

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit

Wenn die Ferne schmerzt

**Ergotherapie bei Menschen mit chronischen Schmerzen und
Migrationshintergrund**

Anja Wittwer, Suldhaltenstrasse 3, 3703 Aeschi b. Spiez, S10868925

Sandra Brunner, Schmittenstrasse 3, 3629 Oppligen, S10869048

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2010
Eingereicht am:	03.05.2013
Betreuende Lehrperson:	Barbara Aegler MSc OT

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1.1 Darstellung des Themas	6
1.2 Problemstellung	6
1.3 Persönlicher Bezug	7
1.4 Fragestellung	7
1.5 Zielsetzung	7
1.6 Begriffsdefinitionen.....	8
1.6.1 <i>Faktoren</i>	8
1.6.2 <i>Ergotherapeutische Intervention</i>	8
1.6.3 <i>Person</i>	8
1.6.4 <i>Personen im erwerbstätigen Alter</i>	8
1.6.5 <i>Migrationshintergrund, Migration, Migrant</i>	8
1.6.6 <i>Chronischer Schmerz</i>	9
1.7 Abgrenzung	10
2 Theoretischer Hauptteil	12
2.1 Theoretischer Hintergrund.....	12
2.1.1 <i>Migration und Gesundheit</i>	12
2.1.2 <i>Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Migration</i>	15
2.1.3 <i>Chronische Schmerzen</i>	16
2.2 Theoretische Grundlage.....	20
2.2.1 <i>Einführung in das ergotherapeutische Modell</i>	20
2.2.2 <i>Das Prozessmodell</i>	23
2.3 Methodik	26
2.3.1 <i>Vorgehen der Literatursuche</i>	26
2.3.2 <i>Einschlusskriterien</i>	27
3 Ergebnisse	29
3.1 Zusammenfassung der Hauptstudien.....	29
<i>Hauptstudie 1</i>	29
<i>Hauptstudie 2</i>	31
<i>Hauptstudie 3</i>	33
<i>Hauptstudie 4</i>	35
<i>Hauptstudie 5</i>	37

3.2 Einordnung der Faktoren in das CMOP-E	39
3.2.1 Person.....	39
3.2.2 Umwelt.....	42
3.2.3 Betätigung.....	43
4 Diskussion.....	44
4.1 Person	44
4.2 Umwelt.....	48
4.3 Betätigung.....	51
4.4 Theorie-Praxis Transfer	53
4.5 Limitierungen	55
5 Schlussteil.....	57
5.1 Schlussfolgerungen.....	57
5.2 Offene Fragen.....	57
5.3 Zukunftsaussicht	57
6 Verzeichnis.....	59
6.1 Literaturverzeichnis	59
6.2 Abbildungsverzeichnis	67
6.3 Tabellenverzeichnis	67
6.4 Abkürzungsverzeichnis	68
6.5 Glossar	69
Danksagung	76
Eigenständigkeitserklärung.....	77
7 Anhang	78
7.1 Wortzahl.....	78
7.2 Tabelle Schlüsselwörter	78
7.3 Methodik	79
7.4 Matrix.....	81
7.5 Studienbeurteilung	90

In dieser Bachelorarbeit wird der Einfachheit halber die männliche Form einer Personengruppe verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form immer mit eingeschlossen.

Als Autoren werden jene Personen bezeichnet, welche eine Studie publiziert haben. Wird von den Verfasserinnen gesprochen, sind die Personen, welche die vorliegende Bachelorarbeit geschrieben haben, gemeint.

Unbekannte Begriffe, die im Text nicht erklärt werden, sind mit einem hochgestellten Zeichen* markiert und werden im Glossar im Kapitel 6.5 beschrieben.

Abstract

Darstellung des Themas: Migration ist ein Prozess, welcher die physische und psychische Gesundheit der Menschen negativ beeinflussen kann. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist insbesondere chronischer Schmerz ein weit verbreitetes Krankheitsbild. Es gibt wenig wissenschaftliche Literatur zu chronischen Schmerzen bei Migranten. Dies gilt auch für ergotherapiespezifische Untersuchungen.

Fragestellung: Welche Faktoren sind in ergotherapeutischen Interventionen bei Personen im erwerbstätigen Alter mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen zu beachten?

Methode: Eine systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL, Medline, Cochrane, PsycInfo, Ovid Nursing und OTseeker durchgeführt. Es wurden drei quantitative und zwei qualitative Studien eingeschlossen.

Ergebnisse: Es gibt viele Faktoren, wie erhöhte Depressivität, passives Coping, kulturell bedingter Schmerzausdruck, Kommunikationsprobleme oder finanzielle Sorgen, welche bei chronischen Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt sind, als bei einheimischen Personen. Die Faktoren wurden in das ergotherapeutische Modell (CMOP-E) eingeordnet.

Schlussfolgerung: Es gibt verschiedene Faktoren, welche bei Menschen mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund ausgeprägt vorhanden sind. Es ist wichtig diese während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses zu beachten.

Keywords: chronic pain, migration background, migrants, employment, occupational therapy

Schlüsselwörter: chronische Schmerzen, Migrationshintergrund, Migranten, Erwerbstätigkeit, Ergotherapie

1 Einleitung

Die folgende Bachelorarbeit befasst sich mit Faktoren, welche für die Ergotherapie mit Migranten mit chronischen Schmerzen im erwerbstätigen Alter von Bedeutung sind.

1.1 Darstellung des Themas

„In den letzten Jahrzehnten hat die globale Migration ein bisher nie gekanntes Ausmass angenommen. Erhebungen internationaler Organisationen kommen zum Schluss, dass sich gegenwärtig über 175 Millionen Menschen fern ihrer Heimat aufhalten.“ (Bundesamt für Migration [BFM], 2011)

Der Migrationsprozess beinhaltet verschiedene Stressoren*, welche sich ungünstig auf die Gesundheit der Menschen auswirken können (Weiss, 2005). So leiden beispielsweise nach dem Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung über 20% der Migranten unter starken Rücken- und Kopfschmerzen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2012). Laut Kirchner (2011) sind Menschen mit chronischen Schmerzen in ihrer Handlungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt, insbesondere die Arbeitswiedereingliederung gestaltet sich schwierig. Sleptsova, Wössmer und Langewitz (2009) beschreiben, dass Migranten wiederholt betonen, dass es für sie wichtig sei erwerbstätig zu sein. Dem Menschen bedeutungsvolle Betätigungen und die Teilnahme am Alltagsleben zu ermöglichen, ist laut der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2011) das Ziel der Ergotherapie.

1.2 Problemstellung

„Fehlende transkulturelle* Kompetenz und mangelnde Sensibilisierung für die spezifischen Gesundheitsprobleme der Migrationsbevölkerung erschweren sowohl die medizinische Abklärung, als auch die Behandlung und beeinflussen zudem die Therapietreue.“ (BAG, 2008, S. 17). Dieses Zitat zeigt auf, dass die Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund noch zu wenig umfassend ist.

