudem werden geäußerte Bedürfnisse und das Wissen über wirksame oder nicht wirksame Maßnahmen für die eigene Schmerzerkrankung in der Behandlung häufig nicht angemessen berücksichtigt. Viele InterviewpartnerInnen wussten genau, ob beispielsweise Wärme oder Kälte die Schmerzen lindert oder ob die angeordnete Kur oder spezifische Therapie für sie wirksam sein kann, nachdem sie bereits auf einige Erfahrungen in der Behandlung zurückblicken konnten. Dieses Wissen wird in der Versorgungspraxis häufig nicht in die Therapiewahl mit einbezogen. Ebenso auf Anliegen, wie die Ablehnung von nebenwirkungsreichen Medikamenten wird in der allgemeinen Versorgung wenig eingegangen. In den Interviews wurde der Aspekt ersichtlich, dass die meist verwendete „alternative“ Diagnose, die Schmerzen seien eine Abnützungserscheinung, mitunter dazu führen kann, dass die Betroffenen jahrelang Schmerzen erleiden müssen, gegen die es vielleicht eine geeignete Therapie gäbe.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die subjektive Komponente des Schmerzerlebens bereits in den wissenschaftlichen Diskurs aufgenommen wird. Jedoch konnten durch die hier vorliegende Arbeit weitere Aspekte aufgezeigt werden, wie die

große Gruppe der RückenschmerzpatientInnen mit den Auswirkungen der chronischen Erkrankung umgeht und welche Belastungen sich durch die „Unsichtbarkeit“ und die „Suche nach Schmerzlinderung“ ergeben. Denn was in der Theorie bereits bestätigt wird – dass Rückenschmerz immer von individuellen Faktoren bestimmt ist und nicht auf die körperliche Komponente reduziert werden kann – bleibt in der Versorgungspraxis immer noch zweitrangig.

7 Implikationen für die Pflege

Das Manko in der Versorgung von SchmerzpatientInnen liegt allem Anschein nach immer noch in der zu stark biomedizinischen Perspektive auf die Rückenschmerzen. In den Interviews wurde deutlich, dass an jenem Punkt, an dem die medizinische Versorgung (Verschreibung von Medikamenten, Injektionen oder Therapien, die durchgeführte bildgebenden Diagnoseverfahren, etc.) abgeschlossen ist, sich die PatientInnen beim weiteren Umgang mit den Beschwerden allein gelassen fühlen. Speziell in dem Moment, in dem die ärztliche Versorgung endet, aber nicht nur hier, kann die Pflege ansetzen und durch gezielte Schulung, Beratung und Anleitung, den/die PatientIn bei der Bewältigung der Rückenschmerzen unterstützen. Insbesondere bei chronischen Schmerzerkrankungen könnte eine beratende Tätigkeit und Unterstützung von Seiten der Pflege eine nachhaltige positive Bedeutung in der Schmerzversorgung und bei der Bewältigung der Beschwerden haben. RückenschmerzpatientInnen könnten beispielsweise durch eine Beratung zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerztherapie, bei der Suche nach einer geeigneten Therapie unterstützt werden. Denn oftmals stehen die Betroffenen vor dem Problem, dass die angebotenen schulmedizinischen Maßnahmen gegen ihre Schmerzen nicht oder nicht mehr wirken. Durch eine gezielte, an das individuelle Schmerzphänomen angepasste Beratung könnte die Suche nach der geeigneten Therapie positiv unterstützt werden und ein für die betroffenen belastender „Therapiemarathon“ vermieden werden.

Allerdings, wenn in der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur davon gesprochen wird, dass „die professionelle Pflege der Eckpfeiler“ im Schmerzmanagement ist, so wird dieser Aspekt im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit in einer anderen Hinsicht deutlich. Denn was die Pflege betrifft, so wird diese nicht als Eckpfeiler, sondern in einer weit entfernten „Ecke“ und kaum als relevante Instanz in der Schmerzversorgung wahrgenommen, obwohl viele der InterviewpartnerInnen in verschiedenen Gesundheitsinstitutionen stationäre Aufenthalte durchlaufen hatten. Die Aussagen bezüglich der pflegerischen Betreuung beschränken sich auf die Erfahrung, dass das Pflegepersonal „nett“ war und SchmerzpatientInnen ohnedies gut aufgehoben sind, wenn der „richtige Arzt“ oder die „richtige Ärztin“ gefunden wurde. Neben der „Unsichtbarkeit“ von Rückenschmerzen im Gesundheitswesen ist also auch die Pflege, zumindest für die InterviewpartnerInnen, im Zuge ihrer Schmerzversorgung eher „unsichtbar“ geblieben.

