HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

Individuelle Schmerztherapie bei einem Mann mit fortgeschrittenem Gallengangskarzinom in der Onkologie – eine Fallanalyse

Erstgutachterin: Prof‘in Dr. Stefanie Seeling
Zweitgutachterin: Isabell Alsmann (M.A.)

Eingereicht von: Nadine Walker
Matrikelnummer: 875328

Eingereicht am: 09.05.2022

Zusammenfassung

Hintergrund

Durch den demografischen Wandel und der daraus resultierenden älter werdenden Gesellschaft, steigt auch die Anzahl an Menschen mit Krebserkrankungen. Der Hauptrisikofaktor für maligne Tumorerkrankungen ist das Alter. Der Schmerz ist ein belastendes Symptom für Betroffene, da sie durch diesen ständig an die Existenz der Krebserkrankung erinnert werden. Hinzu kommen Gefühle wie Trauer, Hoffnungslosigkeit und Angst, welche die Schmerzsituation verstärken. Etwa 73% der Menschen leiden in der terminalen Phase an Schmerzen, welche nicht adäquat und individuell behandelt werden. Es bedarf daher einer multidimensionalen Schmerzanamnese, um spezifische Interventionen zur Schmerzreduktion auf den einzelnen Patientenfall anzuwenden.

Methodisches Vorgehen

Die Grundlage dieser Bachelorarbeit ist ein realer Patient aus der pflegerischen Praxis, welcher mithilfe der hermeneutischen Fallanalyse nach Schrems bearbeitet wurde. Das Ziel besteht darin, individuelle Möglichkeiten in der Schmerztherapie bei Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen aufzuzeigen und diese auf den ausgewählten Patientenfall zu transferieren. Es wurde eine umfassende Literatur- und Studienrecherche in den Datenbänken SpringerLink, Pubmed und CINHAHL, sowie in den Suchmaschinen Scinos und Google Scholar durchgeführt.

Ergebnisse

Durch die Analyse wird deutlich, dass es einer multidimensionalen Betrachtung des Schmerzphänomens benötigt. Die alleinige Konzentration auf die körperliche Ebene reicht nicht aus, um eine wirksame Schmerzreduktion zu erzielen. Das Wohlbefinden von Herrn Gerdes ist durch psychische, soziale und spirituelle Aspekte stark eingeschränkt. Dies beeinflusst seine Schmerzsituation negativ. Durch die Kombination aus einer adäquaten medikamentösen Therapie und psychosoziale Maßnahmen wie der Psychoedukation kann eine Schmerzlinderung erreicht werden.

Schlussfolgerungen

Die Relevanz einer adäquaten Schmerztherapie für Menschen mit Krebserkrankungen ist gegeben und dieses Bewusstsein muss bei allen Beteiligten gestärkt werden. Durch den Pflegenotstand und dem daraus resultierenden Zeitmangel fehlt es an Ressourcen eine umfassende Schmerzanamnese im stationären Alltag durchzuführen. Außerdem kann das Schmerzphänomen nicht nur medikamentös behandelt werden. Es muss ein allgemeines Verständnis für die Mehrdimensionalität in den Krankenhäusern etabliert werden.

Abstract

Background

Due to demographic change and the resulting aging society, the number of people with cancer is increasing. The main risk factor for malignant tumors is higher age. Pain is an agonizing symptom for those affected, as it constantly reminds them of the existence of the cancer. In addition, feelings such as sadness, hopelessness and fear intensify the pain situation. About 73% of people suffer from pain in the terminal phase, which is not treated adequately and individually. Therefore, a multidimensional pain history is needed to apply specific interventions for pain reduction to the individual patient case.

Methods

The basis of this bachelor thesis is a real patient from nursing practice, which was processed with the help of the hermeneutic case analysis according to Schrems. The aim is to show individual possibilities in pain therapy for people with advanced cancer and to transfer these to the selected patient case. A comprehensive literature and study search was conducted in the SpringerLink, Pubmed and CINHAHL databases, as well as in the search engines Scinos and Google Scholar.

Results

Through the analysis, it becomes clear that a multidimensional view of the pain phenomenon is needed. Focusing solely on the physical level is not sufficient to achieve effective pain reduction. Mr. Gerdes' well-being is severely limited by psychological, social and spiritual aspects. This negatively influences his pain situation. Pain relief can be achieved through a combination of adequate drug therapy and psychosocial measures such as psychoeducation.

Conclusion

The relevance of an adequate pain therapy for people with cancer is given and this awareness must be strengthened among all involved. Due to the nursing shortage and the resulting lack of time, there is a lack of resources to perform a comprehensive pain anamnesis in the inpatient routine. In addition, the pain phenomenon cannot be treated only with medication. A general understanding of multidimensionality must be established in hospitals.

I. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis VI

III. Abbildungsverzeichnis VII

1. Einleitung 1

1.1 Zielsetzung und Fragestellung 2

1.2 Aufbau der Arbeit 2

2. Problemhintergrund 3

3. Theoretischer Rahmen 6

3.1 Phänomen Schmerz 6

3.1.1 Physiologie und Pathophysiologie 7

3.1.2 Tumorschmerz 9

3.2 Krankheitsbild Gallengangskarzinom 10

3.3 Lebensphase Alter 12

3.3.1 Ruhestand als Lebensereignis 13

3.3.2 Soziale Beziehungen im Alter 14

4. Methodisches Vorgehen 16

4.1 Hermeneutische Fallanalyse 16

4.2 Literaturrecherche 17

5. Fallbeschreibung 18

5.1 Medizinisches Pflegeassessment für Erwachsene 18

5.1.1 Allgemeine Informationen 19

5.1.2 Soziale Interaktion 19

5.1.3 Aktivität und Ruhe 20

5.1.4 Integrität der Person 20

5.1.5 Selbstversorgung 21

5.1.6 Schmerzen 21

5.2 Begründung der Dimension und Perspektive 22

6. Fallanalyse 23

6.1 Total Pain Modell 23

6.1.1 Physische Dimension ……..24

6.1.2 Psychische Dimension……..25

6.1.3 Soziale Dimension ……28

6.1.4 Spirituelle Dimension……30

7. Transfer 32

7.1 Medikamentöse Therapie 32

7.2 Psychoedukation als psychosoziale Therapie ..... …34

7.2.1 Wissensvermittlung ……..35

7.2.2 Selbstbeobachtung ……..36

7.2.3 Schmerzbewältigungsstrategien ……36

7.2.4 Bewegungstherapie……...38

7.2.5 Einbeziehung der Kernfamilie……..41

8. Fazit 42

9. Ausblick 44

10. Kritische Reflexion 45

IV. Literaturverzeichnis IX

V. Rechtsquellenverzeichnis..... XIII

VI. Anhang XIV

Eidesstattliche Erklärung

II. Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
ESMO	European Society for Medical Oncology
Kap.	Kapitel
MSIS	Miller Social Intimacy Scale
NRS	Nummerische Rating-Skala
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
RKI	Robert Koch-Institut
Scinos	Scientific information Osnabrück
UICC	Union internationale contre le cancer
WHO	World Health Organization
ZfKD	Zentrum für Krebsregisterdaten

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigste Tumorlokalisationen der Krebsneuerkrankungen im Jahr 2018 (in %)3
Abbildung 2: Analyse des Schmerzempfinden von Herrn Gerdes 23
Abbildung 3: Interventionen zur Verbesserung der Schmerzsituation von Herrn Gerdes 43

1. Einleitung

In Deutschland erkrankten im Jahr 2018 ungefähr 498.000 Menschen neu an einer bösartigen Krebserkrankung. Die Gallenblase und die Gallenwege sind davon selten betroffen, sie zeigen einen prozentualen Anteil bei Männern von 0,9% und bei Frauen von 1,2%. In realen Zahlen sind dies 5.080 Betroffene. Die Anzahl der Sterbefälle dieser bösartigen Tumorerkrankung ist recht hoch. Im Jahr 2018 starben 3723 Menschen an Gallenblasen- oder Gallengangskrebs (vgl. RKI, 2021, S. 24f.).

Die Grundlage dieser Bachelorarbeit bildet ein selbst ausgewählter Patientenfall aus der pflegerischen Praxis. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der ausgewählte Patient nicht mit richtigem Namen erwähnt. Es sollen keine Rückschlüsse auf den Betroffenen möglich sein. Daher wird der Patient in dieser Arbeit als Herrn Gerdes bezeichnet, dieser Name ist ein Pseudonym.

Der Fall von Herr Gerdes weist eine hohe Komplexität auf. Hoch komplex bedeutet in diesem Zusammenhang, dass verschiedene Merkmale und Elemente aufeinander treffen, die sich gegenseitig bedingen und voneinander abhängig sind. Aufgrund stärkster Oberbauch- und Rückenschmerzen stellt sich der 60-jährige Patient in der Notaufnahme eines Krankenhauses vor. Dort werden Metastasen im gesamten Skelettsystem und in der Leber festgestellt. Bis zur konkreten Stellung der Diagnose „Gallengangskrebs“ vergeht eine Woche. Diese Woche ist geprägt von Angst, Schock, Unsicherheit und Schmerz. Das Ärzteteam, bestehend aus Onkologen und Gastroenterologen, versucht schnellstmöglich den Primärtumor zu finden, dabei vernachlässigen sie die psychische Verfassung und die Schmerzsituation des Patienten. Hier wird die Relevanz dieser Ausarbeitung und die der professionellen Pflege deutlich. Ihre Aufgabe ist es, sich für die Bedürfnisse des Patienten einzusetzen und auf Probleme aufmerksam zu machen. Das Schmerzmanagement ist während des stationären Aufenthaltes unwirksam und erschwert die Situation des Patienten. Anhaltende Schmerzen beeinflussen die Gefühlslage und erschweren Alltagssituationen, beispielsweise das Gehen, das Bewegen und dementsprechend das Durchführen der Grundpflege. Die Situation von Herrn Gerdes zeigt, dass das Schmerzphänomen den Patienten in seiner gesamten Lebenswelt beeinflusst. Schmerz ist ein häufiges Symptom von Krebserkrankungen und betrifft folglich viele Menschen. Hier wird die Motivation für die exemplarische Schmerzanalyse gesehen.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit ausschließlich die maskuline Form verwendet. Entsprechende Bezeichnungen gelten im Sinne der Gleichberechtigung und schließen sowohl feminine als auch diverse Personen mit ein. Es wird keine Wertung vorgenommen.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der wirksamen Schmerztherapie des Patienten und folglich mit den Maßnahmen, welche bei Herrn Gerdes zu einer Schmerzakzeptanz führen könnten. Die konkrete Forschungsfrage für die vorliegende Arbeit lautet:

„Welche individuellen Möglichkeiten gibt es zur Schmerztherapie bei einem Mann mit fortgeschrittenem Gallengangskarzinom in der Onkologie?“

Ziel ist es, auf Basis einer umfassenden Schmerzanamnese, individuelle Interventionen zu erarbeiten, welche die Schmerzsituation des Patienten mit fortgeschrittenem Gallengangskarzinom verbessert. Es werden individuelle Therapiemöglichkeiten aufgezeigt und die Anwendung dieser evidenz-basiert dargestellt.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn wird der Problemhintergrund im zweiten Kapitel dargestellt. Dies zeigt die Relevanz dieser Ausarbeitung auf. Nachfolgend werden theoretische Begriffe (Kap.3) näher erläutert, um so einen Einstieg in das Thema zu gewährleisten und um ein gemeinsames theoretisches Verständnis herzustellen. Es wird der Begriff Schmerz und damit einhergehend die Physiologie und die Pathophysiologie erklärt. Des Weiteren wird das Krankheitsbild des Gallengangskarzinoms und das Setting der Onkologie aufgezeigt. Der Patient ist 60 Jahre alt und befindet sich in der Lebensphase Alter, diese wird ebenfalls beleuchtet. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Methodik dieser Arbeit. Hier wird zum Einen die hermeneutische Fallanalyse thematisiert und zum Anderen die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche. Im nächsten Schritt folgt die Fallbeschreibung (Kap.5) inklusive der Fallanamnese nach dem medizinischen Pflegeassessment von Doenges und Moorhouse. Dort werden sowohl allgemeine Informationen, als auch Informationen zu Schmerz, Integrität der Person, Selbstversorgung und soziale Interaktionen dargestellt. Anschließend wird die Dimension und die Perspektive erläutert, da diese richtungsgebend für die Ausarbeit sind. Im sechsten Kapitel wird der Patient anhand des Total Pain Modells von Cicely Saunders analysiert. Es wird Bezug zu den vier Dimensionen des Schmerzes genommen. Des Weiteren werden Assessmentinstrumente angewendet, sodass im folgenden Kapitel ein geeigneter Transfer hergestellt werden kann. Im siebten Kapitel werden individuelle Schmerztherapien vorgestellt und auf den Patienten transferiert. Abschließend wird neben dem Fazit auch eine kritische Reflexion und ein Ausblick vorgenommen.

2. Problemhintergrund

Der demografische Wandel stellt Deutschland vor wachsende Herausforderungen. Die Zahl der älteren Menschen steigt und die Zahl der jüngeren Generationen nimmt ab. Dies führt dazu, dass jede zweite Person bereits über 45 Jahre und jede fünfte Person über 66 Jahre alt ist. Die Lebenserwartungen für neugeborene Jungen im Jahr 2020 liegt bei 78,6 Jahren und bei neugeborenen Mädchen bei 83,4 Jahren. Gründe für die steigenden Lebenserwartungen sind stetig wachsende Fortschritte in der Medizin, bessere Lebensumstände, ein verbessertes Ernährungs- und Konsumverhalten und ein gesteigerter Wohlstand (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o.S.). Durch die wachsende Alterspyramide steigt auch die Tendenz, an Krebs zu erkranken. In Deutschland ist ein Anstieg von 23% zwischen den Jahren 2015 und 2030 zu erwarten. Bereits im Jahr 2018 erhielten 235.900 Frauen und 274.300 Männer die Diagnose Krebs. Von diesen Zahlen sind 104.791 Frauen und 124.274 Männer an der Krebserkrankung gestorben. Das mittlere Erkrankungsalter lag im Durchschnitt für weiblichen Personen bei 69 und für männlichen Personen bei 70 Jahren (vgl. RKI, 2021, S. 7f.)

Die folgende Abbildung 1 gibt die häufigsten Tumorlokalisationen aller Krebsneuerkrankungen im Jahr 2018 in Prozent an.

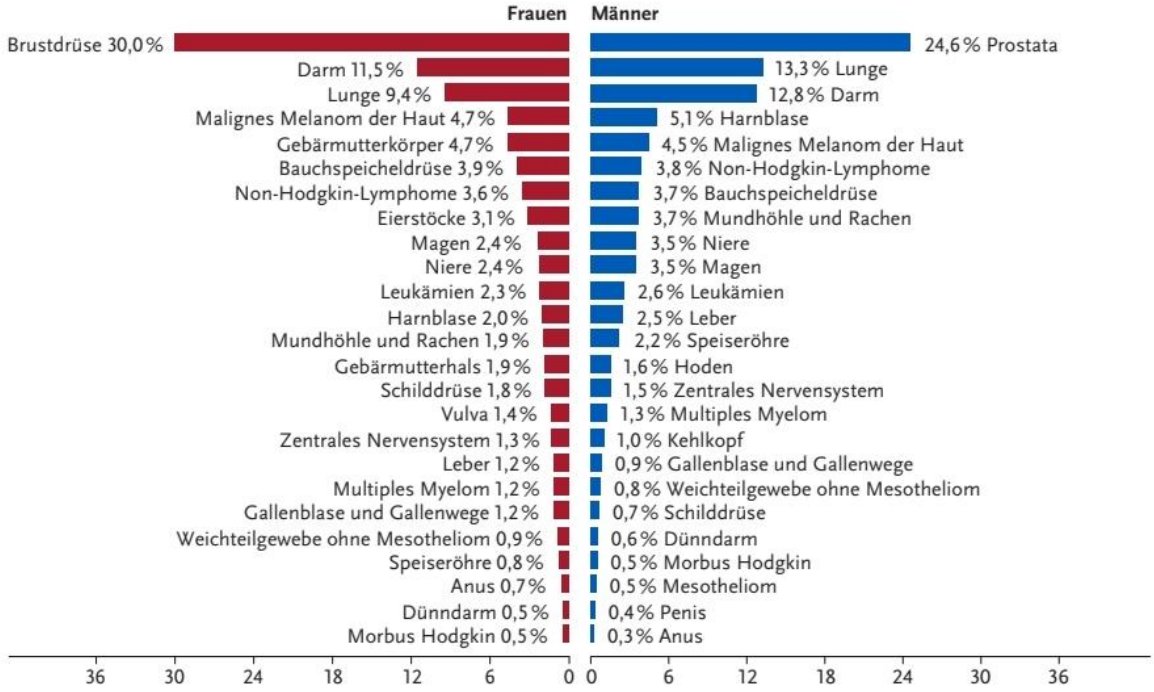


Abbildung 1: Häufigste Tumorlokalisationen der Krebsneuerkrankungen im Jahr 2018 (in %)
(Zentrum für Krebsregisterdaten, 2021, o.S.)

Am häufigsten ist Krebs bei Frauen in der Brustdrüse und bei Männern in der Prostata lokalisiert. Mit 13,3% bei den Männern folgt der Lungenkrebs und mit 11,5% der Darmkrebs bei den Frauen. Äußerst selten dagegen tritt der Tumor in der Gallenblase und in den Gallenwegen auf. Mit 0,9% bei den Männern und 1,2% bei den Frauen sind die Gallenblase und die Gallenwege nur vereinzelt betroffen. Im Jahr 2018 bekamen 2380 Männer die Diagnose Gallengangskrebs. Wird die Zahl mit der Gesamtneuerkrankungsrate aller Krebsarten verglichen, wird die Rarität deutlich. Das Erkrankungsrisiko steigt wie bei allen Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter. Ein weiterer Aspekt des Gallengangskrebs ist die niedrige relative fünf-Jahres Überlebensrate, sie liegt bei Männern um die 20% und bei Frauen um die 17% (vgl. RKI, 2021, S. 56ff.).

Ein Symptom aller Krebserkrankungen kann der Schmerz sein. Schmerz ist ein belastendes Symptom und nimmt bei Tumorerkrankten eine Sonderstellung ein. Die Betroffenen werden durch den Schmerz ständig an die Existenz ihrer Erkrankung erinnert und es kann mit einem Fortschreiten des Krebses verbunden werden. 37% der Betroffenen mit Krebs geben im Frühstadium Schmerzen an, 70% in den fortgeschrittenen Phasen und 73% aller Betroffenen in der terminalen Phase. Es wird deutlich, dass das Schmerzphänomen eine wesentliche Rolle im Leben der Menschen mit Krebserkrankungen einnimmt und in den Fokus der professionellen Pflege genommen werden sollte. Das Schmerzerleben ist eine umfassende Erfahrung, sie betrifft den Betroffenen in seiner gesamten Lebenswelt und beeinflusst sowohl körperliche als auch soziale Funktionen. Schmerz ist nicht objektiv messbar (vgl. Thomm, 2016, S. 158). Die Aussage des Patienten ist der einzige Maßstab für die Schmerzintensität. Diese können sowohl verbal als auch nonverbal kommuniziert werden. Wichtig ist demnach eine gründliche Patientenbeobachtung. Des Weiteren hängt das Schmerzempfinden der Betroffenen von verschieden Faktoren ab. Nicht jeder nimmt den Schmerz gleich wahr. Beeinflussende Faktoren sind unter anderem die empfundene Stimmung, die Erinnerungen und Erfahrungen mit früheren Schmerzsituationen, die Erziehung, der kulturelle Hintergrund und die Ursache des Schmerzes. Alle Aspekte beeinflussen die Interpretation der Schmerzsignale im Gehirn (vgl. Carr & Mann, 2014, S. 28f.). Eine weitere Besonderheit bei Krebserkrankungen ist die psychische Dimension von Tumorschmerzen. Psychische Symptome können zu einer Verstärkung der Schmerzen führen, dies weist auf ein „multifaktorielles Geschehen“ (Thomm, 2016, S. 158) hin. Weitere beeinflussende Aspekte auf das Schmerzempfinden sind Gefühle wie Angst, Ärger und Verzweiflung, Verlust von Kontrolle, Mobilität und Unabhängigkeit, aber auch finanzielle Probleme. Krebsbetroffene stehen demnach unter einer besonderen Belastung. Tumorschmerzen bedingen folglich eine genauere Betrachtungsweise. Für eine „fortlaufende multidimensionale Erfassung und Behandlung von Schmerzen“ (DNQP, 2020, S. 109) müssen verschiedene Dimensionen verstanden und betrachtet wer-

den. Neben der Pathophysiologie der Schmerzen muss auch der Einfluss dieser auf das alltägliche Leben, auf die Funktionsfähigkeit und auf das psychosoziale Wohlbefinden berücksichtigt werden. Die Mehrdimensionalität muss in den Vordergrund rücken (DNQP, 2020, S. 109f.).

Der Arbeitskreis Palliativmedizin der deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) startete 2012 eine Online-Umfrage unter allen Mitgliedern bezüglich der Kenntnisse in der Schmerzmedizin und der Relevanz im onkologischen Tätigkeitsfeld. Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass die Erfassung von Schmerzen häufig nicht über die Verwendung der nummerischen Rating-Skala hinaus geht. Schmerztagebücher oder strukturierte Schmerzassessments werden nur selten angewendet. Somit ist die Schmerzanamnese häufig unzureichend und es kann keine gezielte Therapie erfolgen. Außerdem wurde deutlich, dass die Patienten ihre Schmerzen nicht ausreichend äußern. Sie haben zum einen Angst, dass ihre Krebserkrankung weiter fortgeschritten sein könnte und zum anderen stehen sie unter der Annahme, dass Schmerzen zu ihrer bösartigen Erkrankung dazu gehören. Demnach behalten sie das Schmerzempfinden oftmals für sich. Dieses sind Anzeichen für eine mangelnde Kommunikation in der Schmerztherapie, welche für ein inadäquates Schmerzmanagement sorgt (vgl. Alt-Epping et al., 2014, S. 159ff.).

Im Zusammenhang mit der älter werdenden Gesellschaft sollte der steigende Pflegefachkräftemangel in den Blick genommen werden. Bis zum Jahr 2030 fehlen mehr als 180.000 Pflegefachkräfte, bei insgesamt sechs Millionen Pflegebedürftige (vgl. Barmer-Pflegereport, 2021, o.S.). „Immer weniger Pflegekräfte müssen immer mehr Patienten und Pflegebedürftige in immer kürzerer Zeit versorgen.“ (Breinbauer, 2020, S. 75). Damit reicht die Anzahl der Pflegekräfte nicht aus, um den Folgen des demografischen Wandels gerecht zu werden. Zu beobachten ist auch ein rückläufiger Trend bei den Ausbildungskapazitäten. Auszubildende brechen überdurchschnittlich häufig die Ausbildung zur Pflegefachkraft ab. So bleiben Pflegestellen offen und es fehlt an fachlicher Qualifikation. Des Weiteren ist die Altersstruktur der jetzigen Pflegekräfte als kritisch anzusehen. Zurzeit sind diese überwiegend zwischen 35 und 50 Jahre alt. Dies bedeutet, dass in den kommenden Jahren viel hochqualifiziertes Pflegepersonal in das Rentenalter eintritt und demnach aus dem Pflegeberuf austritt. Wird dieses Phänomen mit dem Mangel an Nachwuchs kombiniert, wird deutlich, dass es zu einem noch gravierenden Pflegenotstand kommen wird (vgl. Breinbauer, 2020, S. 67ff.).