Sleptsova et al. (2009) erwähnen, dass es wenig Forschung zu kultursensitiven* Therapien für Klienten mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen gibt. Auch das folgende Zitat „Es mangelt an wissenschaftlich fundierten epidemiologischen Untersuchungen über chronische Schmerzstörungen bei Migranten.“ (Glier & Erim, 2004, S. 228) verdeutlicht, dass in diesem Bereich eine Wissenslücke vorhanden ist.

1.3 Persönlicher Bezug

Die Verfasserinnen wurden in den Praktika mit Migranten mit chronischen Schmerzen konfrontiert und erlebten die Therapieumsetzung als schwierig und die Interventionsmöglichkeiten als begrenzt. Kommunikationsschwierigkeiten, unterschiedliches Verständnis von Selbständigkeit oder passives Verhalten sind nur einige mögliche Faktoren, welche dem Erfolg der Therapie Grenzen setzten. Vielfach massen die Klienten dem Bereich der Arbeit eine hohe Wichtigkeit bei, hatten gleichzeitig aber Angst davor wieder arbeiten zu gehen. Aufgrund dieser Erfahrungen und der Problemstellung entstanden das Interesse an dieser Thematik sowie die Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

1.4 Fragestellung

Welche Faktoren sind in ergotherapeutischen Interventionen bei Personen im erwerbstätigen Alter mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen zu beachten?

1.5 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, anhand evidenzbasierter Literatur einen Überblick zum Thema Ergotherapie bei Personen mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen zu geben. Faktoren, welche die Therapie beeinflussen, werden herausgearbeitet und aufgeführt. Der Fokus soll dabei auf den Faktoren, welche die Erwerbstätigkeit der Klienten beeinflussen liegen. Mit Hilfe des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) von Townsend und Polatajko (2007) sollen die recherchierten Faktoren gegliedert und für die Praxis relevante Schlüsse gezogen werden. Das CMOP-E ist ein ergotherapeutisches Modell, das im Kapitel 2.2 erläutert wird. Das dazugehörige ergotherapeutische Prozessmodell Canadian Practice Process Framework (CPPF) nach Craik, Davis und Polatajko (2007) dient im Theorie-Praxis Transfer (Kapitel 4.4) dazu, die zu beachtenden Faktoren in den ergotherapeutischen Prozess einzuordnen. Das CPPF wird im Kapitel 2.2 genauer erläutert.

1.6 Begriffsdefinitionen

1.6.1 Faktoren

Unter Faktoren wird „etwas, was in einem bestimmten Zusammenhang bestimmte Auswirkungen hat; Umstand“ (Duden, 2012) verstanden. Demnach wird in der Literatur nach Umständen gesucht, die es zu beachten gilt, wenn die Phänomene Migration und chronischer Schmerz in der Ergotherapie bei Personen im erwerbstätigen Alter zusammentreffen.

1.6.2 Ergotherapeutische Intervention

Ergotherapeutische Interventionen beinhalten jegliche Arbeit und jeden Kontakt, die im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses nach dem CPPF stattfinden.

1.6.3 Person

Gemäss Duden (2012) wird unter einer Person ein menschliches Individuum verstanden, welches Träger eines einheitlichen und bewussten Ichs ist.

1.6.4 Personen im erwerbstätigen Alter

Das Bundesamt für Statistik (2012) führt auf, dass Personen ab 15 Jahren, die mindestens eine Stunde pro Woche gegen Entlohnung arbeiten oder unentgeltlich im Betrieb der Familie Arbeit leisten, erwerbstätig sind. Auch wenn die Person aufgrund von Krankheit, Ferien oder anderes temporär am Arbeitsplatz abwesend ist, aber die Arbeitsstelle weiterhin innehat, gilt sie als erwerbstätig (Bundesamt für Statistik, 2012). Das Rentenalter in der Schweiz beträgt bei den Frauen 64 Jahre und bei den Männern 65 Jahre (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013). Somit befinden sich nach den zwei Bundesämtern erwerbstätige Personen im Alter zwischen 15 und 64/ 65 Jahren.

1.6.5 Migrationshintergrund, Migration, Migrant

Die United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] definiert den Begriff Migration folgendermassen: “it is the crossing of the boundary of a political or

administrative unit for a certain minimum period of time. It includes the movement of refugees, displaced persons, uprooted people as well as economic migrants.” (UNESCO, 2012) Die Organisation macht einen Unterschied zwischen der inländischen Migration und der internationalen Migration. Letztere bedeutet die Umsiedelung von Personen zwischen Ländern. Diese Bachelorarbeit bezieht sich auf die internationale Migration. Die vorherrschenden Formen der Migration können anhand der Motive (wirtschaftlicher/ familiärer Grund, Flüchtling) oder dem legalen Status (irreguläre Migration, kontrollierte Emigration/ Immigration, freie Emigration/ Immigration) charakterisiert werden (UNESCO, 2012). Laut der UNESCO (2012) unterscheiden viele Länder in ihrer Migrationspolitik und der Statistik zwischen verschiedenen Kategorien. Aufgrund dieser verschiedenen vorherrschenden Variationen gibt es keine allgemeingültige Definition von Migration. Deshalb beschränkt sich diese Bachelorarbeit auf die Definition des Bundesamtes für Gesundheit (2008). Mit Personen mit Migrationshintergrund sind alle Personen gemeint, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Der Begriff umfasst explizit alle in der Schweiz wohnhaften Ausländer und Ausländerinnen der ersten und zweiten Generation sowie eingebürgerte Personen (BAG, 2008).

In den Hauptstudien werden verschiedene Begriffe für Migranten verwendet, wie beispielsweise Patienten mit ausländischer Herkunft. Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden in dieser Bachelorarbeit nur die Begriffe Migrant oder Person mit Migrationshintergrund benützt. Ausserdem werden einheimische* Personen und Personen ohne Migrationshintergrund als Synonym verwendet.

1.6.6 Chronischer Schmerz

Merskey und Bogduk (1994) definierten Schmerz für die International Association for the Study of Pain [IASP] folgendermassen:

“An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“

Weiter umfasst die Definition der IASP (2011), dass Schmerz stets eine subjektive Empfindung ist. Der Begriff Schmerz erhält im Laufe des Lebens für jede Person eine individuelle Bedeutung, je nach bisher gemachten Erfahrungen (IASP, 2011). Schmerz kann in einer oder mehreren Regionen des Körpers wahrgenommen werden. Empfinden Men-

schen Schmerzen, obwohl keine Gewebsverletzung beziehungsweise pathophysiologische* Ursache vorhanden ist, stehen psychologische Gründe im Vordergrund (IASP, 2011).

Nach Bonica (1953, zit. nach IASP, 2011) ist Schmerz chronisch, wenn er anhält, obschon die natürliche Heilungsphase einer Gewebsverletzung abgeschlossen ist. Weiter sagt er, dass die Heilungsphase weniger als einen Monat oder häufig bis hin zu länger als 6 Monaten dauern kann.