In der pflegerischen Betreuung von SchmerzpatientInnen steckt also noch viel Potenzial, welches in der Praxis noch nicht ausgeschöpft wird. Die Basis für eine adäquate Versorgung von SchmerzpatientInnen ist die Herstellung einer vertrauensvollen Pflegebeziehung. Dazu ist das Verständnis von Seiten des Pflegepersonals bezüglich der Schmerzwahrnehmung und deren individuellen Komponenten notwendig. Die hier vorliegende Arbeit hat die subjektive Wahrnehmung von RückenschmerzpatientInnen offen gelegt und einen Einblick gegeben, welche individuellen Auswirkungen chronische Rückenschmerzen für die Betroffenen mit sich bringen. Dieses Wissen sollte schon in der Grundausbildung, aber auch in der angewandten Praxis und bei Weiterbildungen vermittelt werden, um Pflegekräfte für die besonderen Aspekte von chronischen Rückenschmerzen zu sensibilisieren. Es ist notwendig, die „Unsichtbarkeit“ von Rückenschmerzen zu thematisieren, die die Betroffenen im Versorgungsalltag erleben, insbesondere wenn die medizinische Ursachendiagnose fehlt. Dabei ist es auch wichtig, auf die zusätzliche psychische Komponente im Schmerzgeschehen aufmerksam zu machen, ohne den Rückenschmerz dabei auf diese psychische Seite zu reduzieren. Dies könnte mitunter den Trugschluss vermitteln, manche Rückenschmerzen seien bloß psychisch und nicht „real“. Denn von hypochondrischen Zügen oder der Simulierung von Schmerzen ist speziell bei RückenschmerzpatientInnen grundsätzlich nicht auszugehen. Es ist notwendig, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass jegliche Schmerzwahrnehmung, ob nun von körperlichen oder psychischen Aspekten dominiert, Auswirkungen auf das Wohlbefinden der PatientInnen hat. Denn vor dem Hintergrund der Verantwortung der Pflege für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der PatientInnen, liegt in der Wahrnehmung der individuellen Situation der PatientInnen eine spezielle Herausforderung, die adäquates Schmerzmanagement ermöglicht.

Die Pflege könnte zusätzlich eine Art „Advokat-Rolle“ im Schmerzmanagement übernehmen und individuelle Situationen auch im interdisziplinären Team zum Thema machen, um zu verhindern, dass der/die PatientIn und dessen Schmerzphänomen „unsichtbar“ bleibt. Wird den PatientInnen auch in dieser Form der „Rücken gestärkt“, könnte möglicherweise das „Gefühl der Verlassenheit“ innerhalb der Versorgungspraxis, verringert werden. Damit die Pflege diese Rolle übernehmen und die anderen erwähnten Maßnahmen in der Praxis umsetzen kann, bedarf es einer fundierten Wissens- und Handlungsgrundlage.

8 Implikationen für die Pflegewissenschaft

Um angepasste Wissens- und Handlungsanleitungen für die professionellen AkteurInnen im Gesundheitswesen entwickeln zu können, sind weitere Studien zur Erforschung der subjektiven Wahrnehmung von chronischen Rückenschmerzen und anderen spezifischen Schmerzphänomenen wünschenswert.

Durch den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ ist bereits eine fundierte Basis für ein adäquates Schmerzmanagement von akuten und tumorbedingten Schmerzen gegeben. Ein Maßnahmenkatalog für das Schmerzmanagement anderer chronischer Schmerzzustände wäre eine weitere positive Entwicklung, um eine Wissens- und Handlungsgrundlage für die Unterstützung von SchmerzpatientInnen bei der Bewältigung des Alltags schaffen zu können. Auch die Entwicklung entsprechender Pflegediagnosen ist notwendig, damit in der Praxis entsprechende Pflegepläne konzipiert werden können.