Der Pflegeberuf weist hohe geistige und körperliche Anforderungen auf. Es ist sowohl pflegewissenschaftliches Wissen, als auch Wissen über Medizin, Psychologie und Sozialarbeit nötig. Zu den geistigen Anforderungen kommen emotionale und psychische Belastungen. Es herrscht eine Diskrepanz zwischen einer idealtypischen, professionellen Pflege und dem ernüchternden Pflegealltag. Die adäquate pflegerische Versorgung kann aufgrund von Zeit-

mangel und der steigenden Arbeitsverdichtung nicht gewährleistet werden. Weitere Belastungsfaktoren sind unter anderem wenig Handlungs- und Spielräume für die Pflege, die mangelnde Anerkennung durch die Gesellschaft und der Aspekt der unklaren Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten (vgl. Breinbauer, 2020, S. 74ff.). Folgen dieser Belastungen sind hohe Fehlzeiten beziehungsweise Krankentage. Außerdem ist die Versorgung mit einem deutlich erhöhten Fehlerrisiko verbunden. Es können Fehler in der Medikamentengabe oder in der Patientenüberwachung stattfinden. Ein Drittel der befragten Pflegekräfte in Rheinland-Pfalz gibt an, dass Patienten mehrfach täglich über 15 Minuten auf ihre Medikamente warten müssen (vgl. Breinbauer, 2020, S. 176f.). Dies kann ursächlich für ein unzureichendes Medikamentenmanagement sein, sodass die Qualität in der Versorgung Pflegebedürftiger erheblich sinkt.

3. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden diverse theoretische Hintergründe und Begrifflichkeiten für das Verstehen des Patientenfalls beschrieben. Zu Beginn wird sowohl das Schmerzphänomen beschrieben, als auch die Physiologie und die Pathophysiologie der Schmerzen erläutert. Da der Patient sich in der Lebensphase Alter befindet, wird diese Phase näher erläutert. Außerdem wird der Übergang in den Ruhestand und die Bedeutung von sozialen Beziehungen erklärt. Abgeschlossen wird das Kapitel mit Erläuterungen zu dem Fachbereich Onkologie, inklusive wichtiger Informationen zu dem Krankheitsbild des Gallengangskarzinoms.

3.1 Phänomen Schmerz

Die Wahrnehmung von Schmerzen ist eine umfassende Erfahrung und beschreibt ein komplexes Phänomen. Schmerz nimmt Einfluss auf das Wohlbefinden, die psychische Gesundheit und die soziale Situation. Bereits 1979 erfolgte der Versuch, das Phänomen Schmerz zu definieren. Die internationale Gesellschaft zum Studium von Schmerzen (IASP) beschrieb den Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (DNQP, 2020, S. 66). Laut dieser Definition ist Schmerz als eine subjektive Empfindung wahrzunehmen, da er unterschiedliche Schmerzmuster und Entstehungsursachen aufweist (vgl. DNQP, 2020, S. 66). Cicely Saunders entwickelte in den 1970-er Jahren das Konzept des Total Pain‘s, in dem deutlich wird, dass der Schmerz nicht nur körperliche, sondern auch soziale und psychische Auswirkungen hat. Für Saunders steht die gesamte Person als Subjekt im Mittelpunkt. Sie verkörpert die Fachbereiche Medizin, Pflege und Sozialarbeit in ihrer Person und zeigt folglich auf, dass es nicht ausreicht, Pflegeproble-

me aus einer einzigen Perspektive zu betrachten. Sie absolvierte sowohl eine Pflegeausbildung als auch eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin. Während ihrer Arbeit im St. Thomas Hospital in England fokussierte sie sich auf Menschen mit unheilbaren Krebserkrankungen, insbesondere Patienten, die unter Schmerzen litten. Saunders sah die Notwendigkeit einer genaueren Betrachtungsweise des Schmerzphänomens und entschied sich für ein Medizinstudium. Sie absolvierte Praktika in Einrichtungen für sterbende Menschen und entwickelte so erste Instrumente für die Schmerzbeobachtung und für Schmerztherapien (vgl. Pleschberger, 2017, S. 35ff; Clark, 1999, S. 727ff.). In dem Folgenden Zitat von Saunders wird deutlich, dass der Schmerz eine mehrdimensionale Betrachtungsweise benötigt.

> „Beim unheilbar Krebskranken, dessen Dasein von chronischen Schmerzen überschattet ist, geht es nicht mehr darum, dem begrenzten Leben Zeit hinzugeben, sondern alles daran zu setzen, der begrenzten Zeit Leben zu geben.“ (Saunders, 1967, zitiert nach Thomm, 2016, S. 158).

Der Schmerz betrifft den Menschen in seiner gesamten Lebenswelt und muss folglich auch so wahrgenommen werden. Durch den kontinuierlichen Schmerz wird den Betroffenen Lebensqualität genommen. Diese kann durch ein angemessenes Schmerzmanagement wiedererlangt werden, sodass die Patienten ihre begrenzte Zeit schmerzfrei leben können.

3.1.1 Physiologie und Pathophysiologie

Der physiologische Prozess der Schmerzentstehung ist in vier Phasen unterteilt. Er besteht aus der Nozizeption, der Reizweiterleitung, der zentralen Verarbeitung der Schmerzen und schließlich der Wahrnehmung. Die Nozizeption ist ein rein physiologischer Prozess, welcher im peripheren Nervensystem stattfindet. Spezielle Nervenzellen mit Nervenfasern besitzen die Fähigkeit, auf Reize zu reagieren. Die sogenannten Nozizeptoren sind in der Haut, in den Muskeln, in den Sehnen und in verschiedenen Organen vorhanden. Diese Nervenzellen reagieren auf äußere Reize wie Temperatur, Druck, Dehnung, Verletzungen, Verbrennungen oder andere Gewebeschädigungen. Durch die Reizweiterleitung gelangen die Reize als elektrische Impulse zum Hinterhorn des Rückenmarks. Dort erfolgt eine synaptische Umschaltung des Schmerzsignals auf das zentrale Nervensystem. Der Reiz wird zum gegenüberliegenden Vorderhorn geleitet und anschließend durch die aufsteigenden Nervenbahnen in Richtung Gehirn transportiert. Der Schmerzreiz wird verarbeitet und in der Großhirnrinde verwandelt. Dabei muss jeder Reiz im Gehirn den Thalamus durchlaufen. Dieser sorgt dafür, dass eingehende Informationen gefiltert und weitergeleitet werden. Durch die Verarbeitung wird der Schmerz dort erst wahrgenommen, lokalisiert, bewertet und auch beantwortet (vgl. Thomm, 2016, S.2ff.; Parthum, 2017, S. 533ff.)

Wichtig für eine differenzierte Schmerzanamnese ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen. Mit akuten Schmerzen wird eine erwartbare physiologische Reaktion auf eine Schädigung des Gewebes verstanden. Auslöser können Verletzungen, Knochenbrüche, chirurgische Eingriffe oder entzündliche Erkrankungen sein. Den akuten Schmerzen wird eine besonders wichtige, biologische Warnfunktion zugeschrieben. Die Schmerzrezeptoren werden aktiviert und geben ein Warnsignal an das Gehirn, dass der Körper beschädigt oder bedroht ist. Folglich wird der Abwehrmechanismus gestartet. Weiteres Merkmal ist die Dauer dieser Schmerzen. Sie halten meist nur Stunden bis maximal Wochen an und sprechen gut auf Schmerzbehandlungen an. Akute Schmerzen können mit vegetativen Begleiterscheinungen auftreten. Sowohl die Herzfrequenz als auch der Blutdruck kann steigen und es kommt zu einer vermehrten Schweißproduktion (vgl. DNQP, 2020, S.67). Chronische Schmerzen dagegen sind über einen längeren Zeitraum zu beobachten, sie müssen mindestens drei Monate vorhanden sein. Sie können entweder dauerhaft oder immer wiederkehrend sein. Ebenfalls haben chronische Schmerzen ihre Warnfunktion verloren und die vegetativen Begleiterscheinungen wandeln sich in lokales Schwitzen oder Schlafstörungen um (vgl. Büche, 2017, S. 195). Die Chronifizierung des Schmerzes ist sowohl ein psychischer, als auch ein körperlicher Prozess. Es findet eine komplexe Regulationsstörung im Körper statt, welche dafür sorgt, dass die schmerzhemmenden Mechanismen herabgesetzt und die schmerzleitenden Strukturen vermehrt werden. Daraus resultiert, dass die Reizschwelle der Nozizeptoren herabgesetzt wird und sich diese vermehrt ansammeln. Außerdem kann sich die Erwartungshaltung der Betroffenen ändern, die Angst vor Schmerzen wird konditioniert und ein Schmerzgedächtnis kann entstehen (vgl. Büche, 2017, S. 196). Das Erleben von chronischen Schmerzen ist ein komplexes Zusammenspiel aus emotionalen, sozialen und psychologischen Aspekten. Andauernde Schmerzen beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit im Alltag und können für Stimmungsschwankungen oder Schlafstörungen führen. Hinzu kommt, dass die Therapien, welche primär auf die Nozizeptoren wirken sollen, meist erfolglos bleiben. Aus diesen Gründen ist eine multimodale Betrachtungsweise besonders wichtig (vgl. DNQP, 2020, S. 68f).

Eine wesentliche Voraussetzung für eine adäquate Schmerztherapie ist die konkrete Anamnese. Es erfolgte eine Anamnese über die Tumortherapie, aber auch über die allgemeine Krankengeschichte. Hinzu kommt das Erfragen des psychosozialen Status. Inhalte können die berufliche Situation, aber auch Interessen und Hobbies sein. Außerdem wird eine Schmerzanamnese durchgeführt. Die Lokalisation, der Charakter und die Intensität des Schmerzes müssen bekannt sein, um gezielte Interventionen einleiten zu können. Ebenso kann der Schmerz in Ruhe und in Bewegung unterschiedlich ausgeprägt sein, daher ist diese Unterscheidung wichtig. Der Krebsschmerz umfasst demnach eine Vielzahl von akuten

und chronischen Schmerzen. Daher muss die Therapie individuell angepasst sein (vgl. Thomm, 2016, S. 159). Um eine ausführliche Schmerzanamnese durchführen zu können, muss grundlegendes Wissen über verschiedene Schmerzformen vorhanden sein. Im Folgenden wird zwischen nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen unterschieden. Bei den nozizeptiven Schmerzen lässt sich zwischen somatischen Schmerzen und viszeralen Schmerzen unterscheiden. Somatische Schmerzen werden durch Gewebeschädigungen, beispielsweise Wunden oder Knochenbrüche ausgelöst und sind meist gut lokalisierbar. Sie sind eher dumpf und drückend. Viszerale Schmerzen treten durch geschädigte innere Organe auf, sind schlecht lokalisierbar und können auch kolikartig auftreten. Neuropathische Schmerzen dagegen treten infolge von Nervenschädigungen auf. Der Schmerz geht von den peripheren oder zentralen Nerven aus und hat meist einen brennenden, kribbelnden und einschießenden Charakter (vgl. Parthum, 2017, S. 534). Des Weiteren kann auch der sogenannte „Mixed Pain“ auftreten. Es handelt sich hierbei um eine gemischte Schmerzform. Sowohl der nozizeptive als auch der neuropathische Schmerz liegen gleichzeitig vor. Dies erschwert die Unterscheidung, insbesondere auch bei Tumorschmerzen oder Rückenschmerzen (vgl. Adler, 2013, S. 21).

3.1.2 Tumorschmerz

Der Tumorschmerz nimmt in der Schmerzbehandlung eine Sonderstellung ein. Bis zu 95% aller Patienten mit einer Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium leiden unter mittelstarken bis starken Schmerzen. Die Prävalenz der Schmerzen nimmt mit dem voranschreiten der Erkrankung zu. Zu den Symptomen einer Krebserkrankung gehört der Schmerz. Dies ist häufig das erste Symptom, welches die Patienten in die Notaufnahme führt. Dort werden sie dann das erste Mal mit der Diagnose Krebs konfrontiert. Die Intensität des Schmerzes hängt sowohl von dem Stadium und dem Manifestationsort des Tumors ab (vgl. Alt-Epping et al., 2014, S. 157).

Die tumorbedingten Schmerzen bilden mit einer Zahl von 60-90% den Hauptteil. Bei dieser Art ist der Tumor bereits in die Knochen oder in den Nerven-, Blut- und Lymphbahnen infiltriert. Dort sorgt er durch Gewebeschädigungen für das Empfinden von Schmerzen. Therapiebedingte Schmerzen werden in der Krebsbehandlung durch Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlung hervorgerufen. Es kann zu Nebenwirkungen kommen, wie zum Beispiel Entzündungen, Vernarbungen oder auch Ödemen. Dies macht einen Anteil von 10-25% aus. Dahingegen treten tumorassoziierte Schmerzen als Symptom der Krebserkrankung oder durch das Tumorwachstum auf. Es können Pilzinfektionen, Venenthrombosen, Lymphödeme oder auch Dekubiti entstehen. Des Weiteren gibt es auch Schmerzen, welche tumor-

unabhängig sind. Diese treten eher selten auf, zwischen 3-10%. Darunter fallen unspezifische Kopf- und/ oder Rückenschmerzen (vgl. Thomm, 2016, S. 160).

3.2 Krankheitsbild Gallengangskarzinom

Die Onkologie ist ein Fachbereich der Inneren Medizin. Der Begriff Onkologie leitet sich vom griechischen ab und setzt sich aus „logos“, die Lehre und „onkos“, die Geschwulst zusammen. Sie beschäftigen sich folglich mit der Lehre von Geschwulsten, deren Entwicklung, Entstehung und der Behandlung von Tumorerkrankungen. Wesentliche Aufgaben eines Onkologen sind demnach die Diagnosestellung und die Therapie von Krebserkrankten (vgl. Vehling-Kaiser, 2021, S. 2).

Die Unterscheidung zwischen Krebs und Tumor muss hier deutlich hervorgehoben werden. Einen Tumor zu besitzen bedeutet nicht gleich, dass eine Krebserkrankung vorliegt. Tumor bedeutet im wesentlichen Neubildung oder auch Raumforderung. Dieser kann sowohl bösartig als auch gutartig sein. Wenn von einer Krebserkrankung gesprochen wird, heißt dies, dass eine bösartige Neubildung vorliegt. Eine Eigenschaft der Bösartigkeit ist die Fähigkeit der Zellen, in Nachbargewebe einzuwachsen. Die Zellen wachsen unerwünscht und unkontrolliert in benachbarte Gewebe ein oder breiten sich über die Blut- und Lymphbahnen in weiter entfernte Organe aus. Dadurch entstehen Tochtergeschwülste, welche Metastasen genannt werden. Die Krebszellen können sich demnach von ihrem Entstehungsort lösen und nehmen dabei bizarre Formen und Größen an. Bösartige Krebszellen zeichnen sich durch ein rasches, invasives und destruierendes Wachstum und eine häufige Metastasierung aus. Sie lassen sich außerdem schwer von gesundem Gewebe abgrenzen (vgl. Frickhofen, 2017, S. 3ff; Aigner & Stephens, 2016, S. 4ff.). Es lassen sich zwei Entstehungsorte von bösartigen Tumorerkrankungen feststellen. Die Karzinome gehen von den Oberflächen innerer oder äußerer Körperflächen aus, das Epithelgewebe. Karzinome treten häufiger auf als Sarkome und können Haut, Atemwege, Blase oder Bauchspeicheldrüse betreffen. Sarkome dagegen sind Tumore der Weichteilgebiete oder der Knochen. Sie können überall im menschlichen Körper entstehen, beispielsweise im Bindegewebe, in den Muskeln, Nerven oder im Fettgewebe (vgl. Aigner & Stephens, 2016, S. 4ff.).

Für eine zielgerichtete Therapie der Krebserkrankung sollte die Ausdehnung und die Größe des Tumors standardisiert erfasst werden. Das bekannteste und international verwendete System ist die TNM-Klassifikation. Anhand von ausgewählten Kriterien wird die anatomische Ausbreitung des Tumors einheitlich festgehalten (vgl. deutsche Krebsgesellschaft, 2015, o.S.). Das T steht für die Tumorgröße, das N für das Vorhandensein von Lymphknotenmetastasen und das M für Fernmetastasen. Des Weiteren werden hinter diesen Buchstaben Zahlen angegeben, welche Hinweise auf die Größe des Tumors (T1-4), auf die Anzahl der

Lymphknoten in Tumornähe (N0-2) und auf das Vorhandensein von Fernmetastasen (M0 oder M1) geben (vgl. Vehling-Kaiser, 2021, S. 11f.).

Für ein besseres Verständnis des Gallengangskarzinoms werden im Folgenden die anatomischen Strukturen der Gallengänge und der Leber kurz dargestellt. Die Leber wird von außen in zwei Lappen unterteilt, in den größeren rechten und in den kleineren linken Leberlappen. Sie liegt unter der rechten Zwerchfellkuppel und reicht bis in den linken Oberbauch hinein. Wichtige Aufgaben der Leber sind die Produktion der Galle, die Entgiftungsfunktion, die Speicherung von Vitaminen, Kohlenhydraten und Fetten und die Bildung von Proteinen. In der Leber befindet sich ein Kapillarsystem mit den sogenannten Gallenkanälchen. Die Fließrichtung der Gallenkanälchen beginnt im Zentrum der Leberläppchen und mündet in den interlobulären Gallengängen. Diese Gänge vereinigen sich soweit, bis sich der rechte und der linke Lebergallengang an der Leberpforte vereinigen. Die Lebergallengänge werden fachsprachlich ductus hepaticus dexter und sinister genannt. An der Leberpforte verbinden sich die beiden Gänge zu einem gemeinsamen Lebergallengang, den ductus hepaticus communis. Aus diesem geht nach kurzer Strecke der Gallenblasengang ab, welcher die Verbindung zur Gallenblase herstellt. Nach diesem Abgang wird der Hauptgallengang als ductus choledochus bezeichnet. Dieser ist sechs bis acht Zentimeter lang, durchquert die Bauchspeicheldrüse und mündet mit dem Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse in die Papilla duodeni major des Zwölffingerdarms (vgl. Menche, 2017, S. 317ff.). Fachsprachlich wird demnach von einem intrahepatischen und extrahepatischen Gallenweg gesprochen. Diese Unterscheidung ist von großer Bedeutung, da das Gallengangskarzinom folglich zwei Entstehungsorte aufweisen kann.

Das Karzinom der Gallengänge entsteht durch eine bösartige Transformation des Epithelgewebes der Gallengänge. Diese Krebserkrankung kann in den Gallengängen der Leber und in den Gallengängen außerhalb der Leber entstehen. Gallengangskarzinome werden auch durch die aktuellen WHO- und UICC-Klassifikationen nach der anatomischen Lage unterschieden. Die extrahepatischen Karzinome machen 60% aller Gallengangskarzinome aus und die intrahepatischen 10-20% aller Lebertumore und ca. 20-30% aller Gallengangskarzinome aus (vgl. Goeppert, 2020, S. 488ff.). Die Symptome und die Risikofaktoren unterscheiden sich leicht. Betroffene Patienten mit extrahepatischem Krebs werden häufig durch einen schmerzlosen Ikterus auffällig. Dementsprechend sind die Cholestasewerte im Blut erhöht, besonders die alkalischen Phosphatase. Patienten mit intrahepatischem Gallengangskrebs werden meist durch eine Störung der Gerinnungsfunktion auffällig, da die Aufnahme fettlöslicher Vitamine beeinträchtigt sein kann. Insgesamt sind die Symptome dieser Erkrankung eher unspezifisch und treten erst in den fortgeschrittenen Stadien des Krebses auf. Es gibt demnach keine Frühsymptome. Die Diagnose wird häufig als Zufallsbefund gestellt (vgl. We-

ge, 2022, S. 19f.). Risikofaktoren sind bis heute nicht eindeutig identifiziert. Jedoch ist der Hauptrisikofaktor das Alter. Mit zunehmen Alter steigt auch das Risiko an Krebs zu erkranken. Weitere Risikofaktoren können angeborene Anomalien und chronische Entzündungen der Gallenwege, aber auch Gallensteine, Leberzirrhose und Infektionen durch Leberegeln oder durch das Hepatitis-C-Virus sein (vgl. Goeppert, 2020, S. 488ff.).

Die Tumore der Gallengänge sind relativ selten und machen etwa 2% aller malignen Tumore aus. Im Jahr 2018 bekamen 2700 Frauen und 2380 Männer diese bösartige Diagnose. Von diesen Betroffenen starben 2017 Frauen und 1706 Männer. Dies zeigt eine ungünstige Prognose. Die fünf-Jahres-Überlebensrate liegt für beide Geschlechter zwischen 10-20% (vgl. RKI, 2021, S. 24f.).

3.3 Lebensphase Alter

Eine klare Abgrenzung der Lebensphase Alter kann aufgrund der vielfältigen und individuellen Lebensformen nicht vorgenommen werden. Die Anzahl der gelebten Jahre kann als Orientierungshilfe dienen, dies wird als das kalendarische oder als das chronologische Alter bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterteilt das Alter in folgende Phasen:

- 50 bis 60 Jahre = alternder Mensch
- 61 bis 75 Jahre = älterer Mensch
- 76 bis 90 Jahre = alter Mensch
- 91 bis 100 Jahre = hochbetagter Mensch
- Über 100 Jahre = langlebiger Mensch

Diese chronologische Alterseinteilung ist jedoch wenig aussagekräftig und darf nicht als eine allgemeingültige Norm angesehen werden (vgl. Rode, 2010, S. 16). Starre Altersgrenzen sind demnach nicht mehr zeitgemäß, da die Lebensphase durch eine hohe Variabilität und Individualität geprägt ist. Ein weiterer Aspekt, welcher die Eingrenzung der Lebensphase Alter erschwert, ist die steigende Lebenserwartung. Die Altersphase wird demzufolge ausgedehnt, sodass dieser Lebensabschnitt rund 30 Jahre umfassen kann. In diesen Jahren können weitreichende Veränderungen für jedes einzelne Individuum auftreten, was die Heterogenität der Gruppe verdeutlicht. Folglich kann die Lebensphase in ein drittes, viertes und fünftes Lebensalter eingeteilt werden. Es wird unterschieden zwischen den jungen Alten, den alten Alten und den sehr Alten (vgl. Hübner, 2017, S. 7ff.).

Es wird deutlich, dass eine chronologische Betrachtung allein nicht für die Beschreibung der Lebensphase Alter ausreicht. Das Alter kann als ein „biologisch determinierter Prozess“ (Hübner, 2017, S. 6) beschrieben werden, ist aber auch kontextabhängig und sozial geprägt. Dies bedeutet, dass das Alter auch biologisch, psychologisch und sozial gedeutet werden

kann. Das biologische Alter wird mit dem Begriff der Biomorphose beschrieben. Damit ist das fortschreitende Nachlassen von Körperfunktionen gemeint. Bestimmte Strukturen und Substanzen werden im Körper abgebaut. Assoziiert wird mit dem biologischen Alter unter anderem Veränderung der Hautelastizität oder dem Verlust von Haaren. Diese Merkmale sind individuell verschieden ausgeprägt. Außerdem verlieren Organe wie Herz, Lunge oder Niere an Leistung. Ältere Menschen benötigen längere Erholungszeiten und besitzen eine eingeschränkte Adaption an Belastungssituationen (vgl. Fuchs, 2021, S. 4f.). Der psychologische Aspekt beschreibt das subjektive Erleben des Alters. Das soziale Altern wird auch als status- und rollenabhängiges Alter bezeichnet. Soziale Rollen gehen verloren, wie zum Beispiel die Rolle des Arbeitnehmers (vgl. IW JUNIOR, 2021, o.S.).