In der Literatur sind unterschiedliche Definitionen chronischen Schmerzes zu finden. Es gibt Quellen, welche ihn aufgrund einer Zeitdauer definieren. Die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes [SGSS] (2013) beispielsweise definiert Schmerz, der länger als drei Monate anhält und immer wiederkehrt als chronisch. Für die Forschung wird oft eine zeitliche Definition (Schmerz der länger als sechs Monate dauert) bevorzugt (Bonica, 1953, zit. nach IASP, 2011).

In einer späteren Publikation kritisiert Bonica (1990) diese zeitliche Definition:

„Although some clinicians use the arbitrary figure of 6 month to designate pain as chronic, this is not appropriate because many acute diseases or injuries heal in 2 or 3 or 4 weeks, and at most 6 weeks. In such conditions, if pain is still present a month after cure have been achieved it must be considered chronic.“ (S. 180)

Die IASP ist eine internationale Vereinigung, die sich intensiv mit dem Thema chronische Schmerzen auseinandersetzt. Deshalb verwendet diese Bachelorarbeit die Definition der IASP.

1.7 Abgrenzung

Die zwei Themen Migration und chronische Schmerzen weisen eine hohe Komplexität auf und können im Rahmen einer Bachelorarbeit nicht vollständig behandelt werden.

Die Bachelorarbeit zeigt Faktoren auf, die im gesamten ergotherapeutischen Prozess zu beachten sind und beschränkt sich nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt im CPPF.

Die Verfasserinnen legen den Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen und beschränken sich nicht auf eine spezifische Ethnie*.

Die Bachelorarbeit befasst sich lediglich mit chronischen, nicht malignen* Schmerzen. Krebserkrankungen, AIDS und rheumatische Erkrankungen werden ausgeschlossen. Zum

Rheumatismus gehören über 200 Erkrankungen, welche ihre Ursache meist in Abnützungen, Entzündungen und Erkrankungen an den verschiedenen Strukturen wie Knochen, Gelenken, Sehnen, Muskeln und Bändern haben (Rheumaliga Schweiz, n.d.). Die einzige rheumatische Erkrankung, welche in die Bachelorarbeit einbezogen wird, ist die Fibromyalgie. Sie ist durch das Auftreten von chronischen, nicht genau zuordenbaren Schmerzen, Ermüdung, Depressionen und vielen anderen Beschwerden gekennzeichnet (Rheumaliga Schweiz, n.d.). Als mögliche Ursache nennt die Rheumaliga Schweiz eine „somatoforme* Störung der Schmerzwahrnehmung“ (n.d.).

2 Theoretischer Hauptteil

2.1 Theoretischer Hintergrund

2.1.1 Migration und Gesundheit

Die World Health Organisation [WHO] verfasste 1946 die wohl bekannteste Definition des Begriffes Gesundheit: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ Diese Definition gilt weltweit und für alle Menschen. Gesundheit ist ein Zustand, welcher von vielen verschiedenen Faktoren abhängig ist. Menschen mit Migrationshintergrund sind dabei anderen Faktoren und Einflüssen ausgesetzt als Personen, die nicht migriert sind (Weiss, 2005). Um die Problematik Migration und chronische Schmerzen differenziert betrachten zu können, ist es sinnvoll sich mit dem Gesundheitszustand von Migranten zu befassen. Aus der Literatur ist bekannt, dass Menschen mit Migrationshintergrund ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter einschätzen als die einheimische Bevölkerung (Bhurga & Becker, 2005; Taloyan, Sundquist & Al-Windi, 2008). Tatsache ist, dass Menschen, die als Migranten in einem für sie fremden Land leben, belastenden Lebensbedingungen ausgesetzt sind (Weiss, 2005).

Schenk (2007) weist darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit sehr komplex und multifaktoriell ist. Es existieren verschiedene Modelle in welchen potentielle Einflussfaktoren benannt werden. Ein einzelnes, explizit formuliertes Erklärungsmodell ist jedoch nicht vorhanden (Razum, 2007). Im Folgenden wird ein Erklärungs- und Analysemodell nach Schenk (2007) vorgestellt, welches versucht, bisher bestehende Modelle zu integrieren und den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit aufzuzeigen.

Schenk (2007) erläutert acht verschiedene Dimensionen*, welche spezifisch bei Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden sind und Unterschiede des Gesundheitszustandes erklären. Diese Dimensionen werden in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1. Migration und Gesundheit - Erklärungsmodell nach Schenk (2007)

Dimension	Beschreibung
1. „Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland“ (Schenk, 2007, S. 93)	Dies umfasst die Umwelt- und Lebensbedingungen, den Lebensstil, die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland, sowie die Gründe für die Migration.
2. Das Migrationsereignis selbst	Die Migration ist ein kritisches Lebensereignis, welches hohe Orientierungs- und Anpassungsanforderungen beinhaltet.
3. Die soziale Situation	Bei Migranten ist diese geprägt von Unterschichtung, beruflichen Abstiegsprozessen, höherer Erwerbslosigkeit und ungleichen Bildungschancen. Zusammengefasst kann bei Migranten oft von einem niedrigeren sozioökonomischen* Status gesprochen werden. Auch allfällige Segregations-tendenzen* lassen sich bei der sozialen Situation zuordnen.
4. Die rechtliche Lage	Ein unsicherer Aufenthaltsstatus beinhaltet beispielsweise eine hohe psychosoziale Belastung.
5. Ethnische Zugehörigkeit	Diese kann negative (zum Beispiel bei Diskriminierung) oder positive (Zusammengehörigkeitsgefühl) Auswirkungen haben.
6. Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung	Sprachliche Barrieren, fehlende Informationen über mögliche medizinische Versorgung, sowie fehlendes Vertrauen in den öffentlichen Dienst erschweren die medizinische Grundversorgung der Migranten.
7. Gesundheitsverhalten	Kultur prägt das Verhalten, welches wiederum die Gesundheit (Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und anderes) beeinflusst.

8. Bewältigung des Migrationsprozesses
- Ob die Migration letztendlich die Gesundheit negativ beeinflusst, hängt wesentlich von personellen, familiären und sozialen Ressourcen und Schwächen ab. Diese beinhalten zum Beispiel das Selbstwertgefühl einer Person, die Selbstwirksamkeit*, die Kontrollüberzeugung*, kognitive Fähigkeiten, die soziale Kompetenz, das Familienklima sowie inner- und ausserfamiliäre Unterstützung.
-

Die genannten acht Dimensionen beeinflussen sich teilweise gegenseitig (Schenk, 2006). Das Modell liefert einen Erklärungsansatz, weshalb sich die Gesundheit von Migranten und einheimischen Personen unterscheiden kann. Es ist jedoch nicht bei allen Menschen mit Migrationshintergrund anwendbar, da Migranten eine sehr heterogene* Gruppe bilden (Schenk, 2007).

Fakten aus der Schweiz

Das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz hat sich 2010 mit einer grossangelegten Umfrage eingehend mit der Thematik Migration und Gesundheit befasst (BAG, 2012). Der folgende Abschnitt beinhaltet einige Ergebnisse dieses Monitorings.