Um den Anforderungen, die unter anderem auch durch die soziodemografischen Veränderungen in der Bevölkerung unvermeidbar wachsen, gerecht zu werden, bedarf es weiteren pflegewissenschaftlichen Studien zum Thema Schmerzversorgung und Symptommanagement, die auch auf die unterschiedlichen chronischen Schmerzzustände und auf deren individuellen Komponenten und Handlungserfordernisse eingehen.

9 Stärken und Limitationen der Arbeit

Die Literatur weist darauf hin, dass Bewältigungsanforderungen, verfügbare Ressourcen oder die Effizienz von Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer Erkrankung nicht nur von den Spezifika der jeweiligen Erkrankung abhängen, sondern auch vom Geschlecht der SchmerzpatientInnen (Grande, 2009; Keogh, McCracken, & Eccleston, 2005). Die vorliegende Studie kann dem Anspruch einer geschlechterspezifischen Betrachtung der Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität jedoch nicht gerecht werden. Der Grund hierfür ist, dass die vergleichsweise geringe Anzahl an männlichen Teilnehmern keine Aussagen über die Unterschiede des Schmerzerlebens zwischen Frauen und Männern zulässt. Es kann jedoch positiv hervorgehoben werden, dass durch die breit angelegten Einschlusskriterien eine große Vielfalt an Interviewpersonen und somit eine große Datenvielfalt erreicht werden konnte, die den Ansprüchen einer Darstellung der vielfältigen Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen gerecht werden konnte.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde als Analysestrategie eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mit Aspekten der Grounded Theory kombiniert.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring diente als Ausgangspunkt zur Strukturierung der Datenvielfalt, vertiefend wurden Elemente der Grounded Theory aufgegriffen, um Kategorien auszuarbeiten, die direkt aus der subjektiven Wahrnehmung der InterviewpartnerInnen abgeleitet und somit gut geeignet sind, die Lebensrealität aus ihrer Perspektive zu erfassen.

Bei der Grounded Theory ist ein stetiger Wechsel zwischen Datenanalyse und -sammlung vorgesehen, d.h. die Auswahl der InterviewpartnerInnen ist nicht zu Beginn festgelegt. Diese Vorgehensweise konnte im Rahmen dieser Arbeit aus Gründen der Forschungseffizienz nicht zum Einsatz kommen. Jedoch konnten durch die Anwendung des axialen und offenen Kodierens die im bestehenden Datenmaterial enthaltenen Aspekte einer differenzierteren und tiefergehenden Analyse unterzogen werden, als dies durch die Inhaltsanalyse alleine möglich gewesen wäre.

10 Schlussfolgerung

Das Ziel dieser Diplomarbeit war die Darstellung der Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Diese Darstellung erfolgte im Zuge einer deskriptiven Schilderung des physischen und psychischen Wohlbefindens und der Einflussfaktoren auf den Alltag der Betroffenen.

Die Erfahrung, dass in der medizinischen Versorgung individuelle Krankheitsbildern sowie unterschiedliche Bedingungen und Verläufe von Rückenschmerzen kaum beachtet werden, ist neben der individuellen Komponente im Schmerzerleben eine Gemeinsamkeit in den Erlebnissen der InterviewpartnerInnen. Darüber hinaus ist die wohl die bedeutendste negative Auswirkung, die hier erwähnt werden soll, die psychische Belastung, die für die RückenschmerzpatientInnen aus dem oft gegebenen „Therapiemarathon“ (d.h. der Suche nach einer geeigneten Behandlung und Betreuung) entsteht.

Nicht zuletzt entsteht als Folge der Rückenschmerzproblematik mitunter eine Reihe von Kosten für Behandlungen sowie für den Verdienstentgang aufgrund des Verlusts der Erwerbstätigkeit oder für einen Rentenantritt, bedingt durch die Arbeitsunfähigkeit. Durch eine besser angepasste Schmerzversorgung könnten diese Kosten verringert werden. Angesichts des immer größer werdenden Stellenwerts des Gesundheitsproblems „Rückenschmerz“ in der industrialisierten Gesellschaft wird auch in Zukunft eine enorme finanzielle Belastung des Gesundheitssystems entstehen, der durch geeignete Maßnahmen und angepasste Strategien begegnet werden könnte.