3.3.1 Ruhestand als Lebensereignis

Der Lebenslauf eines Menschen ist durch verschiedene Phasen gekennzeichnet, welche durch Übergänge verbunden werden. Der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand ist ein einschneidendes Lebensereignis und wird in der Literatur häufig mit dem Eintritt in die Lebensphase Alter verbunden (vgl. Hübner, 2017, S. 1ff.). Als Lebensereignis werden Veränderungen der bekannten Lebenswelt bezeichnet. Diese Veränderungen finden meist abrupt statt, sodass ein fließender Übergang nicht möglich ist. Das Lebensereignis kann folglich zeitlich lokalisiert werden. Es wird zwischen den normativen und nicht-normativen Ereignissen unterschieden. Normativ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Lebensveränderung sehr wahrscheinlich ist und nicht-normativ meint, dass Ereignisse nicht zu erwarten oder nicht typisch für eine bestimmte Lebensphase sind. Beispiel für ein normatives Lebensereignis ist eben der Eintritt in das Rentenalter. Dieser Übergang birgt das Potenzial für eine Vielzahl an Veränderungen. Wenn genug Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sind, so kann der Übergang zur persönlichen Weiterentwicklung genutzt werden. Gelingt dies nicht, kommt es zu einem Gefühl der Überforderung (vgl. Hübner, 2017, S. 17f.).

Die Verrentung ist demnach ein einschneidendes Lebensereignis. In diesem Übergang werden neue Entwicklungsaufgaben gestellt, es finden Rollenveränderungen statt und der Alltag verändert sich drastisch aufgrund einer Vielzahl von zeitlichen Ressourcen. Der Eintritt in den Ruhestand ist zwar durch gesetzliche Regelungen festgelegt, jedoch gibt es häufige Abweichungen. Durch den demografischen Wandel und um die Finanzierung des Rentensystems weiterhin sicherstellen zu können, wurde das Rentenalter bereits im Jahr 2006 auf 67 Jahre festgelegt. Verschiedene Faktoren können einen vorzeitigen Renteneintritt bedingen. Bei Menschen mit einem vergleichsweise schlechten gesundheitlichen Zustand ist die Wahrscheinlichkeit höher, früher aus dem Berufsleben auszuscheiden (vgl. Hübner, 2017, S. 59ff.).

Durch den Eintritt in das Rentenalter kommt es zu wesentlichen Veränderungen im Leben. Zum einen verändert sich die finanzielle Situation. Das monatlich zur Verfügung stehende Geld wird um rund 80% reduziert. Zum anderen verändert sich das soziale Netzwerk. Durch die gewonnen zeitlichen Ressourcen kann der Alltag frei gestaltet werden. Zu Beginn wird das Leben nach dem „Urlaubsmodell“ (Hübner, 2017, S. 66) gelebt. Rentner planen ihren Alltag ähnlich wie sie es im Urlaub machen würden. Nach dieser kurzen Zeit müssen neue Alltagsstrukturen geschaffen und wichtige Ziele gesetzt werden. Außerdem steigt der Medienkonsum erheblich und die Zeit wird für Hobbies und soziale Kontakte genutzt. Die Alltagsgestaltung richtet sich an den biografischen Faktoren und den Eigenschaften einer Person (vgl. Hübner, 2017, S. 66ff.). Die Veränderungen können sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen werden. Ein positiver Übergang wird als Gewinn angesehen. Die Zeit kann für Reisen, sportliche Aktivität oder auch für das Erlernen neuer Hobbies sein. Jedoch ist dies vom Gesundheitszustand und der finanziellen Situation abhängig. Nicht jeder Rentner besitzt die gleichen Voraussetzungen. Dahingegen wird ein negativer Übergang in das Rentenalter als Krise verstanden. Sowohl finanzielle Ressourcen als auch soziale Interaktionen gehen verloren. Die Ausführung eines Berufs ist für viele Menschen eine Erfüllung, da der Beruf zudem einen hohen Stellenwert in der modernen Gesellschaft hat. Der Berufsalltag dient als Quelle für soziale Beziehungen. Arbeitnehmer bekommen so das Gefühl, gebraucht zu werden. Durch den Verlust des Berufslebens kann es zu Rollenkonflikten kommen. Einige Rentner sind unzufrieden mit der neuen Rolle und sie können sich nicht an die veränderte Identität anpassen (vgl. Hübner, 2017, S. 71ff.).

3.3.2 Soziale Beziehungen im Alter

Der Alterungsprozess ist neben dem individuellen Prozess auch ein sozialer Prozess. Ältere Menschen sind in sozialen Beziehungen und Interaktionen eingebettet. Soziale Beziehungen können als ein wechselseitiges Verhalten von Menschen definiert werden, die sich gegenseitig beeinflussen. Folglich liegt eine soziale Beziehung dann vor, „wenn mindestens zwei Personen ihr Denken, Fühlen und Handeln wechselseitig aufeinander beziehen“ (Tesch-Römer, 2010, S. 17). Auch ist ein Wandel in den Lebensplänen älterer Menschen zu beobachten. Dies hat Auswirkungen auf die Bedeutung sozialer Beziehungen. Die Relevanz sozialer Netzwerke wird steigen. Dabei besteht ein solches Netzwerk aus verschiedenen Individuen, die sich wechselseitig bedingen und beeinflussen (vgl. Tesch-Römer, 2010, S. 17ff.). Die Partnerschaft und Ehe nimmt eine besondere Rolle ein. Der Partner ist die wichtigste Person im Leben und steht demnach am nächsten. Zusammen werden Lebensentscheidungen besprochen und der Alltag bewältigt. Eine partnerschaftliche Beziehung beruht auf Vertrauen und auf Nähe. Idealerweise schafft sich das Paar eine gemeinsame Lebenswelt, in der sie

sich frei bewegen und leben können. In einer langjährigen Partnerschaft wandelt sich die anfängliche sexuelle Anziehung und Leidenschaft in Intimität um. Durch eine offene Kommunikation können Konflikte und Probleme konstruktiv gelöst werden (vgl. Tesch-Römer, 2010, S. 119ff.). Weitere Aspekte für eine erfüllende Beziehung sind die kontinuierliche Pflege der Liebe und das Besitzen von gemeinsamen Interessen. Dies sorgt für Stabilität und eine hohe Zufriedenheit. Des Weiteren sorgt eine Partnerschaft für eine bessere subjektive Gesundheit, für einen besseren Lebensstandard und eine höhere Lebenszufriedenheit. Soziale Unterstützung hat den Haupteffekt, dass die Partner gegenseitig auf das Wohlbefinden achten. Der Aspekt der Sexualität, die sinnliche und erotische Anziehung ist für die Mehrheit der Paare ein zentrales Fundament. Über 90% der Menschen zwischen 41 und 60 Jahren geben an, sexuell aktiv zu sein. Etwa ein Drittel der nichtverheirateten Paare haben mehrmals in der Woche Sex (vgl. Statista, 2021, o.S.). Bei den über 60-Jährigen sinkt der Anteil auf zwei Drittel. Ein Grund dafür ist, dass sich hormonelle und anatomische Bedingungen verändern. Dies hat direkte und indirekte Auswirkungen auf die Sexualität. Auch steigt das körperliche Erkrankungsrisiko mit steigendem Alter, welches die sexuelle Funktion beeinträchtigen kann (vgl. Tesch-Römer, 2010, S. 125ff.).

Durch die demografischen Entwicklungen rücken unterschiedliche Arten einer Partnerführung in den Vordergrund. Es kommt zu einer „Pluralisierung familiärer Lebensformen“ (Tesch-Römer, 2010, S. 121). Unterschieden werden kann zwischen nichtehelichen Lebensgemeinschaften, gewollter Kinderlosigkeit, Zunahme an Scheidungen, an Alleinlebenden oder an Fortsetzungsfamilien, die sogenannten „Patchwork Familien“. Des Weiteren steigt die Anzahl an gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften und an Partnerschaften, die nicht zusammenleben. Der überwiegende Teil der über 60-Jährigen ist oder war jedoch verheiratet. Dabei lebt die Mehrheit der jungen Alten in einer Ehe. Bei den alten Alten sind bereits zwei Drittel der Frauen verwitwet, jedoch noch 60% der Männer verheiratet. Laut dem Statistischen Bundesamt geben 82% der Frauen und 80% der Männer an, glücklicher zu sein, seit sie in einer Beziehung sind. Dabei ist den meisten Paaren der gemeinsame Spaß und gute Unterhaltungen wichtig. 40% der Deutschen geben an, gelassen über die Macken des anderen sein zu müssen, um die Partnerschaft langfristig zu halten. Außerdem benötigen 38% der Paare genügend Freiräume und 23% gemeinsame Interessen (vgl. Statista, 2020, o.S.).

4. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen für das Verfassen dieser Arbeit näher erläutert. Grundlage der Fallarbeit bietet die hermeneutische Fallanalyse nach Berta Schrems,

welche beschrieben und auf den ausgewählten Patientenfall angewendet wird. Anschließend wird die Herangehensweise der systematischen Literaturrecherche erläutert.

4.1 Hermeneutische Fallanalyse

Grundlage der Fallarbeit stellt die hermeneutische Fallanalyse dar. Der Begriff Hermeneutik stammt von dem griechischen Wort hermenuein ab und lässt sich mit erklären, dolmetschen und auslegen übersetzen (vgl. Schrems, 2016, S. 57). Ziel der Hermeneutik ist es, „Unverständliches verstehbar zu machen“ (Schrems, 2016, S. 57) und Pflegephänomene im jeweiligen Kontext sinnhaft zu deuten. Grundlegend für die Fallarbeit ist die Auslegung. Situationen können nur durch Vorverständnis interpretiert, ausgelegt oder verstanden werden (vgl. Schrems, 2016, S. 59). Dieses Vorverständnis kann mit dem subjektiven Erleben verglichen werden. Hierzu gehören Erfahrungen, Fachwissen und wissenschaftliche Erkenntnisse. Das Vorverständnis der Pflegefachkräfte bildet die Basis, den Ausgangspunkt für die Fallbearbeitung. Dieses Wissen wird durch das Sammeln von neuen Informationen kontinuierlich erweitert. So kann sich das Basiswissen über den Fall ständig ändern, da Zusammenhänge ersichtbar und verknüpft werden können. Der zweite Schritt beinhaltet das systematisierte Pflegewissen. Die ersten gewonnen Informationen werden mit Beurteilungsinstrumenten, wie zum Beispiel Standards, Assessmentinstrumente oder Richtlinien verglichen. Dies bringt den Aspekt des Fachwissens mit ein. Die dritte Komponente kann als Lebenswelt betitelt werden. Der Fall wird vor dem Hintergrund der individuellen Lebenswelt verstanden. Diese Welt ist vorgegeben, da die Betroffenen in diese reingeboren wurden und sie mit dieser vertraut sind (vgl. Schrems, 2016, S. 61ff.). Die Lebenswelt wird durch den Krankheitsprozess verändert, da Krankheit immer in Verbindung mit sozialen Zusammenhängen erlebt wird. Je nach Ausmaß und Dauer der Erkrankung wird Zuneigung oder Mitleid durch die Gesellschaft vermittelt. Ein weiteres Ziel der Fallbearbeitung ist das individuelle Verstehen von Situationen für die Betroffenen. Dieses Verstehen kann in drei Ebenen stattfinden. Der erste Aspekt ist die Perspektive beziehungsweise der Perspektivwechsel. Die Situation sollte aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, damit ein „erweitertes Situationsverständnis“ (Schrems, 2016, S. 67) erreicht wird. Der zweite Aspekt betrifft den Kontext der betroffenen Person. Der Fall wird in dem jeweiligen Kontext eingebettet und vor dem biografischen Hintergrund gedeutet. Hier wird unter anderem das subjektive Erleben, die familiäre und berufliche Situation in den Blick genommen. Zusammenwirkend ergibt sich eine individuelle Bedeutung einer Si-

tuation für den Fall (vgl. Schrems, 2016, S. 67ff.). Zuletzt wird der Fall durch wissenschaftliche Theorien, Konzepte oder Werte und Normen gedeutet. Auf Basis dieser Analyse können dann Interventionen geplant werden. Dieses Vorgehen nennt sich auch „theoriegestützte Interpretation“ (Schrems, 2016, S. 70).

Der Wechsel der Perspektive wurde im Rahmen des achten Semesters in Form einer kollegialen Fallberatung geschaffen. Der Praxisfall wurde zunächst ausführlich vorgestellt und es konnten Rückfragen geklärt werden. Beteiligte Personen des Patientenfalls wurden als Rollen an Mitstudierende vergeben, sodass der Fall in seiner Ganzheit durch verschiedene Blickwinkel erläutert und gedeutet werden konnte. Die unterschiedlichen Sichtweisen wurden schriftlich für die Fallvorstellenden festgehalten. Durch die kollegiale Beratung wurden die wesentliche Pflegephänomene aufgezeigt, um schließlich das eigentliche Thema für die Bachelorarbeit inklusive Fragestellung zu erfassen (vgl. Walker, 2022, o.S.).

4.2 Literaturrecherche

Für die vorliegende Arbeit wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, welche einen Gesamtüberblick über alle relevanten Themen gab. Durch selektives Lesen der Überschriften, der Zusammenfassungen und der Einleitungen konnte relevante Literatur gefunden werden, insbesondere für den theoretischen Rahmen und den Problemhintergrund. Vor dem Verfassen des Analyse- und Transferteils wurde eine erneute Literaturrecherche durchgeführt, um spezifische Themen ausfindig zu machen. Durch einen dynamischen Prozess wurde die Literatur weiter eingegrenzt und verfeinert.

Es wurden sowohl Monografien, als auch Sammelwerke, Artikel, Hochschulschriften, Forschungs- und Zeitungsartikel sowie Studien verwendet. Zuerst begann die Recherche in der Suchmaschine Scinos der Hochschule Osnabrück. Außerdem wurde die Suchmaschine Google Scholar verwendet. Bei den Datenbänken fiel die Auswahl auf Pubmed, SpringerLink und CINAHL. Durch die Verwendung des Schneeballsystems wurde weitere relevante Literatur gefunden. Die verwendeten Suchbegriffe und MeSH-Terms wurden in deutscher und englischer Sprache eingegeben. Die Suchbegriffe waren folgende: Schmerz, pain, Schmerztherapie, pain management, Schmerzmanagement, Krebs, cancer, Tumor, Tumorschmerzen, Lebensphase Alter, Alter, age, demografischer Wandel, chronische Schmerzen, Rentenalter, Onkologie, oncology, oncology care, onkologische Pflege, Gallengangskrebs, Gallengangskarzinom, Cholongiokarzinom, Studie, study, Therapiemöglichkeiten, total pain Modell, Schmerzdimensionen. Des Weiteren wurden diese Schlagwörter mit den Booleschen Operatoren AND und OR verknüpft, sodass folgende Begriffe entstanden sind: Schmerztherapie AND Krebserkrankung, Schmerzmanagement AND Tumor, Tumorschmerz AND Therapiemöglichkeiten, Schmerz AND Medikamente OR psychologische Interventionen, Gallen-

gangskrebs AND Schmerzen, Gallengangskarzinom AND Pathophysiologie, Gallengangskarzinom AND Therapie, Alter AND Krebs.

Deutsche und englische Literatur stand kostenlos zur Verfügung. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Literatur als Volltext verfügbar sein sollte. Bei der Suche nach aktuellen Fallzahlen bezüglich Krebsinzidenzen oder dem demografischen Wandel wurde auf Aktualität geachtet. Hier wurde Literatur ausgeschlossen, welche vor 2017 veröffentlicht wurde. Dies galt ebenfalls für die möglichen Schmerztherapieansätze. Wichtig war es, die aktuellsten Standards, Leit- und Richtlinien zu finden, um den Aktualitätsbezug herstellen zu können. Die Bewertung der Literatur wurde anhand der Qualitätskriterien Genauigkeit, Aktualität, Zielgruppe und Beständigkeit vorgenommen.

Im Anhang 1 befindet sich die Darstellung der Studienrecherche als Flowchart.

5. Fallbeschreibung

In diesem Kapitel wird der ausgewählte Patientenfall theoriegeleitet dargestellt, um so den Patienten in seiner individuellen Lebenswelt zu verstehen. Dies bildet die Grundlage dieser Ausarbeitung und dient als Fundament für das weitere Vorgehen in der Analyse und im Transfer. Der Name des Patienten wird pseudonymisiert, sodass keine Rückschlüsse hergestellt und die persönlichen Daten des Patienten geschützt werden können. Im Folgenden wird keine vollständige Pflegeanamnese aufgeführt, da nur die relevantesten Informationen für das Verständnis des Falls benötigt werden. Die aufgeführten Daten wurden von der Verfasserin im Rahmen ihres Praxiseinsatzes auf der Onkologie gesammelt und dokumentiert. Dies erfolgte zum einen durch Gespräche mit dem Patienten, seiner Lebensgefährtin und den zuständigen Pflegefachkräften und zum anderen durch die Patientenakte.

5.1 Medizinisches Pflegeassessment für Erwachsene

Die folgende Pflegeanamnese wurde anhand des medizinischen Pflegeassessments für Erwachsene von Doenges und Moorhouse durchgeführt. Zu Beginn werden allgemeine Informationen über den Aufnahmegrund und über den Verlauf des Aufenthaltes gegeben. Anschließend wird sowohl die soziale als auch die momentane Situation während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten beleuchtet. Auch werden die Aspekte Schmerz, Selbstversorgung und die Integrität der Person aufgezeichnet (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 37ff.).

5.1.1 Allgemeine Informationen

Herr Gerdes kommt notfallmäßig in die Notaufnahme in einem Krankenhaus im nordwestlichen Niedersachsen aufgrund von starker Oberbauch- und Rückenschmerzen. In der Aufnahme wird routinemäßig Blut abgenommen, in den Laborwerten zeigt sich ein erhöhter Entzündungswert, das C-reaktive Protein ist angestiegen. Des Weiteren werden bildgebende Verfahren durchgeführt. Es wurden diffuse Knochenmetastasen im gesamten Skelettsystem vorgefunden. Für weitere Untersuchungen wird der Patient auf die onkologische Station des Krankenhauses verlegt. Der Patient durchläuft weitere bildgebende Verfahren, um das Ausmaß der Metastasierung feststellen zu können. Es wurden Metastasen im gesamten Skelettsystem gefunden, ebenso multiple Rippenmetastasen, Metastasen im unteren Brustbein und in der Leber. Nach ungefähr einer Woche wurde die Diagnose Gallengangskrebs gestellt. Für die zielgerechtete Behandlung wurden die Neurochirurgen mit einbezogen. Diese sahen in den bildgebenden Verfahren Spinalkanalstenosen im dritten Brustwirbelkörper und im fünften Lendenwirbelkörper mit einer pathologischen Fraktur sowie große Metastasen im Dornfortsatz in Höhe vom vierten Brustwirbelkörper. Aufgrund dieser Befunde schlugen die Chirurgen eine notfallmäßige Wirbelsäulenoperation vor, welcher der Patient zustimmte. Diese fand am nächsten Tag gegen Mittag statt. Nach der Überwachung auf der operativen Intensivstation wird der Patient nach drei Tagen auf die onkologische Station zurückverlegt. Laut Aussagen der Neurochirurgen ist die Operation gut verlaufen, die Wirbelsäule konnte stabilisiert werden und der Patient darf sich, soweit es möglich ist, mobilisieren. Zwei Tage später wurde die Chemotherapie eingeleitet.

5.1.2 Soziale Interaktion

Herr Gerdes ist ein 60-jähriger Mann, welcher in dem Bundesland Hessen wohnt. Er lebt dort in einer drei Zimmer-Wohnung, welche er alleine mietet. Aus einer früheren Ehe hat der Patient zwei erwachsene Söhne, im Alter von 37 und 38 Jahren, welche ebenfalls im gleichen Ort ansässig sind. Laut seinen Aussagen haben sie regelmäßig Kontakt und verstehen sich gut. Jedoch hat er mehr und regelmäßigeren Kontakt zu seinem jüngsten Sohn. Des Weiteren hat Herr Gerdes bereits einen fünf jährigen Enkelsohn, auf welchen er sehr stolz ist und ihn regelmäßig besucht. Seine Eltern sind bereits über 60 Jahre verheiratet und leben zusammen ebenfalls in seiner Nähe. Seine Mutter ist 81 Jahre und sein Vater 85 Jahre alt. Er ist Einzelkind. Herr Gerdes lernt seine jetzige Lebensgefährtin 1998 am Flughafen in Frankfurt kennen. Sie tranken dort zusammen einen Kaffee, unterhielten sich und tauschten Kontaktdaten aus. Die 59-jährige Lebensgefährtin wohnt im nordwestlichen Teil Deutschlands und arbeitet dort im Krankenhaus als Krankenschwester auf der operativen Intensivstation. Herr Gerdes identifiziert sich als Mann und fühlt sich in seiner Beziehung mit seiner Lebens-

gefährtin wertgeschätzt und akzeptiert. Er nahm bislang die Rolle des unterstützenden und liebenswerten Mannes in der Beziehung ein. Des Weiteren beschreibt er seine Beziehung als „rollen - typisch“. Er sei doch eher männlich, und würde schnell die Geduld verlieren. Er rege sich schnell über Kleinigkeiten auf und entschuldige sich nicht rasch. Er beschreibt sich als stur. Seine Beziehung hält bereits über 20 Jahre und zusammen hätte das Paar gute Wege gefunden, mit den Fehlern des Anderen umzugehen. Aufgrund der räumlichen Distanz des Paares sahen sie sich nur in unregelmäßigen Abständen und telefonierten daher viel. Der Wunsch des Patienten war es, mit Eintritt in das Rentenalter zu seiner Lebensgefährtin zu ziehen und zusammen mit ihr die Ruhe und die Zweisamkeit zu genießen. Aufgrund der plötzlichen Erkrankung des Patienten muss dieser Lebensplan überdacht und geändert werden. Herr Gerdes möchte sich gerne in Niedersachsen weiterhin behandeln lassen und zieht daher einen baldigen Umzug in Betracht. Die Arbeit mit seinen Kolleg*innen als Tischler würde ihm fehlen, da diese bereits zu Freunden geworden seien und sie sich auch privat gut verstehen würden. Mit einem Arbeitskollegen tausche er regelmäßig Nachrichten aus.

5.1.3 Aktivität und Ruhe

Während des stationären Aufenthaltes ist die Aktivität des Patienten stark vermindert. Durch die vielen Untersuchungen und der großen Wirbelsäulenoperation ist der Patient in seiner Mobilität eingeschränkt. Er wirkt insgesamt antriebsarm, kraftlos und kann sich zeitweise nicht selbstständig versorgen. Des Weiteren hat er sehr starke Schmerzen, welche nur schwer eingestellt werden konnten. Er ist daher auf fremde Hilfe angewiesen. Herr Gerdes berichtete, dass er gerne spazieren gehe, gern Fahrrad fahre und er hätte bis vor einigen Jahren noch im Verein Fußball gespielt. Er bekam 2017 ein künstliches Kniegelenk, seitdem gab er das Fußballspielen endgültig auf. Er konzentriere sich nun auf das Schauen des Sportes im Fernsehen. Beruflich arbeite der Patient als Tischler in einem kleinen Unternehmen. Diese Anstellung wird er aufgeben müssen, da er sich auf seine Krebstherapie konzentrieren muss. Herr Gerdes habe zwar gern als Tischler gearbeitet, jedoch würde er seine Anstellung nicht weiter vermissen, da er bereits lange genug gearbeitet hätte. Das Handwerk sei für ihn nicht nur ein Beruf gewesen, er bezeichnete dies auch als Hobby. Für ihn sei dies eine Möglichkeit Stress abzubauen.