Migranten schätzen ihren Gesundheitszustand allgemein schlechter ein als einheimische Personen. Dieses subjektive Empfinden ist bei den Frauen stärker ausgeprägt und steigt mit zunehmendem Alter. Die psychische und physische Gesundheit der Migranten wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Je höher das Ausbildungsniveau, desto besser ist der Gesundheitszustand. Auch die soziale Unterstützung durch Familie und Freunde spielt bei Menschen mit Migrationshintergrund eine besonders wichtige Rolle und beeinflusst die Gesundheit positiv. Eine weitere, bei den Migranten besonders ausgeprägte Beeinflussung stellt die Kontrollüberzeugung dar. Zusätzlich ist die Arbeit ein relevanter Faktor, erwerbstätige Leute sind insgesamt bei besserer Gesundheit als arbeitslose Menschen. Die aufgezählten Punkte haben auch Einfluss auf die Gesundheit von Personen ohne Migrationshintergrund.

Die Umfrage erwähnt neben diesen Punkten auch migrationsspezifische Faktoren „die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können: Sprachkompetenzen, Diskriminierungs-

erfahrungen in der Schweiz, Gewalterfahrungen im Herkunftsland sowie die Aufenthaltsdauer in der Schweiz.“ (BAG, 2012, S. 21)

Zusammengefasst ist Migration ein nicht zu unterschätzender Faktor, der die physische und psychische Gesundheit beeinflusst. Das Phänomen und der Prozess der Migration an sich beinhaltet viele Stressoren (Weiss, 2005).

2.1.2 Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Migration

Erwerbstätigkeit hat verschiedene Funktionen. Einerseits wird damit Geld verdient, um für den Lebensunterhalt aufkommen zu können. Andererseits spielen auch psychologische und psychosoziale Aspekte eine wesentliche Rolle (Steier-Mecklenburg, 2008). Eine geregelte Arbeit bietet dem Arbeitenden eine Tagesstrukturierung und das Pflegen sozialer Kontakte ausserhalb der Familie (Steier-Mecklenburg, 2008). Auch die kollektive* Zusammenarbeit und Zusammengehörigkeit, die Festigung und Findung der eigenen Identität sowie das aktive Betätigen werden durch die Arbeit ermöglicht. Somit kann Arbeit gesundheitsfördernde und integrierende Funktionen haben. Arbeitslosigkeit oder belastende Arbeitsbedingungen jedoch können krankheitsfördernde und ausgrenzende Folgen haben (Steier-Mecklenburg, 2008).

Für Migranten hat die Erwerbstätigkeit einen hohen Stellenwert (Sleptsova et al., 2009). Viele Menschen migrieren aufgrund mangelnder wirtschaftlicher Perspektiven im Heimatland (BFM, 2011). Die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich wird vom BFM (2011) als die treibende Kraft in der globalen Migration bezeichnet.

Migration ist mit neuen Arbeitsmöglichkeiten verbunden, oftmals gelingt jedoch der gewünschte gesellschaftliche Aufstieg nicht (Weiss, 2005). Hohe Anforderungen, ausgehend von modernen Arbeitsplätzen, und ungewohnte Arbeitsbedingungen erschweren die Erwerbstätigkeit. Laut Weiss (2005) übernehmen Migranten oft schlechter bezahlte, sozial wenig angesehene und belastende Arbeiten. Diese Bedingungen können den Gesundheitszustand beeinflussen (Weiss, 2005). Berthoud (2012) schreibt in einem Bericht des Schweizerischen Roten Kreuzes, dass häufig gut qualifizierte Migranten in der Schweiz ihren gelernten Beruf nicht ausüben können, da ihre Ausbildung nicht anerkannt wird. Migranten sind somit häufig gezwungen in einer niedrigen qualifizierten Branche zu arbeiten. Dies führt laut Berthoud (2012) zu einem Statusverlust und stellt eine zusätzliche Belastung dar.

In einem Bericht von 2008 geht das BAG genauer auf die Faktoren Arbeit und Gesundheit bei Migranten ein. Darin wird erwähnt, dass der gesellschaftliche und soziale Status die Gesundheit der Migrationsbevölkerung stark beeinflusst. Migranten arbeiten häufiger in konjunkturabhängigen* Branchen*, in welchen sie einem erhöhten Arbeitslosenrisiko ausgesetzt sind (BAG, 2008). Zudem belasten oft strenge körperliche Arbeit sowie unregelmässige Arbeitszeiten die Arbeitnehmer. Des Weiteren ist das Bildungsniveau allgemein niedriger und die Arbeitslosenquote höher. Dies begünstigt die Tatsache, dass Migranten häufiger von Armut betroffen, beziehungsweise bedroht sind (BAG, 2008). „Solche Arbeitsbedingungen wirken sich nicht selten ungünstig auf die Gesundheit aus.“ (BAG, 2008, S.15)

Kirchner (2011) beleuchtet die Problematik von wenig, beziehungsweise schlecht ausgebildeten Menschen, die aufgrund der Arbeitssituation migrieren. Deren grösste Ressource ist oftmals die Fähigkeit, schwere körperliche Arbeit zu leisten. Ein gesunder Körper bedeutet somit Arbeit und Verdienst, dies wiederum kann die Aufenthaltsbewilligung beeinflussen. Wichtig für Menschen mit Migrationshintergrund ist oftmals auch die finanzielle Unterstützung, die sie der Familie im Heimatland bieten können (Kirchner, 2011). Krankheit und insbesondere unerklärbare und undefinierbare Schmerzen lösen folglich Ängste und Befürchtungen aus.

2.1.3 Chronische Schmerzen

In der Medizin wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden (Bach, 2006). Akuter Schmerz hat für den Organismus eine wichtige Funktion. Er dient als Warnfunktion, indem er auf eine tatsächliche oder potentielle Gewebsschädigung hinweist (Bach, 2006). Er wird üblicherweise somatisch-nozizeptiv* ausgelöst. Laut Bach (2006) verliert der Schmerz, sobald er chronisch wird, seine Warnfunktion und kann zu einer eigenständigen Erkrankung werden. Dies geschieht aufgrund Chronifizierungsvorgängen, welche auf somatischer und psychosozialer Ebene stattfinden. Der Schmerz verselbständigt sich und ist nicht mehr eine Folgeerscheinung einer Verletzung oder Krankheit (Bach, 2006). Der chronische Schmerz ist ein umfassendes Phänomen, an welchem biologische, psychologische und soziale Aspekte beteiligt sind (Bach, 2006). Während bei akutem Schmerz in erster Linie die somatischen Faktoren wichtig sind, spielen bei chronischen Schmerzen auch psychosoziale Aspekte und der Umgang mit dem Schmerz eine zentrale

Rolle (Bach, 2006). Die SGSS (2013) formuliert dies folgendermassen: Chronische Schmerzen „können zwar die dauerhafte Schädigung eines Organs reflektieren, oft löst sich aber das Schmerzerlebnis von der ursprünglich zugrundeliegenden Schädigung, und es kommt langfristig zu physiologischen und psychischen Veränderungen des Schmerzerlebens.“ (SGSS, 2013)