Die Erkenntnisse dieser Studie betonen die Notwendigkeit, der individuellen Komponente von chronischen Rückenschmerzen und der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen in der Ausbildung, der Versorgungspraxis, sowie in der wissenschaftlichen Arbeit vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken.

11 Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag.
- Bernatzky, G. & Likar, R. (2009). Lebensqualität erhalten – was Pflege dazu beitragen kann. In R. Likar, G. Bernatzky, D. Märkert & W. Ilias (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien / New York: Springer Verlag, 13-14.
- Bernatzky, G., Likar, R., Ausserwinkler, M., Sittl, R., Wendtner, F. & Wenzel, G. (Hrsg.). (2004). *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag.
- Beubler, E. (2008). *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie. Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten* (4. Auflage). Wien: Springer Verlag.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2010). *Biologische Psychologie* (7. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bishop, A., Thomas, E. & Foster, N. E. (2007). Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*, 132 (1-2), 91-101.
- Bouhassira, D., Lantéri-Minet, M., Attal, N., Laurent, B. & Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136 (3), 380-387.
- Bullinger, M., Kohlmann, T., Porzsolt, F., Rist, C., Weber, H. J. & Glaeske, G. (Hrsg.). (1997a). *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung - Anforderung - Akzeptanz*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag.
- Bullinger, M., Kohlmann, T., Porzsolt, F., Rist, C., Weber, H. J. & Glaeske, G. (Hrsg.). (1997b). *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz*. Stuttgart / New York: Schattauer Verlag.

- Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Carroll, L. J., Cassidy, J. D. & Côté, P. (2004). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 107 (1-2), 134-139.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (Hrsg.). (2005). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück.
- Dunkel, M. R. (2004). *Das Kreuz mit dem Kreuz. Rückenschmerzen psychosomatisch verstehen und behandeln*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Dysvik, E., Lindstrøm, T. C., Eikeland, O.-J. & Natvig, G. K. (2004). Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5 (2), 66-74.
- Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B. (2000). Lebensqualität und Funktionskapazität bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, 183-193.
- Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J., et al. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136 (1-2), 177-187.
- Frede, U. (2007). *Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten*. Groß Umstadt: Pabst Science Publishers.
- Gatchel, R. J. & Oordt, M. S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Korb, J. & Kramer, S. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 16 (4), 271-284.
- Gerstle, D. S., All, A. C. & Wallace, D. C. (2001). Quality of life and chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, 2 (3), 98-109.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2005). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2008). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Grande, G. (2009). Chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter – Geschlechtsspezifische Aspekte. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber, 321-340.
- Gruber, K. (2007). *Befund und Befinden im Zusammenhang mit Lebensqualität von chronischen Schmerzpatienten*. Diplomarbeit, Universität Wien.
- Gugerell, M. (2006). Schmerz in guten Händen: Schmerzmanagement in der Hauskrankenpflege. *PROCARE*, 2006 (10), 14-16.
- Hexel, M. & Sokal, I. (2002). Schmerz aus medizinspsychologischer Sicht. In O. Frischenschlager, M. Hexel, B. Hladschik, U. Kropiunigg, I. Pucher, M. Schjerve, G. Sonnek & K. Spiess (Hrsg.), *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen* (7. Auflage). Wien: Facultas, 212-219.
- Hinz, M., Dörre, F., König, P. & Tackenberg, P. (Hrsg.). (2003). *ICNP. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis*. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Verlag Hans Huber.
- Hunfeld, J. A. M., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W. A., et al. (2001). Chronic Pain and Its Impact on Quality of Life in Adolescents and Their Families. *J. Pediatr. Psychol.*, 26 (3), 145-153.
- Iglseder, B. (2009). Nachwort: Schmerztherapie in der Pflege. In R. Likar, G. Bernatzky, D. Märkert & W. Ilias (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien / New York: Springer Verlag, 509.