5.1.4 Integrität der Person

Der Patient stand bislang eigenständig im Leben, versorgte sich selbst und zog zwei Söhne auf. Die Hilflosigkeit und der Verlust von Selbstpflegefähigkeiten gibt dem Patienten das Gefühl der Unfähigkeit und kränkt ihn in seinem Selbstbild. Er hat das Gefühl der Machtlosigkeit. Durch diese Aspekte verringert sich das Selbstwertgefühl des Patienten.

Bereits bekannte Coping-Mechanismen stehen dem Patienten nicht zur Verfügung. Das Handwerken und körperliche Aktivitäten können nicht ausgeführt werden. Dies bedeutet, dass der Patient neue Mechanismen für sich entdecken muss. Dies gelingt ihm nur bedingt. Er spricht viel mit seiner Lebensgefährtin und nutzt diese Beziehung als Sprachrohr für Bedenken und Sorgen. Herr Gerdes sammelt das erste Mal Erfahrungen im Bereich der Endlichkeit des Lebens. Durch die Erkrankung wird ihm bewusst, dass sein Leben begrenzt ist und ihm die Zeit wegläuft. In Stresssituationen reagiert der Patient zeitweise mit verbaler Aggression und sozialem Rückzug. Seine Stimmung schwankt während des Aufenthaltes merklich. Es wechseln sich Phasen der Hoffnung und der Hoffnungslosigkeit ab. Jedoch ist die Angst und das Trauergefühl durchgehend präsent. Des Weiteren sorgt sich Herr Gerdes um die Zukunft. Die Pläne, die er mit seiner Partnerin erstellt hatte, werden kurzfristig umgeworfen. Die Vorfreude in den Ruhestand zu gehen und die Zweisamkeit zu genießen wird ihm schlagartig genommen. Dies sorgt für Trauer, Wut und Hoffnungslosigkeit.

Aufgrund der Gabe von starken Schmerzmitteln und der unmittelbaren Schockdiagnose befindet sich der Patient in einem „Schleier“ der Teilnahmslosigkeit. Herr Gerdes wirkt in sich gekehrt, ruhig und überfordert. Dies zeigt sich durch das vermehrte Entschuldigen des Patienten für das Benötigen von Unterstützung, durch den unsicheren Umgang mit pflegerischen Hilfsmitteln, wie zum Beispiel der Urinflasche oder des Rollators. Des Weiteren wiederholt sich der Mann häufig und stellt mehrfach dieselben Fragen. Dies sind Zeichen, dass er in seiner Wahrnehmung eingeschränkt ist.

5.1.5 Selbstversorgung

Herr Gerdes benötigt aufgrund der Operation und der verminderten Kraft Unterstützung bei der Körperpflege und beim An- und Ausziehen. Dies sorgt für Scham, da er ungern fremde Hilfe annehmen möchte. Er ist in seiner Mobilität eingeschränkt und wird deshalb bei Bewegungen im Zimmer begleitet. Die anhaltenden Schmerzen sind ein weiterer beeinflussender Aspekt. In dem Zeitraum direkt nach der Wirbelsäulenoperation kann der Patient nicht selbstständig laufen und ist somit auf die Verwendung der Urinflasche angewiesen. Diese Abhängigkeit entstand erst durch den stationären Aufenthalt, die Operation und die eingeleitete Chemotherapie. Herr Gerdes hat ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild, welches er während des stationären Aufenthaltes so gut wie möglich aufrecht erhalten möchte.

5.1.6 Schmerzen

Herr Gerdes kommt aufgrund starker Oberbauch- und Rückenschmerzen in die Notaufnahme. Dies bedeutet, dass der Schmerz bereits bei der Aufnahme vorhanden ist und demnach eine präsente Rolle im Leben des Patienten einnimmt. Während des gesamten Aufenthaltes

stehen die Schmerzen, neben der Krebsdiagnose im Vordergrund. Er gibt an, stärkste Schmerzen im Schulter- und oberen Rückenbereich zu haben, welche in den unteren Rücken und in die Beine ziehen. Diese anhaltenden Schmerzen beeinflussen ihn maßgeblich in seiner Mobilität und schränken seine Selbstpflegefähigkeiten ein. Des Weiteren werden die Stimmung und das Wohlbefinden durch die kontinuierlichen Schmerzen negativ beeinflusst. Dies hat wiederrum Auswirkungen auf seine kommunikativen Fähigkeiten, er zieht sich zurück, wirkt angespannt und reagiert teilweise gereizt. Die Schmerzen konnten durch die Gabe von Medikamenten nicht adäquat eingestellt werden. Die Schmerztherapie ist demnach unwirksam (vgl. Walker, 2022, o.S.).

5.2 Begründung der Dimension und Perspektive

Der Patient kommt aufgrund unklarer Schmerzen in die Notaufnahme. Er wird mit der Feststellung von Metastasen überrascht, dies führt zu Gefühlen von Überforderung, Angst, Schock und Verzweiflung. Hinzu kommt, dass der Patient während des gesamten Aufenthaltes unter starken Schmerzen leidet, welche kaum einstellbar waren. Es wurde die Dimension des Patienten betrachtet, da dieser bei der Krebsbehandlung im Mittelpunkt steht und er mehrere Pflegediagnosen und Probleme aufweist. Er ist mit mehreren Bewältigungsaufgaben konfrontiert, welche er allein nicht bewältigen kann. Die Diagnose Gallengangskrebs ist ein Schock für ihn, mit welchem er nicht rechnen konnte. Bislang hatte der Patient sich gesund gefühlt und habe keine Beschwerden feststellen können. Des Weiteren wird der 60-Jährige mit diversen Untersuchungen und Fachbegriffen konfrontiert, welche er nicht versteht und ihn in seiner psychischen Situation weiter überfordert. Das Ärzteteam versucht schnellstmöglich den Primärtumor zu finden, dabei vernachlässigen sie die psychische Verfassung und die Schmerzsituation des Patienten. Aus diesem Grund muss hier die professionelle Pflege ihre Aufgabe sehen und sich für die Bedürfnisse des Patienten einsetzen. Das Schmerzmanagement ist während des stationären Aufenthaltes unwirksam und erschwert die Situation des Patienten. Schmerzfreiheit ist ein Aspekt, welcher das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Patienten steigert. Anhaltende Schmerzen beeinflussen die Gefühlslage und erschweren Alltagssituationen, wie zum Beispiel das Gehen, das Bewegen und dementsprechend das Durchführen der Grundpflege. Die Perspektive, die in der Arbeit betrachtet werden sollte, ist die der Handlungsebene. Der Patient benötigt ein wirksames Schmerzmanagement.

6. Fallanalyse

In diesem Kapitel wird der Patient auf der Grundlage des Total Pain Modells von Cicely Saunders analysiert (vgl. Pleschberger, 2017, S. 34). Die Schmerzsituation des krebskranken Patienten wird anhand diverser Assessmentinstrumente und Pflegephänomene erarbeitet und verständlich wiedergegeben. Es werden die vier Dimensionen des Schmerzes bei dem Betroffenen analysiert und erklärbar gemacht. Durch die Analyse wird deutlich, welche Aspekte das Erleben von Schmerzen bei Herrn Gerdes beeinflussen und verstärken.

6.1 Total Pain Modell

Cicely Saunders prägte das Konzept des “Total Pain” maßgeblich in den 1970er Jahren. Sie sieht das Erleben des Schmerzes als ein multidimensionales Geschehen an. Schmerz bedeutet nicht nur eine sensorische Wahrnehmung, sondern das Phänomen betrifft den ganzen Menschen in seiner individuellen Lebenswelt. Der Patientenfall wird anhand der vier Dimensionen des Schmerzes analysiert.

In der Abbildung 2 wird die Schmerzsituation von Herrn Gerdes anhand des Total Pain Modells nach Saunders analysiert. Es werden die physische, soziale, spirituelle und psychische Dimensionen beleuchtet.

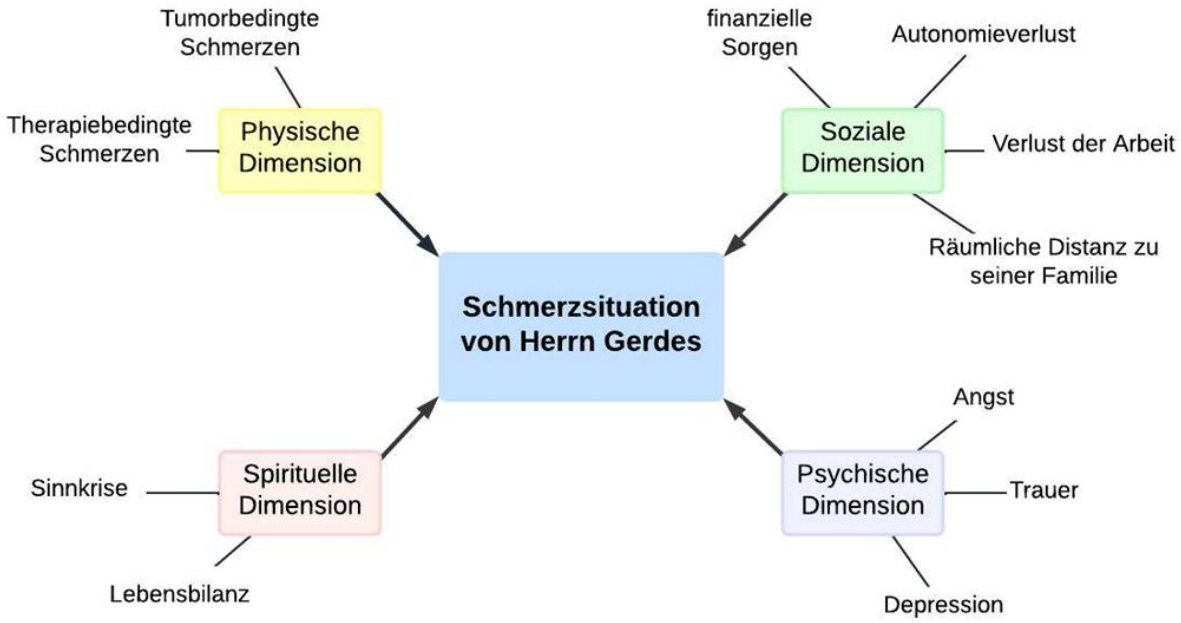


Abbildung 2: Analyse des Schmerzempfinden von Herrn Gerdes
(eigene Darstellung, nach Saunders, 1967, o.S.)

6.1.1 Physische Dimension

Die physische Dimension befasst sich mit den Schmerzvorgängen und den Ursachen dieser Schmerzen. Sie betrifft hier sowohl die tumorbedingten als auch die therapiebedingten Schmerzen. Der Patient kommt aufgrund unklarer Oberbauch- und Rückenschmerzen in die Notaufnahme. Dort werden zahlreiche Untersuchunge durchgeführt, um die Ursachen und Folgen dieser Schmerzen zu finden. Herr Gerdes erhält die Diagnose Gallengangskarzinom. Außerdem wurden diffuse osteolytische Knochenmetastasen im gesamten Skelettsystem gefunden, sowie Metastasen in der Leber. Durch die Metastasen in der Wirbelsäule ergaben sich pathologische Frakturen, sowie Spinalkanalstenosen mit Myelonkompression. Dies bedeutet, dass der Kanal verengt ist, in welchem das Rückenmark verläuft. Der Patient klagt über starke Schmerzen, welche bis in die Beine ziehen und so für eine Taubheitssymptomatik sorgen.

Um das Ausmaß der Schmerzen feststellen zu können, ist die Anwendung eines mehrdimensionalen Assesmentinstruments von Nöten. Das Schmerzerleben ist immer ein subjektives Phänomen, weshalb die Selbstauskunft des Betroffenen oberste Priorität hat. Herr Gerdes ist in seinen kognitiven Fähigkeiten nicht eingeschränkt, er kann sich verständlich, klar und eindeutig äußern. Des Weiteren ist er in der Lage zu lesen, dieses zu verstehen und zu schreiben. Das sind wesentliche Voraussetzungen für die Schmerzerfassung. Die deutsche Schmerzgesellschaft entwickelte einen Schmerzfragebogen, welcher multidimensional ausgerichtet ist. Der vollständig ausgefüllte Schmerzfragebogen befindet sich im Anhang 2. Herr Gerdes gibt an, dass seine Schmerzen überwiegend in den Schultern, im Rücken und in der Bauchgegend zu verspüren sind. Außerdem ziehen die Schmerzen bis in beide Beine. Er beschreibt die Schmerzen als ziehend, stechend, brennend und ein wenig drückend. Er habe die Schmerzen seit über einem Monat. Des Weiteren gibt er an, dass er sowohl unter Schmerzattacken, als auch unter einem Dauerschmerz leidet. Die Attacken treten ungefähr ein Mal täglich auf, sind tageszeitunabhängig und treten plötzlich auf. Seine momentane und seine durchschnittliche Schmerzstärke seien, auf einer Skala von 0 bis 10, eine 6. Die Schmerzen beeinflussen bereits sein Alltagsleben. Er gibt an, in den letzten drei Monaten wesentliche Einschränkungen zu verspüren. Sowohl alltägliche Aufgaben wie einkaufen, waschen oder ankleiden als auch die Durchführung von Freizeitaktivitäten sind nur eingeschränkt möglich. Nicht nur seine Freizeit leidet, auch das Berufsleben des Patienten ist durch seine Schmerzen beeinflusst. Auf einer Skala von 0 bis 10, sieht er seine Arbeitsfähigkeit bei 7 Punkten. Subjektiv betrachtet sind seine Schmerzen auf den Krebs zurückzuführen. Dies ist die wesentliche Ursache der Schmerzen (vgl. Petzke, F.et al., 2022, S. 16ff.).

Hier lässt sich die Pflegediagnose „chronischer Schmerz“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 662) feststellen. Der Patient weist wesentliche Merkmale dieser Diagnose auf. Er

äußert verbal sein Schmerzempfinden und zeigt dieses auch durch objektive Aspekte. Er nimmt bei Bewegung eine Schonhaltung ein, ist zeitweise sehr reizbar und zeigt ein verändertes Schlafmuster auf. Chronischer Schmerz wird als eine „unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen herrührt“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 662) beschrieben. Herr Gerdes leidet an einer Krebserkrankung, welche bereits in das Skelettsystem metastasiert ist. Dies bedeutet, dass seine Schmerzen nicht durch ein baldiges erwartetes Ende gekennzeichnet sind.

Herr Gerdes weist außerdem therapiebedingte Schmerzen auf. Ein wesentlicher Pfeiler der Tumortherapie ist die Operation. Der Patient hat pathologische Frakturen in der Wirbelsäule und benötigte deshalb eine Operation, in der diese stabilisiert wurde. Der 60-Jährige ist nach der Operation durch seine Schmerzen stark eingeschränkt. Sowohl seine Fähigkeiten sich zu bewegen als auch sich selbstständig zu versorgen sind eingeschränkt. Er klagt über stärkste Schmerzen im Rückenbereich und auch in der Schulter. Die Schmerzen in der Schulter lassen sich zum einen durch die Metastasen erklären und zum anderen durch die Positionierung während der Operation. Der Patient lag über Stunden auf den Bauch mit angewinkelten Armen, was die Schmerzen ebenfalls verstärken kann. Seine postoperativen Schmerzen werden mit der international verwendeten, eindimensionalen NRS Schmerzskala eingeschätzt. Diese Skala besteht aus 11 Stufen, von 0 bis 10. Die 0 bedeutet demnach keine Schmerzen zu haben und die 10 beschreibt den stärksten vorstellbaren Schmerz (vgl. DNQP, 2020, S. 115). Herr Gerdes wird mehrfach am Tag aufgefordert, seine Schmerzen auf der Skala einzuschätzen. Kurz nach der Operation sind die Schmerzen sehr stark, er schätzt sie bei einer 8 ein. Diese Schmerzen werden durch Bewegungen verstärkt. Er bevorzugt es, auf der Seite zu liegen und sich so wenig wie möglich zu bewegen. In Ruhe ergibt sich eine durchschnittliche Schmerzstärke von 5. Aufgrund der Operation kann auch die Pflegediagnose „Akuter Schmerz“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 657) gestellt werden. Diese Schmerzen haben eine voraussichtliche Dauer von weniger als drei Monaten und werden demnach als akut bezeichnet. Bei dem Patienten sind klare Schmerzzeichen zu erkennen: - Bei jeglicher Bewegung verzieht er sein Gesicht, zieht die Augenbrauen hoch und gibt stöhnende Laute von sich. Des Weiteren nimmt er eine Schonhaltung ein und versucht dadurch seine Schmerzen erträglich zu machen.

6.1.2 Psychische Dimension

Herr Gerdes kommt mit unklaren Schmerzen in die Notaufnahme und verlässt diese mit der Nebendiagnose Metastasen im Skelettsystem. Nach ungefähr einer Woche wird die Diagnose Krebs im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Dies ist ein Schock für den Patienten, er hat mit dieser Diagnose nicht gerechnet. Er wird direkt auf die onkologische Station auf-

genommen und so aus seinem gewohnten Umfeld gerissen. Herr Gerdes ist mit mehreren Fragen und Gefühlen überfordert und allein gelassen. Es lassen sich zwei Phasen bei dem Patienten unterscheiden.

Nachdem er die Notfallaufnahme verlassen hatte, war ihm bekannt, dass er Metastasen hat, aber das Ausmaß dieser Feststellung nicht. Die Woche bis zur exakten Diagnosestellung ist durch Unsicherheit, Angst und auch Überforderung geprägt. Hinzu kommt, dass er viele Untersuchungen, Biopsien und Verfahren durchlaufen muss, um das Ausmaß klar beurteilen zu können. Er erlebt diese Woche als hektisch, hilflos und überfordernd. Das Erleben von Angst „ist eine biologisch elementare und zum Überleben notwendige Alarmreaktion, die uns darauf hinweist, dass eine Gefahr besteht“ (Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 34). Herr Gerdes ist sich bewusst, dass eine Gefahr für sein Leben besteht. Durch das Warten auf die Diagnose wird seine Angst verstärkt. Diese wird zu Beginn durch seine Teilnahmslosigkeit, seine Unruhe und seine Unkonzentriertheit deutlich. Er durchläuft Untersuchungen und hinterfragt diese nicht. Auch zeigen sich bei ihm vegetative Begleiterscheinungen. Er vermerkt eine gesteigerte Schweißproduktion und klagt über Herzrasen. Der Betroffene macht sich Sorgen über die Zukunft. Er weiß nicht, wie lange er im Krankenhaus bleiben muss, er kennt das Ausmaß der Metastasierung nicht und er weiß nicht, was auf ihn zu kommt bezüglich der weiteren Therapieoptionen (vgl. Künzler, Mamié & Schürer, 2012, S. 34).

Mit der Diagnosenstellung des Gallengangskarzinoms und dessen Ausmaß der Metastasierung wird die Wissenslücke geschlossen und Herr Gerdes wird mit der Diagnose konfrontiert. Nun beginnt er zu verstehen, dass sein Leben begrenzt ist. Die vorherigen Angstgedanken und Sorgen wandeln sich in andere Gedanken und Emotionen um. Die Angst resultiert zum einen aus der terminalen Erkrankung, aber zum anderen aus den Symptomen dieser Erkrankung. Der Patient leidet unter starke Schmerzen, welche ihn bereits in seiner Funktion einschränken. Herr Gerdes ist in seiner Mobilität eingeschränkt, dies zeigt sich durch ein erschwertes Aufstehen aus dem Bett und durch die Unfähigkeit sich eigenständig zu pflegen. Er hat Angst, dass sich die Einschränkungen weiter verschlechtern und er auf fremde Hilfe und Unterstützung angewiesen ist. Der 60-Jährige hat sich jahrelang selbstversorgt und war nicht auf Andere angewiesen. Er lebte bislang allein und war als Tischler berufstätig. Hier wird deutlich, dass der Patient viele Ängste aufweist und diese vielschichtig sind. Im Kapitel 6.1.3 wird genauer auf die Vielschichtigkeit seiner Ängste eingegangen. Er weist Angst bezüglich der Zukunft auf, wie sich sein Leben durch die Erkrankung verändert und wann er in sein gewohntes Leben zurückkehren kann. Auf der anderen Seite macht er sich Sorgen um die anstehende Operation und die Chemotherapie. Er leidet bereits vor diesen Therapiemöglichkeiten unter Schmerzen. Die große Wirbelsäulenoperation wird das Schmerzerleben weiterhin negativ beeinflussen und ihn erneut in seiner Mobilität einschränken. Um das Ausmaß

der Ängste und der psychischen Belastung sicher feststellen zu können, wird die Depression-Angst-Stress-Skala (DASS) verwendet. Das vollständig ausgefüllte Assessment ist im Anhang 4 vorzufinden. Dieser Fragebogen umfasst 21 Fragen, mit jeweils sieben Items für die Aspekte Angst, Depression und Stress und besitzt vier Antwortmöglichkeiten (0-3). Bei der Bewertung des Fragebogens wird deutlich, dass Herr Gerdes starke Ängste aufweist, er sich häufig überfordert fühlt und schnell in Panik gerät. Er beantwortete diese Items mit einer 3. Außerdem fällt es ihm schwer sich zu entspannen und sich zu beruhigen. Dies trifft bei ihm sehr stark zu. Deutlich wird auch, dass Herr Gerdes depressive Symptome aufweist. Er gibt an, dass er sich auf nichts freuen kann, nicht begeisterungsfähig ist und er sich oft niedergeschlagen und traurig fühlt. Körperliche Symptome, wie Mundtrockenheit oder Atemprobleme treten bei ihm nur zu einem gewissen Grad zu (vgl. Nilges & Essau, 2015, S. 649ff.).