Chronifizierungsfaktoren

Doch wann und weshalb kann sich akuter Schmerz zu chronischem Schmerz entwickeln? Es gibt Faktoren, die den Übergang von akut zu chronisch, also die Chronifizierung von Schmerz begünstigen. Im folgenden Abschnitt werden diese Faktoren erläutert. Laut Tölle und Berthele (2004) sind nicht nur somatische Faktoren am Prozess der Chronifizierung beteiligt, sondern zu einem grossen Mass auch psychosoziale Faktoren. Zu den biologischen Mechanismen gibt es verschiedene Erklärungstheorien, welche die Schmerzchronifizierung unabhängig von Migrationshintergrund beschreiben (Tölle & Berthele, 2004). Für diese Bachelorarbeit besonders interessant sind die psychologischen Mechanismen der Chronifizierung. Diese sind, im Gegensatz zu den biologischen Mechanismen, stark kontextabhängig* (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Deshalb werden in dieser Bachelorarbeit die biologischen Aspekte nicht genauer erläutert.

Auf der psychischen Ebene werden eine Vielzahl von Faktoren genannt, welche den Übergang von akutem zu chronischem Schmerz begünstigen können. Sie werden laut Hasenbring und Pfingsten (2004) in drei Bereiche unterteilt. Diese sind emotionale Stimmung, schmerzbezogene Kognitionen* und Schmerzbewältigung.

Im Bereich der emotionalen Stimmung begünstigt insbesondere eine vorherrschende depressive Stimmungslage eine Chronifizierung. Eine solche Stimmungslage kann Folge von Belastungen im beruflichen oder privaten Alltag, anhaltender körperlicher oder mentaler Überforderung, einem vorausgehenden lebensverändernden Ereignis oder bereits bestehenden Schmerzen mit einer ungünstigen Schmerzbewältigung sein (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Laut den Autoren gehören auch ängstliche Persönlichkeiten zu der Gruppe mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko.

Auf der kognitiven Ebene ist ein Faktor die aktuelle schmerzbezogene Selbstverbalisation (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Diese beinhaltet eine Überbewertung des Schmerzerlebens mit Katastrophisieren* oder Bagatellisieren* (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Ein weiterer Faktor beinhaltet allgemeine Überzeugungshaltungen, die den Schmerz betreffen

und welche Verhaltenskonsequenzen nach sich ziehen (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Als Beispiel dient hier das bewusste Verzicht auf Bewegung und aktives Handeln, da die Angst besteht, dass die Schmerzen dadurch schlimmer werden. Laut den Autoren erwartet die betroffene Person einen ungünstigen Verlauf ihres Schmerzleidens und keine Wiedererlangung der ursprünglichen Funktionskapazität. Die Selbstwirksamkeit ist gering (Hasenbring & Pfingsten, 2004).

Der dritte Bereich ist die verhaltensbezogene Schmerzbewältigung, auch Coping-Strategien genannt. Tendiert jemand zu einem passiven Vermeidungsverhalten, wirkt dies auf lange Sicht kontraproduktiv (Hasenbring & Pfingsten, 2004). Einerseits werden körperliche Aktivitäten vermieden, andererseits auch soziale. Dieses Vermeidungsverhalten kann laut den Autoren wiederum eine depressive Verstimmung begünstigen. Nach Hasenbring und Pfingsten (2004) kann eine Schmerzchronifizierung auch bei Menschen auftreten, welche trotz Schmerzen weiterhin Aktivitäten durchführen und mit Durchhaltestrategien arbeiten. Auch dies ist laut den Autoren kein adäquates Schmerzmanagement.

Des Weiteren beeinflusst die Art der Kommunikation der Schmerzen den Chronifizierungsprozess. Wer Schmerzen ausgesprochen stark über die Mimik, Gestik, Körperhaltung der Umgebung signalisiert, entwickelt eher langfristig wiederkehrende und anhaltende Schmerzen (Hasenbring & Pfingsten, 2004).

Weitere zu erwähnende Faktoren sind vermehrter Medikamentengebrauch und Kommunikationsprobleme mit dem Arzt (Hasenbring & Pfingsten, 2004).

Prävalenz* von chronischem Schmerz

Chronische Schmerzen können bei jeder Person auftreten. Es gibt jedoch Korrelationen, welche das Auftreten von chronischem Schmerz begünstigen. Zum einen wurden in der Literatur der sozioökonomische sowie der soziodemographische Status und die Prävalenz von chronischem Schmerz untersucht. Ältere Menschen sind häufiger von chronischen Schmerzen betroffen (Leadley, Armstrong, Lee, Allen & Kleijnen, 2012; Saastamoinen, Laaksonen, Leino-Arjas & Lahelma, 2008). Je niedriger ausserdem der Grad der Bildung ist, desto häufiger treten chronische Schmerzen auf. Menschen, die in niedriger bezahlten Berufsgruppen tätig sind, weisen eine erhöhte Prävalenz für chronische Schmerzen auf. Beispielsweise sind Handwerker häufiger davon betroffen als Manager (Saastamoinen et al., 2008).

Kurita, Sjøgren, Juel, Højsted und Ekholm (2012) stellten fest, dass Menschen, die migrierten und die keinen westlichen Hintergrund haben, vermehrt von chronischen Schmerzen betroffen sind als die einheimisch dänische Bevölkerung. Zudem empfinden sie den Schmerz bezüglich der Intensität stärker und ausstrahlender (Kurita et al., 2012). In der Literatur wird mehrfach die Tatsache erwähnt, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund der chronische Schmerz ein weit verbreitetes Krankheitsbild ist (Allison et al., 2002; Kavuk et al., 2006; Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger & Nilges, 2010).

2.2 Theoretische Grundlage

Um den Theorie-Praxis Transfer zu gewährleisten werden die recherchierten Faktoren in ein ergotherapeutisches Modell eingeordnet. In dieser Profession existieren mehrere Modelle, wobei sich die Verfasserinnen für jenes der kanadischen Vereinigung der Ergotherapeuten (Canadian Association of Occupational Therapists, [CAOT]) entschieden haben. Es definiert anhand einer übersichtlichen Grafik den Gegenstandsbereich der Ergotherapie und ermöglicht eine Zuordnung der Faktoren.

2.2.1 Einführung in das ergotherapeutische Modell

Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) ist die 2007 publizierte Weiterentwicklung des 1997 veröffentlichten Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (Polatajko et al., 2007). Das CMOP ist ein international bekanntes und bewährtes ergotherapeutisches Modell (Polatajko et al., 2007).

Im folgenden Abschnitt wird zuerst auf das Ursprungsmodell CMOP eingegangen, welches in Abbildung 1 auf der linken Seite zu sehen ist. Danach wird die Erweiterung (CMOP-E) erläutert, die auf der Abbildung 1 rechts dargestellt wird.