- Katz, N. (2002). The Impact of Pain Management on Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (1S), S38-S47.
- Keogh, E., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2005). Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114 (1-2), 37-46.
- King, C. R. & Hinds, P. S. (2001a). *Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie - Forschung - Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- King, C. R. & Hinds, P. S. (2001b). *Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kröner-Herwig, B. (2000). *Rückenschmerz*. Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe Verlag.
- Kröner-Herwig, B. (2004). Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.-P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (5. Auflage). Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag, 3-16.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2004). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.-P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (5. Auflage). Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag, 499-524.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. v. & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9 (1), 15-24.
- Mason, V., Skevington, S. & Osborn, M. (2009). A measure for quality of life assessment in chronic pain: preliminary properties of the WHOQOL-pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 32 (2), 162-173.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas Verlag.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (7. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.). (2005). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

- McCaffery, M., Beebe, A. & Latham, J. (1997). *Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis*. Berlin / Wiesbaden: Ullstein Mosby Verlag.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (Hrsg.). (2003). *Handbook of Pain Management. A Clinical Companion to Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Edinburgh [u.a.]: Churchill Livingstone.
- Morris, D. B. (1994). *Geschichte des Schmerzes*. Frankfurt am Main / Leipzig: Insel Verlag.
- Müller-Mundt, G. (2005). *Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Müller Mundt, G. (2001). Schmerztherapie und Pflege: Anforderungen an Schmerzmanagement und Patientenedukation am Beispiel progredienter Erkrankungen – Ergebnisse einer Literaturanalyse. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Müller Mundt, G. (2008). Bewältigungsherausforderungen des Lebens mit chronischem Schmerz - Anforderungen an die Patientenedukation. *Pflege & Gesellschaft*, 13 (1), 32-48.
- Müller Mundt, G., Brinkhoff, P. & Schaeffer, D. (2000a). Schmerzmanagement und Pflege - Ergebnisse einer Literaturanalyse. *Pflege* (13), 325-338.
- Müller Mundt, G. & Schaeffer, D. (2002). Schmerztherapeutischer Entwicklungsrückstand. *Dr. Med. Mabuse* (135), 34-36.
- Müller Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S. & Brinkhoff, P. (2000b). Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *PfleGe*, 5 (2), 42-53.
- Núñez, M., Sanchez, A., Nuñez, E., Casals, T., Alegre, C. & Muñoz-Gomez, J. (2006). Patients' Perceptions of Health Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis and Chronic Low Back Pain. *Quality of Life Research*, 15 (1), 93-102.
- Osterbrink, J. (2006). Schmerzmanagement in der Pflege. *Österreichische Pflegezeitschrift* (12), 8-11.

- Osterbrink, J. & Stiehl, M. (2004). *Der Schmerzpatient in der Pflege*. Basel: ComMed Healthcare Verlag.
- Palermo, T. M. & Kiska, R. (2005). Subjective sleep disturbances in adolescents with chronic pain: Relationship to daily functioning and quality of life. *The Journal of Pain*, 6 (3), 201-207.
- Paul, B. (2005). *Psychologie und Pathophysiologie von Patientinnen mit chronischen Rücken/Kreuzschmerzen*. Dissertation, Universität Wien.
- Payk, T. R. (2010). *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose* (3. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Pfingsten, M. & Hildebrandt, J. (2004). Rückenschmerzen. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.-P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (5. Auflage). Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag, 499-524.
- Pipam, W., Bernatzky, G. & Likar, R. (2007). Schmerzmessung und Dokumentation. In G. Bernatzky, R. Likar, F. Wendtner, G. Wenzel, M. Ausserwinkler & R. Sittl (Hrsg.), *Nichtmedikamentöse Schmerztherapie. Komplementäre Methoden in der Praxis*. Wien: Springer Verlag, 15-22.
- Pipam, W., Bernatzky, G. & Likar, R. (2009). Schmerzmessung und Dokumentation. In R. Likar, G. Bernatzky, D. Märkert & W. Ilias (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien / New York: Springer Verlag, 37-46.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (3. Auflage). München: Oldenbourg Verlag.
- Pucher, I. (2002). Verhaltensmedizin. In O. Frischenschlager, M. Hexel, B. Hladschik, U. Kropiunigg, I. Pucher, M. Schjerve, G. Sonnek & K. Spiess (Hrsg.), *Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen* (7. Auflage). Wien: Facultas, 192-198.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43 (3), 165-189.