Das Gefühl der Angst geht mit dem Gefühl der Trauer einher. Die Angst um Funktionsverlust wandelt sich in das Trauern um diesen Verlust. Trauern wird als ein „normaler komplexer Prozess mit emotionalen, physischen, geistigen, sozialen und intellektuellen Reaktionen und Verhaltensweisen“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 810) beschrieben. Es wird deutlich, dass Trauern ein multidimensionaler Prozess ist, welcher mit unterschiedlichen Emotionen verbunden ist. Herr Gerdes verliert einen Teil seiner Funktionsfähigkeit und folglich die Freiheit sich zu bewegen und zu laufen. Dies zeigt sich bei dem 60-Jährigen durch seine Distanziertheit. Er wählt sich seine Bezugspersonen bewusst aus und spricht während des stationären Aufenthaltes nicht mit jeder Pflegefachkraft. Auch gibt er an, verzweifelt zu sein aufgrund seiner Abhängigkeit. Er nimmt ungern fremde Hilfe an und verweist auf seine Lebensgefährtin, welche ihn bei der Körperpflege unterstützt. Das Trauern spiegelt sich auch in seinem Schmerzerleben wieder. Er leidet sehr unter dem ständigen Schmerz, welcher durch das Trauern weiter verstärkt wird. Wichtig ist es, dass der Trauer Raum und Zeit gegeben werden muss. Um den Prozess des Trauerns besser verstehen zu können, werden die fünf Phasen der Trauer nach Elisabeth Kübler-Ross analysiert. Anzumerken ist, dass der Prozess nicht linear verläuft und bei jedem Patienten individuell ist. Herr Gerdes zeigt zu Beginn der Diagnose das Phänomen, des „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ (Gross, 2021, S. 58). Die Phase nach der Diagnosenstellung ist bei ihm geprägt von Hoffnung und Unglauben. Er kann es nicht verstehen, dass sein Leben durch den Krebs verkürzt wird und er nicht mehr lange zu leben hat. Auffällig ist, dass der Hoffnungsglaube an Heilung während des gesamten Aufenthaltes präsent ist. Die Hoffnung ist jedoch nicht konstant zu erkennen, sie wechselt sich mit der Phase der Depression ab. Dies wird deutlich durch seine Aussagen, dass er bald nach Hause komme und es dann alles besser werden würde. Die Phase der „Depression“ (Gross, 2021, S. 58f.) steht bei Kübler-Ross an vierter Stelle. Dies zeigt sich bei Herrn Gerdes durch

eine tiefe Trauer, durch häufiges Stöhnen und Seufzten. Bei dem Patienten wird deutlich, dass er traurig ist um seine verlorene Zeit. Er äußert, dass er geplante Lebensziele nun aufgeben und seine Zukunftspläne anpassen muss. Herr Gerdes hatte geplant, dass er mit dem Eintritt in die Rente seine Heimat in Hessen verlässt und mit seiner jetzigen Lebensgefährtin in Niedersachsen zusammenzieht. Dieser Plan muss überdacht und angepasst werden. Er äußert sich diesbezüglich wehmütig und traurig. Zwischendurch sind Merkmale der zweiten Phase von Kübler-Ross wahrzunehmen. Herr Gerdes zeigt den „Zorn“ (Gross, 2021, S. 58) hauptsächlich gegenüber seiner Lebensgefährtin. Sie hat ihn jeden Tag besucht, ihm Mut zu gesprochen und ihn nach ihren Möglichkeiten unterstützt. Durch die kontinuierliche Anwesenheit seiner Lebensgefährtin konnte er seine empfundene Wut bei ihr auslassen und seine Emotionen laut aussprechen. Die Phase des Zorns konnte nicht lange beobachtet werden. Zuletzt befand sich Herr Gerdes in der depressiven Phase.

6.1.3 Soziale Dimension

Der soziale Schmerz umfasst Interaktionen mit dem Umfeld, insbesondere der Familie. Die Angst vor Einsamkeit, vor finanziellen Nöten oder die Sorge um Angehörige können die Schmerzwahrnehmung negativ beeinflussen (vgl. Knaus, 2020, S. 7). Der Patient wurde in einer Kleinstadt in Hessen geboren und hat dort seinen festen Wohnsitz. Seine Eltern, seine zwei erwachsenen Söhne und sein Enkelsohn leben ebenfalls dort in der Nähe. Seine einzige Bezugsperson vor Ort ist seine Lebensgefährtin, welche im nordwestlichen Niedersachsen ansässig ist. Diese stellt eine kontinuierliche Stütze für den Betroffenen dar, da sie selbst Krankenschwester ist und folglich wesentlich mehr Fachwissen und medizinische Kenntnisse besitzt. Zu der Zeit litt sie selbst an gesundheitlichen Problemen, sodass sie nicht arbeiten und demnach mehr Zeit bei ihrem krebserkrankten Mann im Krankenhaus verbringen konnte. Der Patient äußert sich sehr zufrieden über die Präsenz seiner Partnerin, sie kann ihn medizinische Fachbegriffe verständlich machen und ihn bezüglich der Therapieoptionen beraten. Wie bereits im Kapitel 6.1.2 beschrieben, ist der Patient in seiner Mobilität eingeschränkt. Er kann sich nicht eigenständig pflegen und sich ankleiden. Er äußert, dass er ungern fremde Unterstützung durch das Pflegepersonal annehmen möchte, seine Partnerin würde ihn bei der Körperpflege begleiten. Hier wird deutlich, dass er sehr auf die Anwesenheit und Unterstützung seiner Lebensgefährtin angewiesen ist.

Herr Gerdes lebt schon lange alleine in einer Mietwohnung. Seine Söhne sind erwachen, haben bereits eine eigene Familie gegründet und leben nicht bei ihm in der Wohnung. Des Weiteren ist er Einzelkind und kann nicht auf Unterstützung von Geschwistern hoffen. Seine 81-Jährige Mutter und sein 85-Jähriger Vater leben zusammen in einem Eigenheim, sie versorgen sich bislang eigenständig. Laut Patient würden seine Eltern gut zurechtkommen, sie

unterstützen sich gegenseitig. Zu seinen Söhnen habe er ein gutes Verhältnis, sie sehen sich in regelmäßigen Abständen und telefonierten viel während des Aufenthaltes im Krankenhaus. Die Krebserkrankung von Herrn Gerdes wird im Wohnort seiner Lebensgefährtin therapiert und der Patient möchte diese auch dort weiterführen. Dies bedeutet, dass der Patient ungefähr 400 Kilometer von seinem Wohnort und seiner restlichen Familie getrennt ist. Der stationäre Aufenthalt startete am 10.12.2021 und endete am 05.01.2022. Knapp einen Monat befand sich der Patient im Krankenhaus, konnte folglich seine Eltern und seine Kinder nicht sehen. An dem stationären Aufenthalt schließt sich eine ambulante Chemotherapie an, welche im selben Krankenhaus stattfinden soll. Herr Gerdes ist demnach auf eine unbestimmte Zeit räumlich von seiner Kern-Familie getrennt. Dies bezeichnet er als traurig und schade, er tröstet sich durch regelmäßiges Schreiben und Telefonieren.

Seine Lebensgefährtin ist seit Beginn des Aufenthaltes eine kontinuierliche Stütze für den Betroffenen. Durch seine Aussagen über die Beziehung wird deutlich, dass er seine Partnerin sehr wertschätzt und dankbar für ihre Unterstützung ist. Er sorge sich gern um die Bedürfnisse seiner Partnerin und bekomme so das Gefühl des Gebrauchtwerdens. Dieses Gefühl wandelt sich während des Krankenhausaufenthaltes drastisch. Herr Gerdes ist in seiner Funktion eingeschränkt und auf fremde Hilfe angewiesen. Er ist sowohl von dem Pflegefachpersonal, als auch von seiner Partnerin abhängig. Hier wird deutlich, dass sich seine Rolle als fürsorglicher, selbstständiger Mann gewandelt hat. Bislang habe er als Tischler sein eigenes Geld verdient und konnte so seinen Lebensunterhalt finanzieren. Außerdem lebt der Betroffene bereits jahrelang allein in seiner Wohnung und ist folglich eigenverantwortlich für seine Lebensgestaltung. Er musste für sich selbst einkaufen, kochen und den Haushalt führen. Diese Fähigkeiten sind durch die Krebserkrankung eingeschränkt und er benötigt Unterstützung. Während des Krankenhausaufenthaltes und der Zeit danach wird Herr Gerdes auf die Präsenz seiner Partnerin angewiesen sein. Sie unterstützt ihn bei der Selbstversorgung und bei seiner neuen Lebensgestaltung. Herr Gerdes gibt an, seine Krebstherapie im nordwestlichen Niedersachsen fortführen zu wollen und demnach einen Umzug zu seiner Lebensgefährtin in Erwägung zieht. Das Paar muss folglich gemeinsam einen Alltag gestalten, welcher die Interessen und Bedürfnisse beider vereint. Aus einer reinen Wochenendbeziehung wird eine Beziehung ohne räumliche Distanz. Herr Gerdes ist demnach mit verschiedenen Fragen und Anforderungen konfrontiert, welche ihn in seiner Situation weiter überfordern. Zu seiner Angst, welche im Kapitel 6.1.2 bereits beschrieben wurde, kommt die Zukunftsangst hinzu. Zum einen wird er seine Arbeit aufgeben müssen, dies bedeutet, dass er finanzielle Ressourcen verliert. Zum anderen zieht er mit seiner Partnerin zusammen, sie sehen sich folglich täglich. So lässt sich sagen, dass die Beziehung vor neuen Herausforderungen steht. Um den Grad an Nähe und Vertrauen des Paares besser beschreiben zu kön-

nen, wird die „Miller Social Intimacy Scale (MSIS)“ (Miller & Lefcourt, 1982, S. 516) angewendet. Dieses Assessment ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, welches 17 Items umfasst. Es bewertet den Grad an Nähe, Vertrauen und Intimität zwischen zwei Personen. Der Autor geht davon aus, dass Menschen, welche unterstützende und enge Beziehungen haben, sowohl physisch und psychisch gesünder sind und besser mit Stress umgehen können. Das Assessment umfasst eine 10-Punkte-Skala. Die 1 bedeutet dabei nicht viel und die 10 sehr viel (vgl. Miller & Lefcourt, 1982, S. 514ff.) Herr Gerdes ist glücklich in der Beziehung mit seiner Partnerin und ihm ist die Partnerschaft sehr wichtig in seinen Leben. Es wird deutlich, dass ihm die Bedürfnisse seiner Lebensgefährtin wichtiger sind, als seine. Er unterstützt sie nach seinen Möglichkeiten. Außerdem zeigt die Auswertung, dass Herr Gerdes zeitweise seine Gefühle für sich behält und nicht alle persönliche Informationen mit ihr teilt (Anhang 4). Durch die unerwarteten Veränderungen in der Beziehung und in der Gestaltung der Beziehung wird Herr Gerdes zusätzlich überfordert. Dies wirkt sich negativ auf sein Wohlbefinden aus. Wesentliche Veränderungen stehen in naher Zukunft an, was ihn verunsichert und stresst. Das Wohlbefinden des Pflegeempfängers ist eingeschränkt. Dies wird als ein „[w]ahrgenommener Mangel an Ruhe, Erleichterung und Transzendenz in physischen, psychospirituellen, umgebungsbezogenen, kulturellen und sozialen Dimensionen“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2014, S. 930) beschrieben. Sowohl der kontinuierliche Schmerz, welchen Herr Gerdes verspürt, als auch die fehlenden Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten beeinflussen sein Wohlbefinden. Im Krankenhaus ist er den Abläufen und Strukturen der Station unterworfen und muss sich diesen fügen. Außerdem fehlt dort ein erhebliches Maß an Privatsphäre. Herr Gerdes lag auf einem Dreibettzimmer. Dies bedeutet einen ständigen Wechsel der Mitpatienten und einen hohen Durchlauf des Personals. Demnach bekommt der Patient wenig Ruhe und wenig Zeit sich auszuruhen. Dies sind weitere Aspekte, welche das Schmerzerleben negativ beeinflussen und nicht förderlich in der Schmerzbehandlung wirken.

6.1.4 Spirituelle Dimension

Der chronische Schmerz ist eine allumfassende Erfahrung, welche alle menschlichen Dimensionen erfasst. Der Leidensdruck der Betroffenen ist äußerst hoch, sie suchen folglich nach einer höheren Macht, welche dieses Leid lindern kann. Bei der spirituellen Dimension handelt es sich um Fragen nach dem Sinn, der Identität, dem Zweck und der Bedeutung des Lebens. Diese Themen nehmen Einfluss auf die Schmerztoleranz, aber auch auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden (vgl. Rettke et al., 2021, S. 333). Um den Grad an Spiritualität und Wohlbefinden von Herrn Gerdes zu erarbeiten wird der „FACIT- Sp“ (FACIT.org, 2007, o.S.) Fragebogen verwendet. Dieses Assessment befasst sich mit fünf Unterkatego-

rien, welche sich mit dem physischen, sozialen, emotionalen, funktionalen und spirituellen Wohlbefinden beschäftigt. Es gibt jeweils fünf Antwortmöglichkeiten, von 0 bis 4. Das physische Wohlbefinden von Herrn Gerdes ist stark eingeschränkt, aufgrund der anhaltenden Schmerzen und der Kraftlosigkeit. Durch die körperlichen Beschwerden wird der Patient an seine Erkrankung kontinuierlich erinnert und er kann folglich die Bedürfnisse seiner Familie nicht erfüllen. Außerdem wird deutlich, dass der 60-Jährige wenig Unterstützung durch seine Freunde erfährt. Er gibt bei dieser Frage eine 1 an. Während des stationären Aufenthaltes und den Gesprächen mit Herrn Gerdes wird wenig über Freunde und Bekannte gesprochen. Dies lässt vermuten, dass der Patient entweder wenig Freunde beziehungsweise Bekannte hat oder diese für ihn nicht nennenswert waren. Bei der Frage, wie nah und verbunden er sich mit seiner Partnerin fühlt, gibt der Patient eine 4 an. Er fühlt sich überaus verstanden durch seine Lebensgefährtin. Auffallend ist es, dass der Patient mit der Familienkommunikation bezüglich seiner Krebserkrankung wenig zufrieden ist. Herr Gerdes telefoniert im Krankenhaus häufig mit seinen Eltern, dies geschieht jedoch getrennt. Er sagt aus, dass er mit seinem Vater über alles sprechen kann, er seine Probleme und Sorgen im Hinblick auf den Krebs äußern darf. So erfährt er Trost und bekommt das Gefühl, dass ihm jemand zuhört. Diese Unterstützung bekommt er nicht von seiner Mutter. Sie würde ungern über seine Erkrankung sprechen und wechselte ständig zu belanglosen Themen. Dies spiegelt sich auch in dem Assessment wieder. Er gibt an, dass seine Familie nur zum Teil die terminale Krebserkrankung akzeptiert hat (vgl. FACIT.org, 2007, o.S.).

Die Spiritualität von Herrn Gerdes ist mäßig ausgeprägt. Dies wird durch die Aussage deutlich, dass er keine Kraft oder Unterstützung durch den spirituellen Glauben erfährt. Er beantwortet diese Aussage mit einer 0. Er verspürt nur wenig Frieden und Harmonie in sich. Außerdem fällt es ihm schwer, seine Gedanken zu kontrollieren, da diese schnell wandern und er sich folglich schmerzende Szenarien im Kopf vorstellt. Hier wird deutlich, dass er sich viele Gedanken im Hinblick auf die Zukunft macht und er Angst hat, in seinem Leben etwas verpasst zu haben. Herr Gerdes sieht einen Sinn im Leben, er möchte die Zukunft mit seiner Lebensgefährtin gestalten und die Entwicklung seiner Söhne sowie seines Enkelsohns miterleben. Des Weiteren gibt er an, dass sein Leben bislang etwas produktiv gewesen sei. Er gibt bei der Aussage eine 2 an. Er sagt aus, dass er froh und stolz auf seine zwei Söhne ist, welche aus der ersten Ehe entstanden sind. Jedoch habe er sich vieles im Leben nicht getraut, da er viel gearbeitet habe und demnach keinen Sinn in dem Verfolgen von Träumen und Wünschen gesehen habe (vgl. FACIT.org, 2007, o.S.). Durch die pflegerische Anamnese wird deutlich, dass der Patient sich selbst nicht als gläubig ansieht. Er äußert, dass er bislang wenige Berührungspunkte mit Gott oder anderen äußeren Mächten hatte. Durch die Krebserkrankung wird ihm das erste Mal bewusst, dass sein Leben endlich ist.

7. Transfer

Die Analyse verdeutlicht die Schmerzsituation des Patienten, welche von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Die vier Dimensionen nehmen unterschiedlich Einfluss auf das Schmerzerleben von Herrn Gerdes und beeinträchtigen sein Wohlbefinden. Eine ideale Schmerztherapie muss folglich multidimensional erfolgen und diverse Therapieansätze vereinigen. Durch den Problemhintergrund und die Analyse wird deutlich, dass ein Handlungsbedarf besteht. Im Folgenden werden Therapiemöglichkeiten vorgestellt und auf den Patienten transferiert, sodass eine Schmerzreduktion bei Herrn Gerdes vorliegt. Es werden dabei zwei unterschiedliche Therapieansätze vereinigt.

7.1 Medikamentöse Therapie

Das Kapitel 6.1.1 zeigt die therapiebedingten und tumorbedingten Schmerzen des Patienten auf. Seine Schmerzen lassen sich zum einen auf die Krebstherapie und zum anderen auf das Voranschreiten des Tumors zurückzuführen. Die Operation an der Wirbelsäule und die Metastasen in den Knochen lösen bei Herrn Gerdes starke Schmerzen aus. Des Weiteren leidet der 60-Jährige sowohl unter einen konstanten Dauerschmerz, als auch unter einen Durchbruchschmerz. Hier wird die Vielfältigkeit des Schmerzphänomens deutlich.

Die ESMO (European Society of Medical Oncology) publizierte 2018 eine Leitlinie zur Behandlung von Krebsschmerzen. Diese sagt aus, dass die laufende Beurteilung der Schmerzen ein wesentlicher Bestandteil einer adäquaten Schmerztherapie sein sollte. Der Patient soll regelmäßig anhand validierter Assessmentinstrumente seine Schmerzsituation schildern (vgl. ESMO, 2018, S. 168). Bereits im Kapitel 6.1.1 wurde die Verwendung des deutschen Schmerzfragebogens einmal exemplarisch angewendet. Für den Patienten bedeutet dies, dass er bereits bei der Aufnahme auf die onkologische Station dieses Schmerzassessment ausfüllen sollte, um so einen umfassenden Überblick über seine Schmerzsituation zu erhalten. Das Assessment sollte Themen, wie Beginn, Art, Lokalisation, Dauer, Intensität und Qualität der Schmerzen beinhalten. Außerdem wird durch die Anwendung des Schmerzfragebogens deutlich, ob und welche Medikamente der Patient bereits bei dem Versuch seine Schmerzen zu lindern, genommen hat. Aufgrund der längeren Liegedauer sollte das Assessment einmal wöchentlich wiederholt werden. Herr Gerdes wurde am Freitag, den 10.12.2022 stationär aufgenommen. Es bietet sich an, den Fragebogen folglich jeden Freitag anzuwenden, sodass eine kontinuierliche Schmerzbeobachtung gewährleistet wird und die Therapiemaßnahmen evaluiert werden können. Zu Beginn der medikamentösen Therapie wird versucht, die Schmerzen zu reduzieren, indem verschiedene Medikamente gegeben werden. Deshalb sollte die Anwendung des Assessments in der ersten stationären Woche

zweimal durchgeführt werden. Zusätzlich zu dem mehrdimensionalen Schmerzassessment wird die eindimensionale NRS angewendet. Es sollte konsequent dieselbe Frage dreimal täglich gestellt werden. „Wie schätzen Sie ihre Schmerzen auf einer Skala von null bis zehn ein?“. Dies sorgt für eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluationsmöglichkeit (vgl. ESMO, 2018, S. 168f.). In diesem Zusammenhang ist eine offene Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Pflegepersonal unerlässlich. Herr Gerdes sollte von Beginn des Aufenthaltes ermutigt und befähigt werden, offen über Schmerzen, Nebenwirkungen und Wirkung der Therapie sprechen zu können. Dies gelingt durch eine empathische und nicht wertende Kommunikation.

Die WHO schlägt für die Behandlung von Krebsschmerzen eine dreistufige, analgetische Leiter vor. Die Leiter streckt sich von Nicht-Opioiden über schwache Opioide bis hin zu starken Opioiden. Bei der Behandlung von leichten Schmerzen wird in vielen Ländern auf Paracetamol und nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) zurückgegriffen. Die WHO akzeptiert diese Medikamente in jedem Stadium der analgetischen Leiter (vgl. ESMO, 2018, S. 170; Zajaczkowska, 2019, S. 8f.). In Deutschland wird statt Paracetamol häufig Metamizol eingesetzt. Dieses kann entweder als Monotherapie bei leichten oder als Kombination mit Opioiden bei starken Schmerzen verwendet werden. Metamizol hat nicht nur eine analgetische, sondern auch eine antipyretische und spasmolytische Wirkung. Der Vorteil zu Paracetamol ist, dass die toxische Wirkung auf den Magen-Darm-Trakt und auf die Nieren weniger stark ausgeprägt ist. Jedoch zeigt sich in der klinischen Praxis, dass NSAR eine größere Wirkung bei Knochen- und Weichteilschmerzen hat, als Metamizol (vgl. AWMF, 2020, S. 187ff.). Die Behandlung von leichten bis mittelstarken Schmerzen geschieht laut der Leiter der WHO mit mittelschwachen Opioiden, wie zum Beispiel Tramadol oder Kodein. Die Wirksamkeit durch diese beiden Medikamente kann bislang nicht ausreichend durch Studien belegt werden. Jedoch birgt die Verwendung von Tramadol und Kodein ein erhöhtes Risiko für Schwindel, Erbrechen und Übelkeit (vgl. ESMO, 2018, S. 170f.). In der Studie von Bandieri, et al. wird die Wirksamkeit eines schwachen Opioids mit der einer niedrigen Dosis Morphin verglichen. In dieser randomisiert kontrollierten Studie wurden über 28 Tage 122 Patienten ein schwaches Opioid und 118 Patienten eine niedrige Dosis Morphin verabreicht. Das Ergebnis zeigt, dass die Patientengruppe mit Morphin eine wesentlich schnellere und signifikantere Schmerzreduktion aufweist. Außerdem lässt sich eine gute Verträglichkeit und einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden ausmachen (vgl. Bandieri et al., 2016, S.438ff.)

Werden diese Ergebnisse auf Herrn Gerdes übertragen, bedeutet dies, dass der dreistufigen Leiter der WHO nicht starr gefolgt werden sollte. Die mittelstarken Schmerzen sollten mit einer niedrigen Dosis Morphin behandelt werden, da diese eine bessere und schnellere Wirkungsweise aufweisen. Da der Patient seine Schmerzen teilweise bei einer acht auf der NRS

einstuft, sollten Stufe-III-Opioide Verwendung finden. Darunter fallen Morphin, aber auch Oxycodon oder Hydromorphon. Da Herr Gerdes sowohl unter einem konstanten Dauerschmerz, als auch unter Durchbruchschmerzen leidet, ist es wichtig, dass schnell und langsam freisetzende Opioide eingesetzt werden. Die langsam freisetzenden Opioide werden verwendet, um eine konstante Schmerzreduktion herbeizuführen. Bei starken Schmerzattacken, welche Herr Gerdes bei Bewegung verspürt, müssen schnell wirksame Opioide eingesetzt werden. Besonders zu beachten ist die morgendliche Grundpflege. Herrn Gerdes ist es teilweise nicht möglich, sich morgens zu bewegen beziehungsweise sich zu pflegen, da er unter starken Schmerzen leidet. Hier muss die Medikation frühzeitig gegeben werden. Dies sorgt dafür, dass der Patient weniger Schmerzen verspürt, sich folglich besser bewegen und sich selbstständig pflegen kann (vgl. AWMF, 2020, S. 165ff.).

Des Weiteren sind bei Herrn Gerdes bereits Knochenmetastasen und Rückenmarkskompressionen vorgefunden worden. Die Wirbelsäule wurde bereits durch eine Operation stabilisiert. Besonders Knochenmetastasen sorgen bei Herrn Gerdes für starke Schmerzen. Um weitere pathologische Frakturen zu verhindern und die Schmerzen zu lindern, sollte der Patient Bisphosphonate verabreicht bekommen. Bisphosphonate greifen in den Knochenstoffwechsel ein und hemmen die Osteoklasten, welche für den Abbau von Knochensubstanz zuständig sind. So können die Knochen des Patienten stabilisiert werden und es werden indirekt die Schmerzen gelindert.