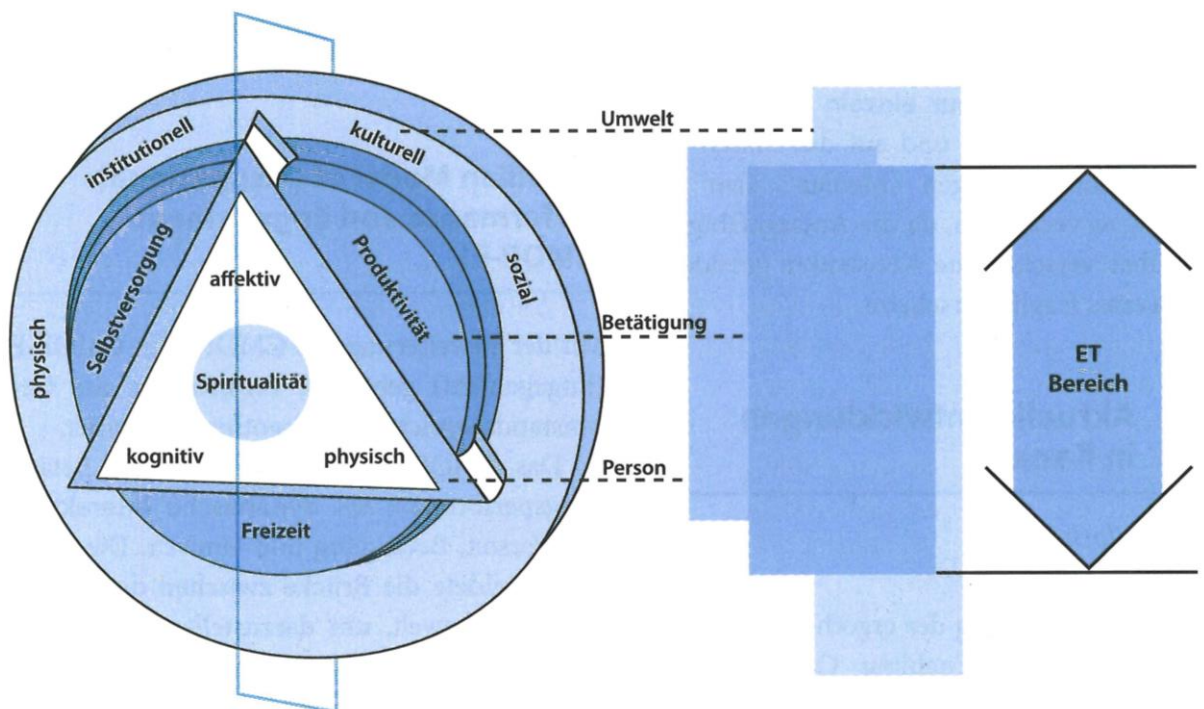


Abbildung 1. Canadian Model of Performance and Engagement (CMOP-E) nach Polatajko et al. (2007).

Die CAOT (1997) geht davon aus, dass Betätigung essentiell ist, Sinn in das menschliche Leben bringt und zur Förderung der Lebensqualität und Gesundheit beiträgt. Deshalb legt das CMOP nach Polatajko et al. (2007) den Fokus auf die Betätigungsperformanz* („occupational performance“), die sich aus der dynamischen Interaktion zwischen der Person, deren Betätigungen und der Umwelt, in der sie ausgeführt wird, ergibt.

Diese drei Konstrukte - Person, Betätigung und Umwelt - werden in der grafischen Darstellung des Modells ersichtlich.

Die Person wird in affektive, kognitive und physische Komponenten gegliedert, welche die alltäglichen Betätigungen beeinflussen (Polatajko et al., 2007). Die affektiven Komponenten beinhalten sowohl soziale als auch emotionale Aspekte. Die kognitive Komponente schliesst alle geistigen Funktionen, wie Kognition, Intellekt, Konzentration, Gedächtnis und Beurteilung ein (Law et al., 2009 b). Die physische Komponente gliedert sich in sensorische und motorische Funktionen (Law et al., 2009 b). Das zentrale Element der Person stellt die Spiritualität dar, die nach CAOT (1997) als der persönliche innere Anteil einer Person beschrieben wird, der diese motiviert, die alltäglichen Aktivitäten im Leben durchzuführen.

Nach Polatajko et al. (2007) findet Betätigung in allen Lebensbereichen statt. Der Bereich Umwelt wird im Modell in die physische, soziale, institutionelle und kulturelle Umwelt aufgeteilt (Polatajko et al., 2007).

Die physische Umwelt beinhaltet natürliche und erschaffene Konstrukte, in welchen Aktivitäten stattfinden (Law et al., 2009 b). Die natürliche physische Umwelt bezieht sich auf alle natürlichen Objekte, auf lebende und nicht lebende (Polatajko et al., 2007). Die Autoren führen auf, dass Betätigung durch die natürliche Umwelt beeinflusst wird. Zum Beispiel kann das Tageslicht den Zeitpunkt oder die Art der Ausführung der Aktivität beeinflussen. Die erschaffene physische Umwelt beinhaltet alle hergestellten Sachen, wie Gebäude, Produkte, Technologien und ähnliches (Polatajko et al., 2007).

Die soziale Umwelt ist komplex und dynamisch. Sie beinhaltet soziale Interaktionen / Beziehungen im Alltag und soziale sowie individuelle Strukturen, wie beispielsweise die Familie oder eine Arbeitsgruppe. Auch soziale Strukturen, wie zum Beispiel die Politik oder die Organisation von Institutionen, gehören zur sozialen Umwelt.

Die institutionelle Umwelt besteht nach Polatajko et al. (2007) aus wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Institutionen. Sie ist komplex und spiegelt die Verteilung der Ressourcen, die Werte und Ideale der Gesellschaft wider.

Im Alltag gibt es verschiedenste Bereiche, die von der Kultur geprägt und beeinflusst werden, zum Beispiel die Gemeinschaft, das Land, das soziale Geschlecht, Alter, Grösse, Hautfarbe, Erfahrungen, Religionszugehörigkeit, soziale Beziehungen und weitere.

Die Brücke zwischen Person und Umwelt stellt die Betätigung dar (Polatajko et al., 2007). Damit wird verdeutlicht, dass die Person immer umweltbezogen handelt.

Polatajko et al. (2007) teilen Betätigungen in drei Bereiche ein, namentlich Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.

Die Selbstversorgung schliesst nach Law et al. (2009 b) die Versorgung von sich selber, die eigene Mobilität, sowie die Regelung persönlicher Angelegenheiten ein. Produktivität beinhaltet (un)bezahlte Arbeit, Haushaltsführung, Spiel und Schule, während Freizeit ruhige und aktive Erholung und soziale Aktivitäten bedeutet (Law et al., 2009 b).