- Royal College of Nursing. (2005). *Informed consent in health and social care research. RCN guidance for nurses*. London: Royal College of Nursing.
- Sander-Kiesling, A. (2007). Schmerz geht nicht nur den Anästhesisten an! *PROCARE*, 2007 (12), 6-8.
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. (Hrsg.). (2009). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schaeffer, D. & Müller Mundt, G. (2002). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schäfer, M. (2001). Pathophysiologie des Schmerzes. In K. Brune, A. Beyer & M. Schäfer (Hrsg.), *Schmerz. Pathophysiologie – Pharmakologie – Therapie*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 3-29.
- Schöps, P. & Hildebrandt, J. (2001). Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule. In K. Brune, A. Beyer & M. Schäfer (Hrsg.), *Schmerz. Pathophysiologie – Pharmakologie – Therapie*. Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, 79-90.
- Siemer, S. (2000). Schmerzen verstehen, einschätzen und bekämpfen. Pflege chronisch Schmerzkranker – Teil 1. *Pflegezeitschrift*, 53 (11), 717-722.
- Statistik Austria. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006 / 2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien. Zugriff am 01.04.2011, von http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?id=4&listi
- Statistik Austria. (2010). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien. Zugriff am 01.04.2011, von http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?id=4&listi
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Swinkels-Meewisse, I. E. J., Roelofs, J., Oostendorp, R. A. B., Verbeek, A. L. M. & Vlaeyen, J. W. S. (2006). Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain*, 120 (1-2), 36-43.

- Tamcan, O., Mannion, A. F., Eisenring, C., Horisberger, B., Elfering, A. & Müller, U. (2010). The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. *Pain*, 150 (3), 451-457.
- Thomm, M. (2005). *Schmerzpatienten in der Pflege* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wingenfeld, K. (2009). Transitionen im Krankheitsverlauf. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Verlag Hans Huber, 91-110.

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für die Jahre 2010, 2030, 2050 (Statistik Austria, 2010, S. 33).....	5
Abbildung 2: Häufigste selbst berichtete Erkrankungen der ÖsterreicherInnen (Statistik Austria, 2007, S. 19)	6
Abbildung 3: Reiz-Reaktionsmodell von Descartes (Morris, 1994)	21
Abbildung 4: Beispiele für Ratingskalen zur Erfassung der Schmerzintensität (Pipam, Bernatzky, & Likar, 2009, S. 40)	28
Abbildung 5: Multidimensionales Konzept des chronischen Schmerzes (Kröner-Herwig, 2004, S. 8).....	31
Abbildung 6: Folgenmodell (Pfungsten & Hildebrandt, 2004, S. 403).....	32
Abbildung 7: Kognitiv-behaviorales Chronifizierungsmodell (Pfungsten & Hildebrandt, 2004, S. 406).....	34
Abbildung 8: Chronifizierung von Rückenschmerzen nach dem fear-avoidance Modell (Kröner-Herwig, 2000, S. 22).....	35
Abbildung 9: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung	92
Tabelle 1: Skalen des SF-36-Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitszustands (Faller, et al., 2000, S. 185)	17
Tabelle 2: Darstellung des Samples der empirischen Untersuchung	44