7.2 Psychoedukation als psychosoziale Therapie

Die Psychoedukation kann als ein Aspekt der multidimensionalen Schmerzbehandlung verstanden werden. Sie zielt darauf ab, dass Patienten mit ihrer Erkrankung und deren Auswirkungen besser umgehen können. Außerdem werden so die Selbstkompetenz und die Selbstwirksamkeit der Betroffenen gestärkt, sie erlernen Wissen über ihrer Erkrankung, deren Behandlung und werden folglich Experten. Wichtig ist, den Patienten die komplexen Zusammenhänge des Schmerzphänomens zu erläutern, sodass sie ein Verständnis für die körperlichen, sozialen, psychischen und seelischen Aspekte erlangen. Durch die Psychoedukation werden Ängste und Unsicherheiten reduziert und die Patientenautonomie gestärkt. Dies gelingt durch das Ernstnehmen der Gefühle und der Schmerzsituation der Betroffenen, sodass sie sich in ihrer individuellen Lebenssituation gesehen fühlen (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 6ff.).

Im Kapitel 6.1.2 der Analyse wird die psychische Dimension des Patienten beleuchtet. Herr Gerdes leidet sowohl unter Ängsten, als auch unter Trauer, Unsicherheit und Überforderung. Um diese Gefühle des Patienten zu reduzieren, sollte die Psychoedukation bei Herrn Gerdes angewendet werden. Grundlage der Anwendung der Psychoedukation auf Herrn Gerdes bie-

tet das Manual „Psychoedukation bei chronischen Schmerzen“ (Wachter & Hendrischke, 2021, o.S.), welches im Folgenden individuell auf den Patienten angewendet wird. Eine Sitzung variiert zwischen 30 und 100 Minuten, dies lässt sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten anpassen. Wichtig ist die Einbeziehung der Patienten in die Sitzungen. Ein Review von Oldenberger, et.al. zeigt die Wirksamkeit der Patientenedukation. 31% der eingeschlossenen Studien sagen aus, dass die Schmerzintensität durch edukative Maßnahmen verringert werden konnte. Weitere positive Auswirkungen haben diese Interventionen auf die Selbstwirksamkeit und auf das Medikamentenmanagement. Durch Patientenedukation wird das Wissen über Krebsschmerz und schmerzbeeinflussende Faktoren erweitert (vgl. Oldenmenger, et al., 2017, S. 97ff.).

7.2.1 Wissensvermittlung

Herr Gerdes befindet sich ungefähr einen Monat auf der onkologischen Station und schließt im Anschluss eine ambulante Chemotherapie im selben Krankenhaus an. Dies stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung der Psychoedukation dar. Herr Gerdes bekommt die Diagnose Krebs im fortgeschrittenen Stadium gestellt, welche diverse Emotionen und Gefühle bei dem Patienten hervorruft. Des Weiteren fühlt Herr Gerdes sich mit der Situation überfordert und unsicher (s. Kapitel 6.1.2). Um den Patienten mit dieser Situation nicht allein zu lassen, sollte genau an dieser Stelle die Psychoedukation einsetzen. Dies sorgt dafür, dass Herr Gerdes die Diagnose besser verarbeiten und verstehen kann.

Die erste Sitzung hat das Ziel, den Patienten über seine Erkrankung und die damit einhergehend Schmerzen aufzuklären. Ihm wird sowohl die Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzphänomens erklärt als auch die Auswirkungen chronischer Schmerzen. Herr Gerdes muss durch diese Wissensvermittlung verstanden haben, dass sein Schmerz echt ist und er sich diesen nicht einbildet. Dies sorgt dafür, dass der 60-Jährige mit seiner Schmerzsituation offener umgehen wird und sich nicht für diese Empfindungen schämen muss. Außerdem muss das Krankheitsverständnis des Patienten erweitert werden. Schmerz betrifft nicht nur die körperliche Ebene sondern auch die soziale, psychische und seelische Ebene. Dieses Verständnis ist eine essentielle Voraussetzung für die psychosoziale Schmerzbehandlung (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 46ff.). Durch die Vermittlung von krankheitsspezifischem und behandlungsspezifische, Wissen wird die Ungewissheit von Herrn Gerdes reduziert und das Gefühl der Überforderung gemindert. Broschüren und themenspezifische Flyer unterstützen die Wissensvermittlung und geben Herrn Gerdes die Möglichkeit, einige Aspekte zu wiederholen.

7.2.2 Selbstbeobachtung

In der zweiten Sitzung der Psychoedukation wird Bezug auf die Kapitel 6.1.1 und 7.1 genommen. Es wird der Nutzen von Schmerzskalen und Schmerztagebüchern erläutert und die Einbeziehung von Emotionen und Aktivitäten vorgenommen. Dem Patienten sollte erklärt werden, nicht nur körperliche Symptome aufzuschreiben sondern auch auf Gefühle, Emotionen und Handlungen einzugehen. So lassen sich verschiedene Schmerzmuster ausmachen. Herr Gerdes wird angeleitet, ein Schmerztagebuch zu führen. In Zusammenarbeit wird ausgemacht, wie oft der Patient Einträge vornehmen sollte. Es wird ein Ziel von mindestens drei Einträgen pro Tag festgelegt. Durch die Verwendung des Tagebuchs wird die Selbstwirksamkeit von Herrn Gerdes gestärkt. Er lernt Zusammenhänge zwischen Schmerz, Situationen und auch Bewegungen zu ziehen. Außerdem lassen sich so seine Gedanken und Emotionen sortieren, indem er diese aufschreibt und folglich reflektiert.

Des Weiteren werden in der zweiten Sitzung Therapieziele festgelegt. Es ist zu beachten, dass diese Ziele realistisch sind und der Patient diese selbst festlegt. Die Ziele von Herrn Gerdes lauten: Dreimal täglich in das Schmerztagebuch schreiben, Reduktion der Schmerzen von durchschnittlich 6/10 auf 4/10 auf der NRS, Verbalisieren von belastenden Gedanken und die Einübung von Ablenkungs- und Achtsamkeitsübungen. Diese Ziele werden in den kommenden Sitzungen evaluiert und gegebenenfalls angepasst.

7.2.3 Schmerzbewältigungsstrategien

In der dritten Sitzung der Psychoedukation erlernt Herr Gerdes spezifische Strategien, um seinen Schmerz positiv zu beeinflussen. Für diese Einflussnahme muss Herr Gerdes sich selbst und sein Schmerzerleben genau beobachten, sodass er schmerzfördernde und lindernde Faktoren erkennt. Herr Gerdes soll in dieser Einheit lernen, sein Schmerzempfinden aktiv zu regulieren, um so die Kontrolle über seine Schmerzsituation zu erlangen. Anzumerken ist, dass es viele verschiedene Bewältigungsstrategien gibt, jedoch nicht jede auf Herrn Gerdes anwendbar ist. Es muss sich an die individuellen Bedürfnisse des Patienten gerichtet werden (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021). In der Analyse (Kap. 6.1.2 & 6.1.3) wird deutlich, dass Herr Gerdes unzählige Ängste und Sorgen aufweist. Er macht sich viele Gedanken um die Zukunft. Diese Gedankengänge kann er nicht kontrollieren, gerät dadurch in ein „Gefühlschaos“ und steht kurz davor zu hyperventilieren. Hier können Entspannungsverfahren und imaginative Ablenkungsübungen zum Einsatz kommen.

Entspannungsverfahren sollten bei Menschen mit Krebserkrankungen angewendet werden, unabhängig vom individuellen Belastungsgrad (vgl. AWMF, 2014, S. 60). Durch diese Entspannungsübungen werden sowohl Schmerzen und Ängste reduziert als auch die Lebens-

qualität gesteigert. Herr Gerdes lernt in der dritten Sitzung das autogene Training kennen. Er erlernt die Wirkungsweise und die Anwendung dieses Verfahren. Autogenes Training beinhaltet mentale Übungen zur Entspannung und zur Selbstsuggestion. Herr Gerdes soll lernen, seine Angstgedanken beeinflussen zu können. Dies gelingt durch Ruhe- und Schwereformeln. Herr Gerdes bekommt eine Anleitung zur Selbstdurchführung dieses Trainings, sodass er eigenständig in der Lage ist, dies seinen individuellen Bedürfnissen anzupassen. Jedoch wird festgelegt, dass Herr Gerdes das autogene Training zweimal täglich durchführen sollte, morgens nach dem Aufstehen und abends vor dem Schlafengehen. Dies sorgt dafür, dass der Tag von Herrn Gerdes mit positiven und klaren Gedanken anfängt und er ruhiger und entspannter abends einschlafen kann. Zusätzlich können Audio-Dateien die Durchführung des autogenen Trainings unterstützen. Sowohl CD`s als auch Plattformen wie YouTube können die Durchführung erleichtern. Herr Gerdes besitzt ein Mobiltelefon und kann über das freie WLAN des Krankenhauses auf moderne Streamingdienste zugreifen. Eine weitere Möglichkeit der Angst- und Stressreduktion bieten achtsamkeitsbasierte Übungen. Beispielhaft kann die Achtsamkeitsübung „Bodyscan“ (Kalhoff, 2017, S. 11) auf den Patienten transferiert werden. Der Bodyscan ist leicht durchzuführen und folglich gut für Herrn Gerdes geeignet, da er bislang keine Berührungspunkte mit Achtsamkeitsübungen aufweist. Bei dieser Übung konzentriert sich der Patient auf einzelne Körperteile, indem die Aufmerksamkeit durch den ganzen Körper langsam geführt wird. Die Studie von Schultchen et al. zeigt, dass die Anwendung von Bodyscanübungen über einen längeren Zeitraum das körperliche Stresslevel reduziert (vgl. Schultchen, et al., 2019, S. 2525f.). Der Bodyscan kann entweder durch eine Pflegefachperson oder durch Audio-Dateien angeleitet werden. Diese Achtsamkeitsübung wird täglich, nach dem Mittagessen durchgeführt, sodass Herr Gerdes eine akzeptierende Haltung gegenüber seinen Empfindungen erfährt. Er nimmt seine Gefühle und Gedanken aktiv wahr und gelangt so zu einer intensiveren Körperwahrnehmung. Der Bodyscan dauert ungefähr 10 bis 15 Minuten und kann folglich gut in den Stationsalltag integriert werden. Sowohl das autogene Training als auch der Bodyscan sind Entspannungsverfahren, die bei Herrn Gerdes für eine Angst- und Stressreduzierung sorgen. Der 60-Jährige kann so bewusst seine Gedanken kontrollieren und sich und seinen Körper entspannen. Dies sorgt für eine Schmerzreduzierung, indem für Entspannung und Ablenkung gesorgt wird. Beide Verfahren werden durch Audio-Dateien unterstützt, da dies eine leichtere Durchführung gewährleistet. Voraussetzungen sind, dass zum einen kostenloses WLAN für Patienten im Krankenhaus zur Verfügung steht und zum anderen digitale Endgeräte bereitgestellt werden. Das Vorhandensein von Tablets vereinfacht die Durchführung von Entspannungsverfahren (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 73ff.).

Weitere Ablenkungsmöglichkeiten können das Schauen von Fernsehen sein, insbesondere das Sportprogramm. Durch die Analyse und die Anamnese wurde herausgefunden, dass Herr Gerdes in einem Verein Fußball gespielt hat und demnach sehr interessiert an diesem Sport ist. Voraussetzung ist das Vorhandensein eines Fernsehers in seinem Patientenzimmer. Dies ist auf der onkologischen Station gegeben. Außerdem gibt es die Möglichkeiten, Zeitschriften und Bücher zu lesen oder Rätsel zu lösen. Diese können in dem hausinternen Kiosk des Krankenhauses erworben werden oder durch seine Partnerin mitgebracht werden. Durch diese Maßnahmen wird die Aufmerksamkeit von dem Schmerz auf andere Dinge gelenkt und tritt in den Hintergrund. Dies sorgt für eine kurzfristige Schmerzlinderung (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 71ff.).

7.2.4 Bewegungstherapie

Körperliche Aktivität und Bewegungstherapien können chronische Schmerzzustände lindern. In Situationen, in denen Krankheit für eine verminderte Aktivität sorgt, sollten körperliche Aktivitäten durchgeführt werden, um die Durchführung von alltäglichen Anforderungen zu erleichtern. Bewegung wird folglich von dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege als wesentlicher Aspekt der Schmerzbehandlung angesehen (vgl. 2020, S. 123ff.). Herr Gerdes leidet unter der Tatsache, dass er in seiner Mobilität eingeschränkt und folglich seine Selbstständigkeit reduziert ist. Durch körperliche Aktivität werden sowohl die kardiovaskulären als auch die muskulären Funktionen verbessert. Dies hat zur Folge, dass sich der psychische Zustand verbessert und Herr Gerdes seine Autonomie und Mobilität wiedererlangt. Voraussetzung für die Durchführung von Bewegungsübungen ist die ausführliche Anamnese, welche bereits in dem Kapitel 5 erhoben und in dem Kapitel 6 analysiert wurde. Sowohl das Stadium der Erkrankung, die Therapiephase und mögliche Nebenwirkung sollten in der Therapieplanung Beachtung finden (vgl. Schmidt, 2021, S. 790ff.).

In der vierten Sitzung der Psychoedukation lernt Herr Gerdes das Aktivität und körperliche Belastung nicht Schmerzfreiheit voraussetzt. Der Patient wird motiviert, sich trotz Schmerzen zu bewegen, da dies für eine Reduktion der Schmerzen sorgen kann. Aufgrund der Biografiearbeit und der Anamnese wird angenommen, dass Herr Gerdes motiviert ist, körperliche Aktivität in seinen Alltag einzugliedern. Der 60-Jährige war bislang sehr aktiv, er hat Fußball in einem Verein gespielt und ging vor der Erkrankung regelmäßig spazieren und Fahrradfahren. Während des stationären Aufenthaltes werden die Physiotherapeuten für die multidimensionale Schmerztherapie mit einbezogen, welche für die Wiederherstellung von Bewegungs- und Funktionsfähigkeiten zuständig sind. Wichtig ist hier die frühzeitige Konsultation, sodass Herr Gerdes möglichst schnell von den Bewegungsübungen profitieren kann, insbesondere nach der Wirbelsäulenoperation. In Zusammenarbeit mit den Patienten wird

ein Bewegungsplan erarbeitet, welcher durch eine langsame Aktivitätssteigerung gekennzeichnet ist. Wichtig ist, dass sich Herr Gerdes an feste Zeitvorgaben hält und die Bewegungen nicht bis zur Belastungsgrenze durchführt (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 98ff.). Es werden zusammen Maßstäbe für die Durchführung von körperlicher Aktivität festgehalten. Herr Gerdes soll bei den Übungen adäquat atmen und sprechen können, sodass eine Überbelastung vermieden wird.

Zu Beginn der Bewegungstherapie werden die Übungen im Sitzen durchgeführt, da der Patient stark an Muskulatur und Kraft abgenommen hat. Um diese zu stärken, wird sowohl Kraft- als auch Ausdauer- und Koordinationstraining empfohlen. Mögliche Sitzübungen für die Arme als auch Beine können beispielsweise Nachahmen von Schwimmbewegungen, die Schulter kreisen, eine fiktive Leiter hinaufklettern, gegen einen fiktiven Gegenstand boxen, mit den Füßen Kreise auf den Boden zeichnen, sitzend marschieren oder beide Oberschenkel abwechselnd heben und senken sein. Des Weiteren ist es wichtig, die Mobilität und die Transferfähigkeit des Patienten zu verbessern. Herr Gerdes erlernt das adäquate Aufrichten und Aufstehen, aber auch den sicheren Umgang mit dem Rollator. Dieser dient als Mobilitätshilfe und kann Herrn Gerdes bei einem sicheren Gang unterstützen. Durch die Metastasen und pathologischen Frakturen in der Wirbelsäule sollte der Rücken besonders gestärkt werden. Kontraindikationen werden mit dem behandelnden Onkologen besprochen, sodass kein Risiko für weitere Verletzungen besteht. Um die Rücken- und Bauchmuskulatur inklusive der Beweglichkeit zu trainieren, wird der Oberkörper in alle vier Richtungen geneigt, der Ellenbogen zum entgegengesetzten Knie geführt und die Knie zum Oberkörper hochgezogen (vgl. Mötzing, 2021, S.175ff.). Gymnastikbänder werden unterstützend angewendet. Beispielsweise können die Bänder vor dem Brustkorb durch die Arme langgezogen werden, sodass die Brustmuskulatur gedehnt und die hinteren Schultermuskeln gekräftigt werden. Die genannten Bewegungsübungen werden zweimal täglich für jeweils 10 bis 15 Minuten durchgeführt. Dies geschieht unter Anleitung eines Physiotherapeuten oder einer Pflegefachkraft.

Für Herrn Gerdes ist das Wiedererlangen von Funktionsfähigkeiten und Mobilität äußerst wichtig. Aus diesem Grund wird das Gehen am Rollator geübt, sodass er sich eigenständig im Patientenzimmer bewegen und folglich ohne Unterstützung die Toilette aufsuchen kann. Dies verringert das Schamgefühl und steigert die Selbstwirksamkeit des Patienten. Grundsätzlich gilt, dass die Grundübungen am feststehenden Rollator ausgeführt werden, sodass das Sturzrisiko verringert wird. Herr Gerdes lernt einen sicheren Stand, indem er mittig zwischen den Hinterrädern des Rollators steht. In dieser Position lassen sich die folgenden Koordinations- und Kraftübungen durchführen. Durch das abwechselnde Heben, Halten und Senken der Beine wird die Beweglichkeit der Hüfte und die Kraft des Standbeins trainiert.

Des Weiteren sollte die Bewegungsabfolge des Hinsetzens erlernt werden. Dies gelingt durch das Vorbeugen des Oberkörpers, das gleichzeitige Bewegen des Gesäßes nach hinten und unten und das langsame Herablassen des Körpers auf den Stuhl. Dies trainiert sowohl das Gleichgewicht und die Beweglichkeit als auch die Oberschenkel- und Rückenmuskulatur (vgl. Lindner, et al., 2015, S. 55ff.). Des Weiteren lernt Herr Gerdes das Laufen mit dem Rollator, sodass seine Ausdauer durch das Gehen verbessert wird. Die Geschwindigkeit und Länge der Strecke richten sich an den Ressourcen des Patienten. Das erste erreichbare Ziel ist eine Gehstrecke von drei Metern, welches nach einer Woche Bewegungstraining erreicht werden soll. Am Ende des stationären Aufenthaltes kann Herr Gerdes längere Gehstrecken (100 Meter) ohne Pause am Rollator zurücklegen. Des Weiteren ist Herr Gerdes in der Lage, selbstständig seine Grundbedürfnisse zu erledigen, wie zum Beispiel der Toilettengang.

Die aufgeführten Aktivitäten können unabhängig vom Ort durchgeführt werden, es wird nur ein Stuhl und ein Rollator benötigt. Während des stationären Aufenthaltes kann die Durchführung im Patientenzimmer stattfinden. Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung des hausinternen Sportstudios, welches von den Physiotherapeuten betreut wird. Dort gibt es eine Auswahl an Sportgeräten, welche individuell auf den Patienten angepasst werden können. Für die Umsetzung ist die Absprache zwischen Pflegefachpersonal und Physiotherapie von Nöten. Zweimal in der Woche kann Herr Gerdes den Sportraum nutzen und wird dort von den Physiotherapeuten angeleitet und betreut. Wichtig ist das Festlegen einer genauen Uhrzeit, sodass sich nicht nur der Patient sondern auch die Pflegefachkräfte und Physiotherapeuten auf den Termin vorbereiten können. Konkret wird Herr Gerdes jeden Dienstag und Donnerstag von den Pflegefachkräften zum Sportstudio gebracht und nach einer halben Stunde wieder abgeholt. Nach der stationären Behandlung ist es wichtig, weiterhin körperlich aktiv zu bleiben, sodass sich die Muskulatur nicht abbauen kann. Die erlernten Übungen können ebenfalls zuhause durchgeführt werden.

Bei der Durchführung des Bewegungstrainings stehen die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten im Vordergrund. Durch körperliche Aktivität sollen die Schmerzen reduziert und nicht verstärkt werden. Daher ist es von großer Bedeutung, einen geeigneten Umfang des Trainings mit dem Patienten abzustimmen und dieses regelmäßig zu evaluieren und anzupassen. Durch das Bewegungstraining werden das Körperempfinden und die Selbstwirksamkeit von Herrn Gerdes gesteigert. Außerdem verbessert sich das psychische Wohlbefinden, da der Patient Erfolge bei den Trainingseinheiten sehen kann, beispielweise das Verlängern der Gehstrecke. Dies sorgt für Stolz und Freude. Folglich wird auch das Selbstwertgefühl des 60-Jährigen verbessert (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 98ff.).

7.2.5 Einbeziehung der Kernfamilie

Die nächste Sitzung der Psychoedukation bezieht nicht nur den Patienten sondern auch seine Lebensgefährtin und seine Kernfamilie mit ein. In den Kapiteln 6.1.3 und 6.1.4 wird die soziale und spirituelle Situation von Herrn Gerdes beschrieben. Auf diese wird in dieser Sitzung Bezug genommen. Der Patient ist räumlich distanziert von seinen Eltern und von seinen Söhnen, sodass nur ein Austausch über das Telefon möglich ist. Seine Mutter möchte mit Herrn Gerdes nicht über seine terminale Erkrankung sprechen. Dieser Umstand belastet den 60-Jährigen sehr. Außerdem möchte er seine Heimat in Hessen verlassen und zu seiner Lebensgefährtin ziehen. Diese Aspekte erschweren die psychische Situation des Patienten und nehmen folglich einen negativen Einfluss auf seine Schmerzsituation. Besonders wichtig ist ein klärendes Gespräch zwischen Herrn Gerdes, seiner Partnerin und seinen Eltern. Die Psychoedukation schafft eine ideale Grundlage, um die Probleme und Sorgen von Herrn Gerdes anzusprechen. Eine ideale Voraussetzung für die Durchführung des Gesprächs ist die Anwesenheit seiner Eltern vor Ort. Eine Möglichkeit wäre es, dass die Söhne von Herrn Gerdes zusammen mit ihren Großeltern in das behandelnde Krankenhaus kommen. Ziel dieses Gesprächs ist das Klären von Bedürfnissen aller Beteiligten. Herr Gerdes leidet unter dem Aspekt, dass seine Mutter seine Erkrankung nicht akzeptieren möchte. Folglich ist es von Nöten, sowohl auf die Bedenken der Mutter, als auch auf die des 60-Jährigen einzugehen, sodass ein gegenseitiges Verständnis geschaffen werden kann. Herr Gerdes kann so seine emotionale Belastung aufzeigen und diese durch den Austausch reduzieren. Positiv anzumerken ist die Unterstützungsbereitschaft seines Vaters. Dieser ist sich der Bedeutung der Erkrankung bewusst und kann folglich offen mit Herrn Gerdes über kommende Veränderungen sprechen. Ein weiterer Aspekt ist die Förderung des familiären Copings in Bezug auf krankheitsbezogene Anforderungen und Unsicherheiten. Die beteiligten Personen müssen verstehen, dass die Erkrankung von Herrn Gerdes starke Auswirkungen auf das Leben des Patienten hat. Folglich müssen Lebensgewohnheiten angepasst werden. Dies zeigt sich durch den gewollten Umzugs des Patienten zu seiner Lebensgefährtin. Seine Eltern und seine Söhne sollten diese Entscheidung akzeptieren und ihn unterstützten (vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 150). Bei dieser Sitzung ist es sinnvoll, einen Seelsorger mit einzubeziehen. Dieser kann vom Pflegefachpersonal konsultiert werden. Durch die Unterstützung des Seelsorgers werden die Aspekte der Lebensveränderung und der Lebensbilanz betrachtet. Herr Gerdes kann über seine offenen Wünsche mit allen Beteiligten sprechen, sodass ein besseres Verständnis für seine Bedürfnisse erreicht wird.