Polatajko et al. (2007) ergänzten das Grundkonzept der Betätigungsperformanz zehn Jahre später mit einer weiteren Komponente, namentlich dem „Engagement“. Nach der Houghton Mifflin Company bedeutet engage „involve oneself or become occupied; participate“ (2004, zit. nach Polatajko et al., 2007, S. 24). Mit dieser Erweiterung wurde der Bereich der Ergotherapie bezüglich der Betätigung präzisiert (Polatajko et al., 2007). In Abbildung 1 wird ersichtlich, dass sich der Fokus der Ergotherapie nunmehr auf die Teile richtet, welche sich mit der Betätigung überschneiden.

“Occupational therapy is the art and science of enabling engagement in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being; and of enabling a just and inclusive society so that all people may participate to their potential in the daily occupations of life.” (Polatajko et al., 2007, S. 27).

In dieser Bachelorarbeit soll das CMOP-E dazu dienen, die Faktoren, welche die Therapie mit Migranten mit chronischen Schmerzen beeinflussen, in die verschiedenen Komponenten Person, Umwelt und Betätigung und deren entsprechenden Unterkategorien einzuordnen. Für diese Bachelorarbeit ist vor allem das Grundkonzept, das CMOP von Bedeutung,

da dort die verschiedenen Komponenten von Person, Umwelt und Betätigung aufgeführt sind. Damit die Aktualität dieser Bachelorarbeit gewährleistet ist, wurde die neuste Version des kanadischen Modells verwendet.

2.2.2 Das Prozessmodell

Diese Bachelorarbeit bezieht sich bezüglich des ergotherapeutischen Prozesses auf das Canadian Practice Process Framework (CPPF) nach Craik et al. (2007). Das CPPF ermöglicht evidenzbasierte und klientenzentrierte Therapie. Es ist zielorientiert und kann sowohl bei einzelnen Klienten als auch bei Gruppen angewendet werden.

Das CPPF gliedert den ergotherapeutischen Prozess der Evaluation, der Intervention und des Outcomes in acht Aktionspunkte (Craik et al., 2007). Jeder Aktionspunkt ist ein Prozessschritt, welcher eine abgeschlossene Aktion beinhaltet (Craik et al., 2007). Darauf folgt der nächste Aktionspunkt.

Die einzelnen Schritte sind in Abbildung 2 ersichtlich und werden in Tabelle 2 nach Davis, Craik und Polatajko (2007) erläutert.

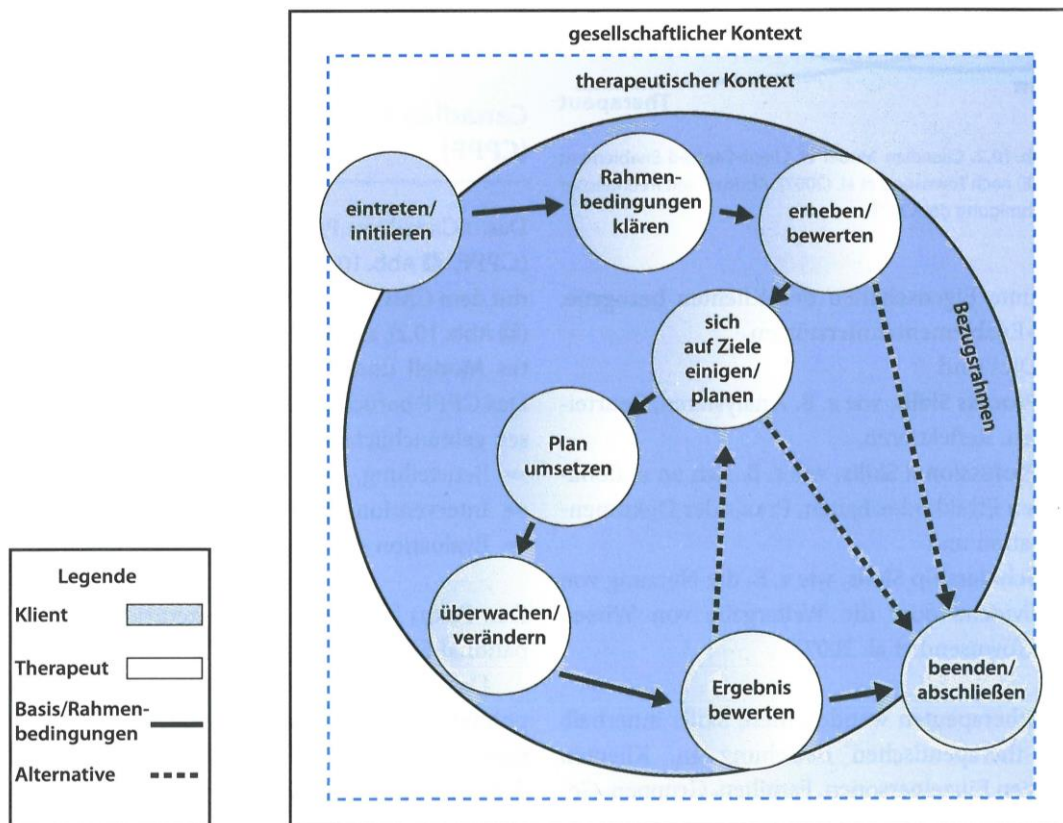


Abbildung 2. Canadian Practice Process Framework (CPPF) nach Polatajko et al. (2007).

Tabelle 2. Prozessschritte CPPF

Prozessschritt	Beschreibung
1. Eintreten/ Initieren	Mit der Erstbegegnung zwischen Klient und Therapeut wird der ergotherapeutische Prozess, aufgrund einer vorliegenden Verordnung und Betätigungsschwierigkeiten, begonnen. Eine positive Beziehung wird angestrebt, damit sich der Klient mit der Therapie einverstanden erklärt und der Prozess weitergeführt werden kann.
2. Rahmenbedingungen klären	Im zweiten Schritt beginnt die Zusammenarbeit, was in Abbildung 2 anhand der weissen Kreise ersichtlich ist. Bei einem Gespräch wird ermittelt, was die Wünsche, Erwartungen, Werte, Vorstellungen, Überzeugungen des Klienten sind und die Ziele werden identifiziert.
3. Erheben/ bewerten	Der Klient wird anhand von Tests, professioneller Beobachtungen und Fragebögen auf seine Betätigungsprobleme eingeschätzt. Diese können auf der Personen-, Umwelt- und/ oder der Betätigungsebene liegen. Aufgrund der erhobenen Assessments werden Empfehlungen gemacht. Der Klient kann die Therapie jederzeit abbrechen, was in Abbildung 2 mit einer gestrichelten Linie zum letzten Schritt dargestellt wird.
4. Sich auf Ziele einigen/ planen	Die Ergebnisse der gemachten Assessments werden in den Behandlungsplan einbezogen und in Zusammenarbeit mit dem Klienten Betätigungsziele festgelegt. Dabei werden zeitliche, räumliche, umweltbedingte und materielle Faktoren beachtet, welche die Rahmenbedingungen vorgeben.
5. Plan umsetzen	Der Behandlungsplan wird umgesetzt und ergotherapeutische Interventionen werden durchgeführt. Mögliche Beteiligte, wie Arbeitgeber oder Angehörige, werden, wenn notwendig, in den Prozess miteinbezogen (Law et al., 2009).
6. Überwachen/ verändern	Ein therapeutischer Prozess erfordert ständiges Überprüfen und allenfalls Anpassen der Ziele und des Behandlungsplans.
7. Ergebnis bewerten	Die Ziele werden in diesem Schritt erneut evaluiert und die zu Beginn gemachten Assessments wiederholt, um die Resultate vergleichen zu können. Sind die Ziele nicht erreicht, wird wieder bei Schritt 4 begonnen.