13 Abkürzungsverzeichnis

IASP: International Association for the Study of Pain

WHO: World Health Organization

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

SES: Schmerzempfindungsskala

DNQP: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

VAS: Visuelle Analogskala

VRS: Verbal markierte mehrstufige Ratingskala

NRS: Numerische Ratingskala

SF-36: Short Form-36

14 Anhang

14.1 Interviewleitfaden

<u>Leitfrage</u>		<u>Konkrete Fragen</u>
Bitte erzählen Sie mir, wie sich die Rückenschmerzen auf Ihr Leben auswirken?	Krankheitsbild (Seit wann? Wie?)	Wo haben Sie Schmerzen und seit wann? Wie fühlt sich der Schmerz an? Wie verändert sich der Schmerz über die Zeit? Wie stark ist der Schmerz?
Welchen Einfluss haben die Schmerzen auf Ihr körperliches Wohlbefinden?	Körperliche Ebene (Kraft, Energie, Nebenwirkungen von Therapien)	Welchen Einfluss haben die Schmerzen auf Ihre körperliche Kraft und Energie? Inwieweit beeinträchtigen Sie die Nebenwirkungen von Therapien?
seelisches Wohlbefinden?	Psychische Ebene (Stimmung, Lebenszufriedenheit, allgemeines Wohlbefinden, Schlaf)	Wie beeinflussen die Schmerzen Ihre Stimmung und Ihre Lebenszufriedenheit? (seelisches Wohlbefinden)
soziales Leben (Familie, Freunde, Arbeit)?	Soziale Ebene (Familie, Freunde, Arbeit, finanzielle Situation, Freizeitaktivitäten, Beziehungen)	Wie beeinflussen die Schmerzen Ihr Familienleben und Ihre Beziehungen zu anderen Menschen (Freunde oder Partner)? Wie wirkt sich der Schmerz auf Ihre Freizeitgestaltung aus? Wie beeinflussen die Schmerzen Ihr Berufsleben und Ihre finanzielle Situation?
Wie bewältigen Sie Ihren Alltag?	Funktionale Ebene (Alltagsbewältigung, Aktivitäten des täglichen Lebens)	Welche Rolle spielen die Schmerzen in Ihrer Alltagsbewältigung?
	Spirituelle Ebene (Religiosität und Sinnsuche)	Spielt Glaube bzw. Religion in Ihrem Leben eine Rolle?

14.2 Informationsbrief

Informationsbrief zu einer Forschungsstudie

mit dem Titel:

Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf den Alltag

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie erhalten diesen Brief mit der Bitte um Teilnahme an einer Forschungsstudie für eine Diplomarbeit in der Pflegewissenschaft, da Sie zwischen 35 und 65 Jahre alt sind und seit mehr als zwei Jahren an chronischen Rückenschmerzen leiden.

Dr. Monika Linhart, Professorin für Pflegewissenschaft an der Universität Wien und Maria Neumüller, Diplomandin an der Universität Wien, führen eine Studie über die Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf das Leben der Betroffenen durch.

Bei Interesse an einer Teilnahme würden Sie an einem für Sie angenehmen Ort von Maria Neumüller befragt werden. In diesem Interview, das ungefähr eine Stunde dauern wird, werden Ihnen Fragen zu Ihren Erfahrungen über das Leben mit chronischen Schmerzen gestellt werden. Es interessiert uns, wie sich die Rückenschmerzen auf ihr Alltagsleben auswirken. Wenn es Ihnen recht ist, würde diese Unterhaltung auf Tonband aufgenommen werden, welches nach Beendigung der Studie vernichtet werden wird – ansonsten würde Frau Neumüller sich detaillierte Notizen über Ihre Aussagen machen.

Zur Wahrung der Anonymität werden Ihre Aussagen mit einer Kodenummer (z.B. Frau/Herr XY) gekennzeichnet, so dass keiner außer den Forscherinnen nachvollziehen kann, was Sie uns erzählt haben. Ihr echter Name wird nirgends, auch nicht in Veröffentlichungen der Studienergebnisse, genannt werden. Alle Ihre Angaben würden nur in verallgemeinerter Form dargestellt werden. So könnten Sie indirekt, d.h. auch wenn die Teilnahme Ihnen nicht unmittelbar nützlich erscheint, dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Erfahrungen und die Probleme von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen in Zukunft noch besser verstehen und so die betroffenen Personen bei deren Bewältigung angemessener unterstützen können.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist absolut freiwillig – das bedeutet, Ihre Teilnahme oder Nichtteilnahme wird keinerlei Auswirkungen auf Ihre persönliche Versorgungssituation haben.

Wenn Sie sich entscheiden, an dieser Studie nicht teilzunehmen, wird niemand – auch nicht die Forscherinnen – davon erfahren.

Und wenn Sie sich zur Teilnahme entschließen, so werden nur die Forscherinnen darüber Bescheid wissen.

Im Falle einer Teilnahme haben Sie außerdem jederzeit die Möglichkeit, einzelne Fragen, die Ihnen unangenehm sind, nicht zu beantworten. Zudem können Sie zu jeder Zeit das Interview abbrechen oder entscheiden, doch nicht mehr an der Studie teilzunehmen.