In dem Kapitel 6.1.3 wird zudem deutlich, dass der Patient seine Kernfamilie vermisst und mehr Kontakt wünscht. Durch die räumliche Distanz ist ein regelmäßiger, persönlicher Kontakt nicht möglich. Neben dem Telefonieren gibt es die Möglichkeit, über mobile Endgeräte-

wie Laptops oder Tablets, virtuellen Kontakt herzustellen. Sofern Herr Gerdes bereits im Besitz eines digitalen Endgerätes ist, könnte die Partnerin oder einer der Söhne dieses mitbringen. Die Vorteile eines eigenen Tablets sind, dass der Patient die Nutzung selbst verwalten kann und die Anmeldung bei installierten Apps wie „WhatsApp“ oder „Facebook“ nur einmal stattfinden muss. Beide Apps bieten die Möglichkeit des Videotelefonierens über das Internet. Der Patient besitzt zwar ein Mobiltelefon, jedoch ist die Bildschirmgröße zu klein, um guten virtuellen Kontakt herstellen zu können. Ist das Bereitstellen eines Laptops oder Tablets durch den Patienten selbst nicht möglich, gibt es die Möglichkeit, dass das Krankenhaus diese zur Verfügung stellt. Wichtig ist, dass die Tablets desinfizierbar und leicht in der Anwendung sind. Die Verwendung der bereits installierten App „Skype“ ist für Herrn Gerdes sinnvoll. Durch die Verwendung des Videotelefonierens wird ein virtuelles Zusammentreffen möglich, sodass negative Gefühle von Herrn Gerdes reduziert werden. Die verspürte Einsamkeit und Sehnsucht wird verringert. Eine gute Voraussetzung für die Anwendung digitaler Medien ist das Alter des Patienten. Bereits die Generali Alterststudie von 2017 zeigt, dass die jungen Alten ein vermehrtes Interesse an digitalen Medien zeigen und Männer häufiger das Internet nutzen (vgl. 2017, S. 111). Da Herr Gerdes im Besitz eines Smartphones ist, lassen sich fachliche Kenntnisse im Umgang mit dem Internet und digitalen Medien vermuten. Außerdem besitzt der Patient keine kognitiven Einschränkungen, sodass der Umgang mit digitalen Endgeräten und der App Skype leicht erlernbar sein sollte. Durch die Anwendung dieser App wird ein regelmäßiger Kontakt zu seinen Eltern und seinen Söhnen hergestellt. Herr Gerdes kann, individuell und nach seinen Bedürfnissen angepasst, virtuelle Treffen vereinbaren. Ein Beispiel wäre das tägliche Videotelefonieren um 19 Uhr. Den positiven Effekt des Videotelefonierens belegt auch das Review von Ibarra et. al.. In der Übersichtsarbeit wurden technologiegestützte Interventionen im Hinblick auf Wohlbefinden und Einsamkeit analysiert. Beispielhaft wird die Nutzung des Internets oder des Videotelefonierens aufgezeigt. Durch die technischen Interventionen wird zum einen der Umgang mit diesen erweitert und die soziale Einsamkeit verringert (vgl. 2020, S. 7ff.). Der Austausch ermöglicht Herrn Gerdes eine emotionale Entlastung, indem er über seine Gefühle und Ängste sprechen kann. Außerdem erfährt er das Gefühl von Zusammenhalt, welches sein Wohlbefinden positiv beeinflusst.

8. Fazit

Zu Beginn der Bachelorarbeit wurde auf die demografischen Veränderungen hingewiesen und damit auch auf die steigende Anzahl an Menschen mit Krebserkrankungen (Kap.2). Krebserkrankungen nehmen folglich einen großen Aspekt in der stationären Gesundheitsversorgung ein und gehen mit zahlreichen Symptomen einher. Das Schmerzphänomen ist

eins dieser Symptome, welches gravierende Auswirkungen auf Körperfunktionen und das Wohlbefinden von Patienten hat. Dies zeigt die Relevanz einer multidimensionalen Schmerzbetrachtung und Therapie.

In der Analyse wurden die vier Dimensionen des Schmerzes von Herrn Gerdes erläutert. Es wird deutlich, dass sich diese gegenseitig bedingen und die Schmerzsituation des Patienten negativ beeinflussen. Das Schmerzphänomen kann daher nicht allein auf der physischen Ebene betrachtet werden. Es müssen sowohl soziale, als auch psychische und spirituelle Aspekte analysiert werden. Das psychische Wohlbefinden von Herrn Gerdes ist einerseits durch den Schmerz selbst, aber auch durch die fortgeschrittene Krebserkrankung und deren Auswirkungen beeinträchtigt. Außerdem beeinflusst die soziale Situation die Schmerzwahrnehmung des Patienten negativ. Durch die räumliche Distanz zu seiner Kernfamilie und den kommenden Veränderungen seiner Wohnsituation verliert Herr Gerdes Stabilität. Dies sorgt für Zukunftsängste und Überforderung, da die stationäre Aufnahme auf die onkologische Station nicht voraussehbar war.

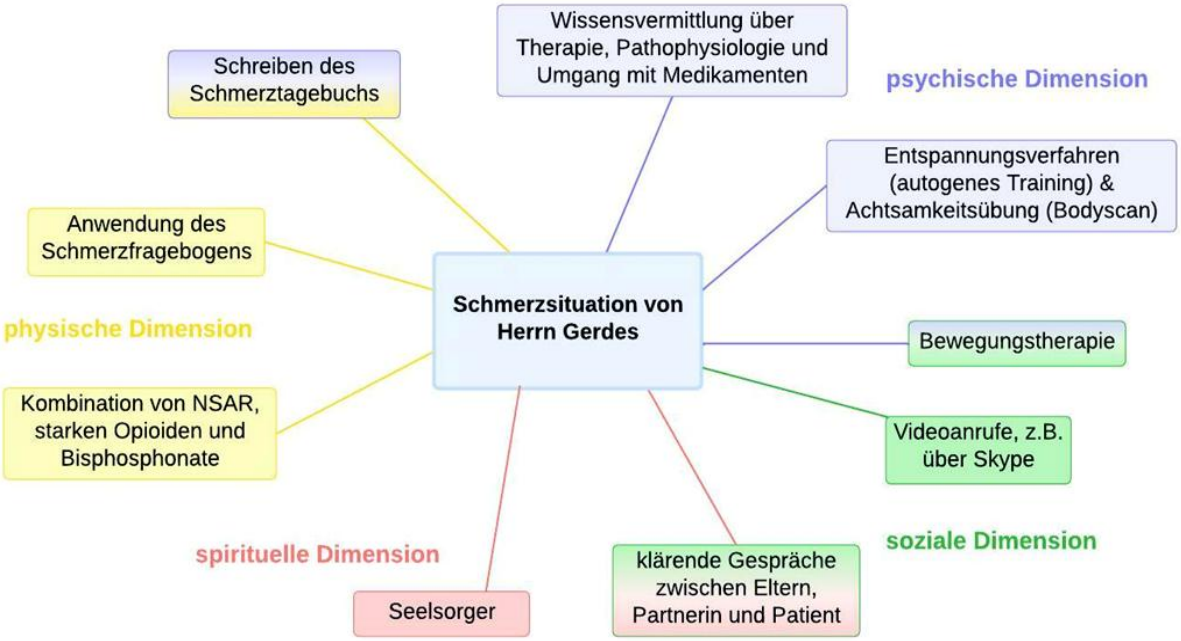


Abbildung 3: Interventionen zur Verbesserung der Schmerzsituation von Herrn Gerdes
(eigene Darstellung)

Im Kapitel 7 wurden Interventionen aufgezeigt, welche individuell auf Herrn Gerdes angepasst und transferiert wurden. Somit kann die Forschungsfrage „Welche individuellen Möglichkeiten gibt es zur Schmerztherapie bei einem Mann mit fortgeschrittenem Gallengangskarzinom in der Onkologie?“ anhand der Abbildung 3 und den vorhergehenden Ausführungen aus den jeweiligen Kapiteln beantwortet werden. Hier wird die Mehrdimensionalität der Schmerztherapie deutlich. Eine alleinige Schmerzbehandlung mit Medikamenten

reicht nicht aus. Durch die Psychoedukation mit den Maßnahmen der Wissensvermittlung, Verwendung von Schmerzassessments, Erlernen von Bewältigungsstrategien, den Einbezug der Familie und die Durchführung von Bewegungsübungen wird das Wohlbefinden des Patienten verbessert und die Schmerzsituation stabilisiert.

9. Ausblick

Diese Bachelorarbeit zeigt die Relevanz einer umfassenden Schmerzanamnese und das Identifizieren von Pflegephänomenen. Schmerz beeinträchtigt das körperliche und psychische Wohlbefinden und muss daher mehrdimensional betrachtet werden. Im Fall von Herrn Gerdes liegt der Fokus zu Beginn des Aufenthaltes auf der Durchführung von diagnostischen Verfahren und das schnelle Stellen der Diagnose. Das psychische Befinden und die Schmerzsituation des Patienten geraten in den Hintergrund und werden missachtet. Hier muss die professionelle Pflege ihre Aufgabe sehen, sie setzten sich für die Probleme ihrer Patienten ein und sorgen so, für eine adäquate pflegerische Versorgung. Im stationären Krankenhausalltag werden Schmerzen meist nur durch die Gabe von Medikamenten reduziert. Durch die Analyse und den Transfer wurde deutlich, dass die alleinige medikamentöse Therapie nicht ausreicht. Das Schmerzverständnis muss erweitert werden, sodass gezielte Interventionen für Menschen mit Tumorschmerzen angewendet werden können.

Krebserkrankungen haben Auswirkungen auf das psychische, soziale und spirituelle Wohlbefinden. Durch psychosoziale Maßnahmen können gezielt Pflegeprobleme wie Angst, Trauer und Überforderung gelindert werden. Durch die Ausarbeitung und der Studienrecherche wurde jedoch deutlich, dass diese Interventionen wenig Anwendung im pflegerischen Alltag finden. Es besteht folglich ein Bedarf an Fortbildungen und Schulungen bezüglich des Vorhandenseins und der Durchführung von psychosozialen Maßnahmen. Pflegefachkräfte sollten über den Mehrwert von Entspannungs- und Ablenkungsverfahren erfahren und den Umgang mit diesen erlernen. So können sie gezielt Menschen mit Krebserkrankungen ansprechen, welche unter belastenden Gefühlen und Gedanken leiden. Des Weiteren findet im Krankenhaus selten eine ausreichende und umfassende Schmerzanamnese statt. Meist wird nur die NRS verwendet, welche die Mehrdimensionalität nicht beachtet. Zusätzlich zu den Fortbildungen über psychosoziale Interventionen, besteht auch ein Schulungsbedarf bezüglich der Anwendung von mehrperspektivischen Schmerzassessments und Schmerztagebüchern. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass diese Umsetzung durch den Pflegenotstand und dem daraus resultierenden Zeitmangel problematisch sein könnte. Inwieweit die aufgeführten Interventionen umgesetzt werden können, bleibt bei den aktuellen Gegebenheiten für die Pflege offen. Jedoch belegen wissenschaftliche Studien den Mehrwert dieser

Maßnahmen für Menschen mit Krebserkrankungen und chronischen Schmerzen. Das Pflegefachpersonal wird folglich motiviert, diesen Mehrwert in die pflegerische Praxis zu integrieren. So wird die pflegerische Versorgung verbessert, da sie ganzheitlich und individuell ausgerichtet ist.

Durch den Zeitmangel und den daraus resultierenden Stress für Pflegefachkräfte kann es zu Fehlern im Medikamentenmanagement kommen. Wie bereits im Problemhintergrund erwähnt, werden Medikamente, insbesondere Schmerzmedikation, nicht rechtzeitig verabreicht oder die vorgegebenen Zeitfenster nicht eingehalten. Dies ist ein schwerwiegendes Problem, welches genauere Betrachtung und Recherche bedingt.

10. Kritische Reflexion

In diesem Kapitel wird das Vorgehen für die Erstellung der Bachelorarbeit kritisch diskutiert. Es wurde sich intensiv mit individuellen Möglichkeiten in der Schmerztherapie bei Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen beschäftigt. Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Assessments und Schmerzkonzepten im Hinblick auf Tumorschmerzen erwies sich als äußerst interessant. Die gewonnenen Erkenntnisse werden als zukünftige akademisierte Pflegefachkraft weiter vertieft und in die pflegerische Versorgung integriert. Das Schmerzphänomen wird zukünftig mehrdimensional betrachtet und therapiert.

Positiv anzumerken ist die große Vielfalt an Studien und Literatur zu den Themen Krebs, Tumorschmerz und Auswirkungen einer Krebserkrankung auf einzelne Individuen oder Familiensystemen. Durch diese Vielfalt konnte auf aktuelle Leitlinien und Standards zurückgegriffen werden. Das Arbeiten nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine Kernaufgabe der professionellen Pflege und konnte folglich auf den Praxisfall angewendet werden. Die Literaturrecherche bezüglich der Interventionsmöglichkeiten erwies sich als Herausforderung. Nachdem die Analyse geschrieben war, musste eine erneute Literatur- und Studienrecherche durchgeführt werden, um Interventionsmöglichkeiten und deren Studienergebnisse auf den Patientenfall transferieren zu können. Dies nahm einige Zeit in Anspruch. Jedoch lässt sich sagen, dass das Zeitmanagement insgesamt gut taktiert war und die Bachelorarbeit rechtzeitig fertig geschrieben wurde, um diese mehrfach Korrektur lesen zu können.

Ausgehend von der Forschungsfrage lässt sich ein roter Faden in dieser Bachelorarbeit erkennen. Im theoretischen Hintergrund wurden die wichtigsten Begriffe erläutert, sodass ein allgemeines Verständnis geschaffen wurde. Durch die Fallanalyse anhand der vier Dimensionen des Schmerzes nach Saunders konnte das Verständnis über das Schmerzphänomen erweitert werden, sodass neue Erkenntnisse für das eigene pflegerische Handeln gewonnen wurde. Die Analyse wurde durch die Anwendung von verschiedenen Assessments und The-

orien wissenschaftlich gestützt, sodass die gewonnenen Ergebnisse nachvollziehbar sind. Durch den Transfer und die Anwendung der medikamentösen Therapie und der Psychoedukation kann die Forschungsfrage beantwortet werden. Es wurden Maßnahmen zur Schmerzreduktion bei einem Mann mit fortgeschrittenem Gallengangskarzinom aufgezeigt und angewendet.

Bezüglich der medikamentösen Therapie muss angemerkt werden, dass das Anordnen von Medikamenten und deren Dosierung, Aufgabe der Ärzte ist. Pflegefachpersonen haben die Durchführungsverantwortung, sie müssen den richtigen Umgang mit Arzneimitteln kennen und Patienten im Umgang mit Medikamenten anleiten und informieren können. Dieser Aspekt wird in der Bachelorarbeit nicht aufgegriffen, da dies den festgelegten Rahmen überschreiten würde. Jedoch muss die medikamentöse Schmerztherapie aufgegriffen werden, da eine alleinige psychosoziale Therapie keine adäquate Schmerzreduktion erreichen kann. Nur die Kombination aus psychosozialen und medikamentösen Maßnahmen sorgt für eine Schmerzlinderung und ein gesteigertes Wohlbefinden.

IV. Literaturverzeichnis

Adler, S. (2013). Anatomie, Physiologie/ Pathophysiologie des Schmerzes. In G. Braune, S. Adler, T. Fritzsche, D. Grünewald, A. Heymann, E. Hoffmann et al. (Hrsg.), *Schmerztherapie. Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung.* (S. 13-23). Stuttgart: Kohlhammer.

Alt-Epping, B., Bauer, J., Schuler, U. & Strohscheer, I. (2014). Schmerztherapie in der Onkologie. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Der Schmerz, 2,* 157-165.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (AWMF). (2021). *Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen.* Zugriff am 18.03.2022. Verfügbar unter 001-025l_S3_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen_2022-03.pdf (awmf.org)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft e.V. (AWMF) (2020). *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung.* Zugriff am 18.03.2022. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLl_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (2021). *S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen.* Zugriff am 18.03.2022. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-055OLm_Komplementaermedizin-in-der-Behandlung-von-onkologischen-PatientInnen-2021-07.pdf

Bandieri, E., Romero, M., Ripamonti, C. I., Artioli, F., Sichetti, D., Fanizza, C. et al. (2016). Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *Journal of Clinical Oncology, 34* (5), 436-441.

Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“ (4., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Bender, J. (2019). *Praxisbuch Trauerbegleitung. Trauerprozesse verstehen, begleiten, verwandeln.* Berlin: Springer.

Bennet, M., Paice, J. A. & Wallace, M. (2017). Pain and Opioids in Cancer Care: Benefits, Risks, and Alternatives. *American Society of Clinical Oncology,* 705-711.

Braune, G., Adler, S., Fritsche, T., Grünewald, D., Heymann, A., Hoffmann, E. et al. (Hrsg). (2013). *Schmerztherapie. Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bruns, F., Steinmann, D. & Micke, O. (2007). Spiritualität in der Onkologie*. Der Onkologe, 6* (13), 490-498.

Büche, D. J. (2017). Phänomene der Chronifizierung des Schmerzes. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care.* (3. Aufl., S. 194-201).

Carr, E. C. J. & Mann, E. M. (2014). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe.* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Davos, G., Choi, K.-E., Horneber, M., Lange, S. Voiß, P., Cramer, H. et al. (2018). Selbstwirksamkeit fördern. Mind-Body-Medizin in der integrativen Onkologie. *Im Focus Onkologie, 21* (9), 51-55.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (Hrsg.). (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege.* (aktualisiert). Osnabrück.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2014). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (5., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Diezemann, A. (2011). Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz. *Der Schmerz, 25,* 445-453.

European Society for Medical Oncology (ESMO). (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology, 29* (4), 166-191.

FACIT.org. (2007). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp). Zugriff am 20.04.2022. Verfügbar unter https://www.facit.org/measures/FACIT-Sp

Generali Deutschland AG (Hrsg.). (2017). *Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschlnd denken und leben.* Köln: Springer.

Gordon, M. & Georg, J. (2020). *Handbuch Pflegediagnosen.* (6., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Goeppert, B. (2020). Cholangiokarzinome – Übersicht zur aktuellen anatomischen, histomorphologischen und morphomolekularen Klassifikation. *Der Pathologe, 5,* 488-494.

Gross, W. (2021). *Wie man lebt, so stirbt man. Vom Leben und Sterben großer Psychotherapeuten.* Berlin: Springer.

Hoffmann, E. (2013). Tumorschmerz, Palliativmedizin. In G. Braune, S. Adler, T. Fritzsche, D. Grünewald, A. Heymann, E. Hoffmann et al. (Hrsg.), *Schmerztherapie. Ein Leitfaden für Pflegende in Praxis und Weiterbildung.* (S. 161-172). Stuttgart: Kohlhammer.

Hübner, I.-M. (2017). *Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang in den Ruhestand. Eine Studie über den Einfluss und die Bedeutsamkeit des subjektiven Alterns und der sozialen Beziehungen.* Wiesbaden: Springer.

IW JUNIOR (2021). *Alter – Altern.* Zugriff am 29.03.2022. Verfügbar unter https://www.wirtschaftundschule.de/wirtschaftslexikon/a/alter---altern/

Kalkhoff, S. (2017). Entschleunigen und Wahrnehmen. Achtsamkeit: Weniger Stress im Alltag. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin, 69* (7-8), 10-12.

Keller, C. & Menche N. (Hrsg.). (2017). *Grundlagen und Interventionen*. (Pflegen, 2. Aufl.). München: Elsevier.

Kirn, T., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (2009). *Imagination in der Verhaltenstherapie.* Heildelberg: Springer.

Kloke, M. (2005). Medikamentöse Therapie tumorbedingter Schmerzen. *Der Onkologe, 4,* 392-398.

Kloke, M. (2007). Diagnose und Therapie von tumorbedingten Schmerzen. *Der Urologe, 1,* 7-13.

Kunz, R. (2017). Schmerztherapie in der Geriatrie. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care.* (3. Aufl., S. 231-239).

Käppeli, S. (Hrsg.). (2015). Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld (Pflegekonzepte, Band 1, 6. Nachdruck). Bern: Hans Huber.

Künzler, A., Mamié, S. & Schürer, C. (2012). *Diagnose-Schock: Krebs.* Berlin Heidelberg: Springer.

Leu, B. (2021). *Diagnose Krebs. Existenzielle Fragen zwischen Leben und Tod. Ein Ratgeber.* Berlin: Springer.

Lindner, H., Lindner, M. & Richter, R. (2015). *Rollator-Fit. Bewegungsideen für mehr Mobilität.* Aachen: Meyer & Meyer.

Menche, N. (Hrsg.). (2017). *Pflegen. Biologie Anatomie Physiologie*. München: Elsevier.

Miller, R. S., & Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment, 46* (5), 514–518.

Mötzing, G. (2021). *Aktivitäten und Alltagsgestaltung mit alten Menschen.* (5.Aufl.). München: Elsevier.

Nauerth, M. (2016). Verstehen in der Sozialen Arbeit. Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik. Wiesbaden: Springer Fachmedizin.

Nicholas, M., Molloy, A., Tonkin, L. & Beeston, L. (2014). *Den Schmerz in den Griff bekommen. Die Strategie des aktiven Umgangs mit chronischen Schmerzen.* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Nilges, P. & Essau, C. (2015). Die Depressions-Angst-Stress-Skalen. Der DASS – ein Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten. *Der Schmerz, 29* (6), 649-657.

Oldenmenger, W., Geerling, J. J., Mostovaya, I., Vissers, K. C. P., de Graeff, A., Reyners, A. K. L. et al. (2017). A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. *Cancer Treatment Reviews, 63,* 96-103.

Parthum, A. Schmerz. In: *Pflegen. Grundlagen und Interventionen.* (2. Aufl.). München: Elsevier.

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L. & Cella, D. (2002). Measuring Spiritual Well-Being in People With Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine, 24* (1), 49-58.

Petzke, F., Hüppe, M., Kohlmann, T., Kükenshöner, S., Lindena, G., Pfingsten, M. et al. (2021). *Handbuch Deutscher Schmerz-Fragebogen*. Zugriff am 05.05.2022. Verfügbar unter https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/pdf/DSF_Handbuch_2021.pdf

Pleschberger, S. (2017). Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.). *Lehrbuch Palliative Care.* (3. Aufl., S. 34-39). Bern: Hogrefe.

Rettke, H., Naef, R., Rufer, M. & Peng-Keller, S. (2021). Spiritualität und Behandlung. Die Perspektive von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz, 5* (35), 333-342.

Rode, F. (2010). *Sucht im Alter. Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter – zu tolerieren oder zu behandeln?* Bachelorarbeit, Hochschule Magdeburg-Stendal. Magdeburg.

Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends.* Zugriff am 14.04.2022. Verfügbar https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf

Saunders, C. (1967). The care of the terminal stages of cancer. *Annals of the Royal College of Surgeons ,41,* 162-169.

Schmidt, T. (2021). Körperliche Aktivität in der Onkologie – so wichtig wie ein Medikament? *Der Onkologe, 8* (27), 790-794.

Schrems, B. (2016). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche (3., überarb. Aufl.). Wien: Facultas.

Schultchen, D., Messner, M., Karabatsiakis, A., Schillings, C. & Pollatos, O. (2019). Effects of an 8-Week Body Scan Intervention in Individually Perceived Psychological Stress and Related Steroid Hormones in Hair. *Mindfulness, 10* (12), 2532-2543.

Sinn, M., Bischoff, S., Nehls, O., Pelzer, U., Weizsäcker, F., Kubicka, S. et al. (2012). Biliary Tract Cancer: A Survey Regarding the Current Oncological Daily Care Practice in Germany. *Onkologie, 35,* 755-760.

Statistisches Bundesamt (2021). *Demografischer Wandel.* Zugriff am 26.03.2022. Verfügbar unter Demografischer Wandel in Deutschland: Ursachen und Folgen - Statistisches Bundesamt (destatis.de).

Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Vehling-Kaiser, U. (2021). *Hämatologie und Onkologie. Basics für medizinisches Fachpersonal und Pflegeberufe*. (8. Aufl.). Waiblingen: Elanders.

Vogel, C., Wettstein, M. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel.* Wiesbaden: Springer Fachmedizin.

Von Wachter, M. & Hendrischke, A. (2021). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen. Manual und Materialien.* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Walker, N., Studentin im Studiengang Pflege B. Sc. (dual), Hochschule Osnabrück (2022). *Gespräch zur Fallerhebung mit dem Patienten Herrn D.* (Gespräch).

Walker, N., Studentin im Studiengang Pflege B. Sc. (dual), Hochschule Osnabrück (2022). *Durchführung einer kollegialen Fallberatung* (Gespräch).

Wege, H. (2022). Gallengangskrebs: Zu häufig eine zu späte Diagnose. *MMW- Fortschritte der Medizin, 164* (S4), 19-21.

Zajaczkowska, R., Kocot-Kepska, M., Leppert, W. & Wordliczek, J. (2019). Bone Pain in Cancer Patients: Mechanisms and Current Treatment. *International Journal of Molecular Sciences, 20,* 1-15.

Zentrum für Krebsregisterdaten. (2021). *Krebsarten.* Zugriff am 19.04.2022. Verfügbar unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/krebsarten_node.html

V. Rechtsquellenverzeichnis

Das fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBI. I S. 2477) § 27 Krankenbehandlung.

VI. Anhang

Anhang 1: Flowchart der Studienrecherche ..... ….IX

Anhang 2: Deutscher Schmerzfragebogen ..... ….X

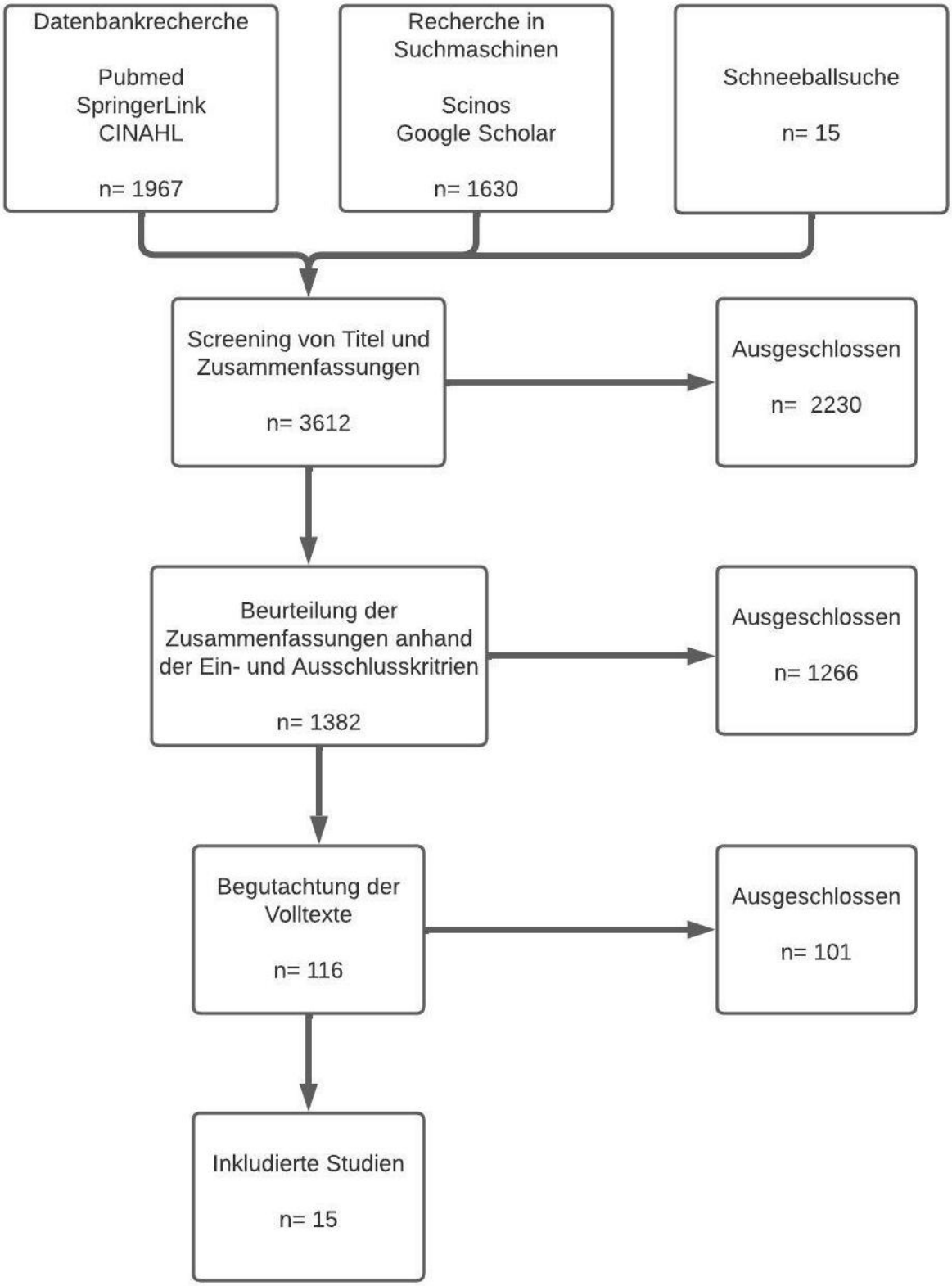
Anhang 3: Die Depression-Angst-Stress-Skala (DASS)..... …….XVIII

Anhang 4: Miller Social Intimacy Scale.....XIX

Anhang 5: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp).....XX

Anhang 6: Das Schmerztagebuch.....XXIII

Anhang 1: Flowchart zur Studienrecherche



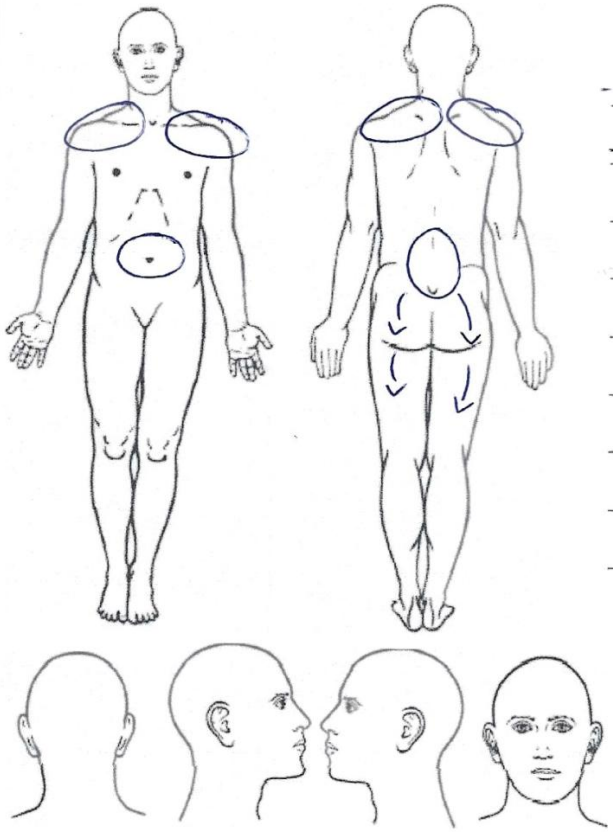
(eigene Darstellung)

Anhang 2: Deutscher Schmerzfragebogen

Patient: Herr Gerdes Datum beim Ausfüllen: Tag Monat Jahr

1. Geburtsdatum: Tag Monat Jahr Alter: 60 Jahre
2. Geschlecht: männlich ☒ weiblich ○
3. Körpergröße (cm): 1,91 4. Körpergewicht (kg): 93,5

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

- ziehend
- stechend bei Bewegung

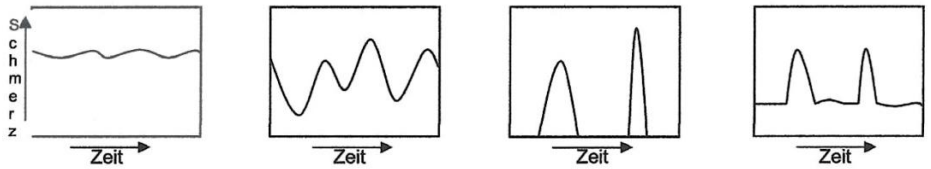
6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? Bauch - und Rückenschmerzen

7. a) **Seit wann** bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat	○	½ Jahr bis 1 Jahr	○	2 bis 5 Jahre	○
1 Monat bis ½ Jahr	☒	1 bis 2 Jahre	○	mehr als 5 Jahre	○

b) Gibt es ein genaues Datum, ab dem die Schmerzen aufgetreten sind? Tag Monat Jahr

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre **Schmerzen** in den letzen 4 Wochen am besten zu?
(Bitte nur **eine** Angabe machen!)



1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ○
2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ○
3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ○
4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ⊗

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) **Wie oft** treten diese Attacken durchschnittlich auf?
mehrfach täglich ○ einmal täglich ⊗ mehrfach wöchentlich ○
einmal wöchentlich ○ mehrfach monatlich ○ einmal monatlich ○
seltener: ○ _____

c) **Wie lange** dauern diese Attacken durchschnittlich? Sekunden ○ Minuten ⊗
Stunden ○ bis zu drei Tagen ○ länger als drei Tage ○

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? ja ○ nein ⊗
wenn ja: morgens ○ mittags ○ nachmittags ○ abends ○ nachts ○

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, **wie Sie Ihre Schmerzen empfinden**. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre **typischen Schmerzen in der letzten Zeit**.
Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie **für jedes Wort ein Kreuz**, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.
Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:
3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als ….

	trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weit-gehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
….dumpf	○	⊗	○	○	….heiß	○	○	⊗	○
….drückend	○	⊗	○	○	….brennend	○	⊗	○	○
….pochend	○	○	⊗	○	….elend	○	○	⊗	○
….klopfend	○	○	⊗	○	….schauderhaft	○	○	⊗	○
….stechend	⊗	○	○	○	….scheußlich	○	○	⊗	○
….ziehend	⊗	○	○	○	….furchtbar	⊗	○	○	○

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:

[0] kein Schmerz [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] stärkster vorstellbarer Schmerz

12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa [4|5] Tagen

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?

[0] keine Beeinträchtigung [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] völlige Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?

[0] keine Beeinträchtigung [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] völlige Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

[0] keine Beeinträchtigung [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] völlige Beeinträchtigung

13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ○

auf eine bestimmte Krankheit ☒ wenn ja, welche? Krebs

auf eine Operation ○ wenn ja, welche? _____

Datum der Operation ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

auf einen Unfall ○ wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls ___ ___ ____ (Tag Monat Jahr)

auf körperliche Belastung ○

auf seelische Belastung ○

auf eine andere Ursache ○ wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:
b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ○ nein ○

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?
Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ablenkung, viel liegen

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen ○

15. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

wenn ich mich bewege

Ich weiß es nicht ○

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:	trifft gar nicht zu **0**	**1**	**2**	**3**	**4**	trifft vollkommen zu **5**
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	○	☒	○	○	○	○
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	○	☒	○	○	○	○
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	○	○	☒	○	○	○
4. Ich habe mein Leben genießen können.	☒	○	○	○	○	○
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	○	☒	○	○	○	○
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	○	☒	○	○	○	○
7. Ich habe mich richtig freuen können.	○	○	☒	○	○	○

21. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zur Zeit** nehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w.)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Medikament	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	ca. 7mal 1 Tbl.

	Ich nehme das Medikament *regelmäßig*				Ich nehme das Medikament nur bei Bedarf	
Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr wie oft pro Monat?
Lyrica 25mg	1 Tbl.	1 Tbl.	1 Tbl.	0		
ASS	1 Tbl.	0	0	0		
Haldol Tropfen	3°	3°	3°	0		
Novalgin Tropfen	40°	40°	40°	40°		
Caprosi 30 mg	1 Tbl.	0	1 Tbl.	0		
Morphin-Perfusor						
40 mg / 50 ml						
3,5 ml/h						

22. **Frühere Schmerzmedikamente**: Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
Ihre früheren Schmerz-Medikamente	nein	etwas	ja	bitte beschreiben

23. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	ja ○	nein ⊗
wenn ja, gegen welche?		

24. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**? Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0" bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3" besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs Welche Erkrankung: Gallengangskrebs	ja ☒ nein ○	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere:	ja ☒ nein ○	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere:	ja ☒ nein ○	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Magersucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere:	ja ○ nein ☒	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Andere Erkrankungen 	ja ○ nein ○	keine [0]	**Beeinträchtigung** [1] [2]	starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere:	ja ○ nein ☒			
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja ○ nein ☒			

Modul D **Demographie, Versicherung**

D-1. Nachname: Gerdes Vorname: /

Geburtsname: Gerdes Geburtsdatum: / / (Tag) / / (Monat) / / / / (Jahr)

D-2. Geschlecht: männlich ⊗ weiblich ○

D-3. Körpergröße (cm): 1,9,1 Körpergewicht (kg): 9,3,5

D-4. PLZ: / Wohnort: /

Straße: /

Tel. privat: / Tel. dienstl.: /

Handy: / e-mail.: /

D-5. **Entfernung** von Ihrer Wohnung bis zu **unserer** Praxis / Klinik (in km): ca. 4,0,0

D-6. Nationalität: deutsch Muttersprache: deutsch

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres **überweisenden Arztes**:

/

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der **Ärzte oder Psychotherapeuten**, die Sie zur Zeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7):

/

D-9. Krankenversicherung für **ambulante** Behandlung: /

zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse:

D-10. Krankenversicherung für **stationäre** Behandlung: /

D-11. **Beihilfe**-Berechtigung: nein ⊗ ja ○ durch:

D-12. Behandlung aufgrund eines **anerkannten BG-Verfahrens** (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ○ nein ⊗

D-13. Haben Sie eine **Krankentagegeldversicherung**? ja ○ nein ⊗

D-14. Besteht eine **Zusatzversicherung**? ja ○ nein ⊗

D-15. **Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt?** (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein ⊗ Ehepartner/Partner ○ Kinder ○ (Schwieger-)Eltern ○

D-16. Welche **Schulausbildung** haben Sie? keinen Abschluss ○ Hauptschule / Volksschule ⊗
Realschule / Mittlere Reife ○ Fachhochschulreife ○ Abitur / allgemeine Hochschulreife ○

D-17. Welche Berufsausbildung haben Sie: Tischler

Modul S **Sozialrechtliche Situation**

S-1. Sind Sie zur Zeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)
ja, ich bin zur Zeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz ☒ → weiter bei Frage S-2
nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig ○
Ich habe zuletzt gearbeitet als (bitte eintragen): _____
_____ → weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte beantworten, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind (auch bei Krankschreibung)

S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? Tischler

S-3. Sind Sie **zur Zeit arbeitsunfähig**? ja ☒ nein ○
wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können? ja ○ nein ☒

S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?
ich war in letzten 3 Monaten an 40 Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)
bin durchgehend arbeitsunfähig ○ seit __ __ (Tag Monat) ____ (Jahr)

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.

S-5. Wenn Sie zur Zeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...
Schüler/in, Student/in ○ Hausfrau / Hausmann ○ berentet ○
arbeitslos / erwerbslos ○ seit ____/____ (Monat/Jahr)

S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen? ja ☒ nein ○
Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?
nein ☒ ja ○
wenn ja, wegen: _____ am: __ __ (Tag Monat) ____ (Jahr)
Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden? ja ○ nein ☒
Befindet sich derzeit ein Rentenantrag im **Widerspruchsverfahren**? ja ○ nein ☒

S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**? ja ○ nein ☒
wenn ja, auf Zeit ○ bis wann: __ __ (Tag Monat) ____ (Jahr)
endgültig ○ seit wann: __ __ (Tag Monat) ____ (Jahr)

wenn ja, Berentung welcher Art?
vorgezogenes Altersruhegeld ○
Berufsunfähigkeit ○
Erwerbsunfähigkeit ○
Erreichen der Altersgrenze ○
Teilweise Erwerbsminderung ○
Volle Erwerbsminderung ○
Unfallrente ○
Witwen- oder Waisenrente ○

S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung**? (GdB) ja ○ nein ☒ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____
Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt? ja ○ nein ☒

(vgl. Schmerztherapiezentrum Villingen-Schwenningen, zitiert nach Deutsche Schmerzgesellschaft, 2017, o.S.)

Anhang 3: Die Depression-Angst-Stress-Skala (DASS)

Fragen zu Ihrem Befinden

Bearbeitungshinweis: Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage **während der letzten Woche** auf Sie zutraf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

0 Traf **gar nicht** auf mich zu
1 Traf **bis zu einem gewissen Grad** auf mich zu oder **manchmal**
2 Traf **in beträchtlichem Maße** auf mich zu oder **ziemlich oft**
3 Traf **sehr stark** auf mich zu oder **die meiste Zeit**

1 Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2 Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3 Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4 Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5 Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6 Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7 Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3
8 Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9 Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10 Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11 Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12 Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13 Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14 Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15 Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16 Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17 Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18 Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19 Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20 Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21 Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3

(vgl. Nilges & Essau, 2015, S. 650)

Anhang 4: Miller Social Intimacy Scale

Miller Social Intimacy Scale

	Very Rarely				Some of the Time					Almost Always
1. When you have leisure time how often do you choose to spend it with him/her alone?	1	2	3	4	(5)	6	7	8	9	10
2. How often do you keep very personal information to yourself and do not share it with him/her?	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	10
3. How often do you show him/her affection?	1	2	3	4	5	6	7	(8)	9	10
4. How often do you confide very personal information to him/her?	1	2	3	4	5	(6)	7	8	9	10
5. How often are you able to understand his/her feelings?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
6. How often do you feel close to him/her?	1	2	3	4	5	6	7	(8)	9	10
	Not Much				**A Little**					**A Great Deal**
7. How much do you like to spend time alone with him/her?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
8. How much do you feel like being encouraging and supportive to him/her when he/she is unhappy?	1	2	3	4	5	6	7	8	(9)	10
9. How close do you feel to him/her most of the time?	1	2	3	4	5	(6)	7	8	9	10
10. How important is it to you to listen to his/her very personal disclosures?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
11. How satisfying is your relationship with him/her?	1	2	3	4	5	6	7	8	(9)	10
12. How affectionate do you feel towards him/her?	1	2	3	4	5	6	7	8	(9)	10
13. How important is it to you the he/she understands your feelings?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
14. How much damage is caused by a typical disagreement in your relationship with him/her?	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	10
15. How important is it to you that he/she be encouraging and supportive to you when you are unhappy?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
16. How important is it to you the he/she show you affection?	1	2	3	4	5	6	(7)	8	9	10
17. How important is your relationship with him/her in your life?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	(10)

(vgl. Miller & Lefcourt, 1982, S. 516)

Anhang 5: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)

FACIT-Sp (Version 4)

Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. **Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.**

	PHYSICAL WELL-BEING	**Not at all**	**A little bit**	**Some-what**	**Quite a bit**	**Very much**
GP1	I have a lack of energy	0	1	2	3	4
GP2	I have nausea	0	1	2	3	4
GP3	Because of my physical condition, I have trouble meeting the needs of my family	0	1	2	3	4
GP4	I have pain	0	1	2	3	4
GP5	I am bothered by side effects of treatment	0	1	2	3	4
GP6	I feel ill	0	1	2	3	4
GP7	I am forced to spend time in bed	0	1	2	3	4

	SOCIAL/FAMILY WELL-BEING	**Not at all**	**A little bit**	**Some-what**	**Quite a bit**	**Very much**
GS1	I feel close to my friends	0	1	2	3	4
GS2	I get emotional support from my family	0	1	2	3	4
GS3	I get support from my friends	0	1	2	3	4
GS4	My family has accepted my illness	0	1	2	3	4
GS5	I am satisfied with family communication about my illness	0	1	2	3	4
GS6	I feel close to my partner (or the person who is my main support)	0	1	2	3	4
Q1	*Regardless of your current level of sexual activity, please answer the following question. If you prefer not to answer it, please mark this box* ☐ *and go to the next section.*					
GS7	I am satisfied with my sex life	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (Version 4)

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

	EMOTIONAL WELL-BEING	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	Very much
GE1	I feel sad	0	1	2	3	4
GE2	I am satisfied with how I am coping with my illness	0	1	2	3	4
GE3	I am losing hope in the fight against my illness	0	1	2	3	4
GE4	I feel nervous	0	1	2	3	4
GE5	I worry about dying	0	1	2	3	4
GE6	I worry that my condition will get worse	0	1	2	3	4

	FUNCTIONAL WELL-BEING	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	Very much
GF1	I am able to work (include work at home)	0	1	2	3	4
GF2	My work (include work at home) is fulfilling	0	1	2	3	4
GF3	I am able to enjoy life	0	1	2	3	4
GF4	I have accepted my illness	0	1	2	3	4
GF5	I am sleeping well	0	1	2	3	4
GF6	I am enjoying the things I usually do for fun	0	1	2	3	4
GF7	I am content with the quality of my life right now	0	1	2	3	4

FACIT-Sp (Version 4)

Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.

	ADDITIONAL CONCERNS	Not at all	A little bit	Some-what	Quite a bit	Very much
Sp1	I feel peaceful	0	1	2	3	4
Sp2	I have a reason for living	0	1	2	3	4
Sp3	My life has been productive	0	1	2	3	4
Sp4	I have trouble feeling peace of mind	0	1	2	3	4
Sp5	I feel a sense of purpose in my life	0	1	2	3	4
Sp6	I am able to reach down deep into myself for comfort	0	1	2	3	4
Sp7	I feel a sense of harmony within myself	0	1	2	3	4
Sp8	My life lacks meaning and purpose	0	1	2	3	4
Sp9	I find comfort in my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp10	I find strength in my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp11	My illness has strengthened my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp12	I know that whatever happens with my illness, things will be okay	0	1	2	3	4

(vgl. FACIT.org. 2007, o.S.)

Anhang 5: Das Schmerztagebuch

Schmerztagebuch

Datum: Name:

Uhrzeit	Situation, Ereignis	VAS (0-10)	Körperreaktion	Gedanken, Überlegung	Gefühl, Empfindung	Was tue ich?

(vgl. Wachter & Hendrischke, 2021, S. 65)

Eidesstattliche Erklärung

Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum	Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum	Unterschrift