Wenn Sie noch Fragen oder Bedenken bezüglich der Studie haben, die Sie vor Ihrer Entscheidung noch abklären möchten, können Sie entweder Frau Maria Neumüller unter

0664/ oder Frau Dr. Monika Linhart unter 0049- (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien) anrufen.

Im Falle, dass Sie an dieser Studie teilnehmen wollen, dann können Sie zur Kontaktaufnahme mit Frau Maria Neumüller diese entweder unter 0664/ anrufen, eine E-Mail schreiben (.....) oder das beigelegte, frankierte Kuvert benutzen.

Für Ihre Überlegung einer eventuellen Teilnahme an dieser Diplomarbeit wollen wir uns schon ganz herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Maria Neumüller

14.3 Antwortkärtchen



universität
wien

Antwortkärtchen

Bei Interesse einer Teilnahme tragen Sie bitte Ihre Telefonnummer oder Mailadresse zur Kontaktaufnahme ein und legen Sie das Kärtchen im beigelegten Kuvert verschlossen in die dafür vorgesehene Box auf der Station/Ordination.

Ja, ich interessiere mich für die Teilnahme an dieser Studie und bin unter _____ erreichbar.

14.4 Einverständniserklärung



UNIVERSITÄT WIEN

INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE

mit dem Titel:

Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf den Alltag

Untersucherin:

Maria Neumüller

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Maria Neumüller führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen auf den Alltag durch. Sie sind eingeladen worden, an dieser Studie teilzunehmen, da Sie zwischen 35 und 65 Jahre alt sind und seit mehr als zwei Jahren an chronischen Rückenschmerzen leiden.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr eine Stunde an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Maria Neumüller treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Neumüller wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen über das Leben mit chronischen Rückenschmerzen stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Maria Neumüller jederzeit darum bitten das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Frage, auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Frau Neumüller werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Neumüller wird das Interview transkribieren, das heißt sie wird alles, was Sie ihr erzählt haben, in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren gespeichert und danach gelöscht.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Erfahrungen und die Probleme von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen in Zukunft noch besser verstehen und so die betroffenen Personen bei deren Bewältigung angemessener unterstützen können.

Kosten / Kostenerstattung:

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zuteil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Frau Maria Neumüller erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Neumüller oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Maria Neumüller
Tel.: 0664

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien
0049-

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift des/der Teilnehmer/in

Datum

Unterschrift der Untersucherin

14.5 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Maria Neumüller

geboren am 17.05.1986 in Rohrbach, Oberösterreich

Ausbildung

seit März 2007	Bachelorstudium Bildungswissenschaft Universität Wien
März 2006 – Nov. 2011	Diplomstudium Pflegewissenschaft Universität Wien
Okt. 2005 – Feb. 2006	Lehramt für Volksschulen Pädagogische Hochschule Oberösterreich
2000 – 2005	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Rohrbach, OÖ Abschluss mit Matura
1996 – 2000	Musikhauptschule Neufelden, OÖ
1992 – 1996	VHS Kirchberg ob der Donau, OÖ

Berufserfahrung und Praktika

seit Juli 2010	Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien Wissenschaftliche Mitarbeiterin
03. – 31. Aug. 2009	Pro mente OÖ (Wohnbetreuung Rohrbach) Betreuerin
01. – 30. Sept. 2008	Pro mente OÖ (Wohnbetreuung Rohrbach) Betreuerin
04. – 29. Aug. 2008	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, OÖ Pflegedienst, Praktikum
02. – 31. Juli 2007	Pro mente OÖ (Wohnbetreuung Rohrbach) Betreuerin

12. – 15. Feb. 2007	Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg, OÖ Wahlfach Sozialpsychiatrie
01. – 31. Aug. 2006	Bezirksalten- und Pflegeheim Lembach, OÖ Pflegedienst, Praktikum
01. Juli – 30. Sept. 2005	market calling Marketing GesmbH, OÖ Durchführung von Umfragen
01. Juni – 31. Aug. 2003	Brandauer's Villen am See, Salzburg Küchenführung und Servierkunde

Besondere Kenntnisse

Softwarekenntnisse	Microsoft Office Literaturrefassungsprogramm Endnote MAXQDA SPSS
Fremdsprachen	Englisch Spanisch