8. Beenden/ abschließen Im letzten Schritt des Prozessmodells wird in Absprache mit dem Klienten die Therapie abgeschlossen. Ein Abschluss- oder Übergabebericht wird verfasst.
-

Wie auf Abbildung 2 ersichtlich ist, besteht das Prozessmodell nicht nur aus den 8 Aktionspunkten, sondern beinhaltet drei weitere Elemente: den gesellschaftlichen Kontext, den therapeutischen Kontext und den Bezugsrahmen* (Craig et al., 2007). Klient und Therapeut befinden sich sowohl im gesellschaftlichen als auch im therapeutischen Kontext und arbeiten innerhalb eines Bezugsrahmens, wobei sich alle Bereiche gegenseitig beeinflussen.

2.3 Methodik

2.3.1 Vorgehen der Literatursuche

Die Herleitung der Fragestellung, die Begriffsklärungen sowie der theoretische Hintergrund im Kapitel 2.1 wurden mithilfe von Literatur beantwortet, die im NEBIS-Verbundkatalog, Google Scholar und den offiziellen Homepages der Bundesämter gesucht wurden. Dazu wurden relevante, in der Fragestellung enthaltene Begriffe verwendet. Die Beschreibung des ergotherapeutischen Modells im Kapitel 2.2 ist gestützt auf das Buch „Enabling Occupation II“ von Townsend und Polatajko (2007).

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde bis zum 19. März 2013 eine ausführliche Recherche in den Datenbanken Medline, CINAHL, Cochrane, PsycInfo, Ovid Nursing und OTseeker durchgeführt. Zudem wurde in relevanten Journals wie PAIN und WORK nach Primärliteratur gesucht.

Die verwendeten Keywords waren chronic pain, migration, (im)migrants, work, rehabilitation und occupational therapy. Eine Tabelle (Kapitel 7.2) mit den verwendeten Keywords, deren Synonymen und Schlagwörtern wurde erarbeitet. Trunkierungen, Bool'sche Operatoren sowie Schlagwörteruche wurden zur gezielten Literaturrecherche eingesetzt. So wurde zum Beispiel „migra****“ verwendet, damit migration, migrant(s), migration background auch in die Suche miteingeschlossen wurden. Die relevanten Keywords wurden systematisch mit AND verknüpft. Eine genaue Auflistung der Kombinationen und deren Treffer in den verschiedenen Datenbanken ist in der Tabelle 7.3 im Anhang zu finden. Die Kombination chronischer Schmerz, Migrationshintergrund und Ergotherapie ergab keine relevanten Treffer. Deshalb wurde zusätzlich nach Faktoren gesucht, die allgemein in der Behandlung von Migranten mit chronischen Schmerzen zu beachten sind. Bei geeigneten Artikeln wurde die Funktion „find similar“ oder „find citing articles“ genutzt, um nach weiterer Literatur zu suchen. Zusätzlich wurden die Referenzlisten von Studien nach relevanter Primärliteratur überprüft.

Um den Volltext einer passenden Studie zu erhalten, wurde der „Ovid Link Solver“ eingesetzt oder im Google Scholar danach gesucht. Falls der Volltext auf diesem Weg nicht gefunden wurde, wurden die Autoren per Mail kontaktiert.

2.3.2 Einschlusskriterien

Studien wurden, bevor sie genauer betrachtet wurden, auf die in Tabelle 3 aufgeführten Kriterien geprüft. Studien, welche aufgrund des Titels und des Abstracts relevant erschienen, wurden in die Matrix im Kapitel 7.4 eingeordnet. Anhand der Kriterien wurden fünf Studien ausgewählt, die im Ergebnisteil im Kapitel 3.1 aufgeführt werden. Alle Hauptstudien werden in einem Setting im Gesundheitswesen durchgeführt, jedoch ist keine davon spezifisch auf die Ergotherapie ausgerichtet. Zwei der fünf Hauptstudien befassen sich mit Menschen mit Migrationshintergrund, chronischen Schmerzen und deren Arbeitsrückkehr. Diese zwei Studien sind für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit am besten geeignet, da sie die Erwerbstätigkeit miteinschliessen. Die Hauptstudie von Sloots et al. (2010) wurde nicht wie die anderen mit den eingegebenen Keywords gefunden, sondern aufgrund der Referenzliste der Studie von Sloots, Dekker, Bartels, Geertzen und Dekker (2011). Der Artikel von Sleptsova et al. (2009) mit dem Titel „Migranten empfinden Schmerz anders“ war passend für die Beantwortung der Fragestellung. Durch Mailkontakt konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der Artikel noch nicht verfügbar ist, da dieser zur Publikation in einem Journal eingereicht ist.

Die qualitativen beziehungsweise quantitativen Hauptstudien wurden nach Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) beziehungsweise Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) beurteilt. Diese ausführliche Studienbeurteilung ist im Anhang im Kapitel 7.5 zu finden.

Tabelle 3. Einschlusskriterien

Kategorie	Inhalt
Erscheinungsjahr	Die Studie wurde im Jahr 1999 oder später publiziert.
Sprache	Die Studie ist in englischer oder deutscher Sprache verfasst.
Keywords	Die Studie enthält mindestens je ein Schlüsselwort zu Migration und chronischen Schmerzen. Vorzugsweise weist die Studie noch ein drittes Schlüsselwort zum Thema Ergotherapie, Rehabilitation oder Arbeit auf.
Teilnehmer	Teilnehmer leiden an chronischen, nicht malignen Schmerzen und haben einen Migrationshintergrund.
Krankheitsbild	Chronische nicht maligne Schmerzen sind ein Hauptaspekt der Studie.
Erhobene Daten	Die erhobenen Daten weisen Faktoren auf, welche bei der Behandlung von Migranten mit chronischen Schmerzen zu beachten sind.

Übertragbarkeit in die Schweiz	Studien werden in einem industrialisierten Land durchgeführt.
Übertragbarkeit in die Ergotherapie	Wird die Studie nicht von Ergotherapeuten durchgeführt, können die Inhalte gut auf die Ergotherapie übertragen werden.
Übertragbarkeit auf Personen mit Migrationshintergrund	Es werden Studien bevorzugt, welche allgemein auf Migranten eingehen und sich nicht auf eine spezifische Ethnie konzentrieren.

3 Ergebnisse

3.1 Zusammenfassung der Hauptstudien

Die folgenden Beschreibungen der Hauptstudien sollen dem Leser einen Überblick über die Ziele, die Resultate, die Limitationen und die Relevanz für diese Bachelorarbeit bieten.

Hauptstudie 1

Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3- year follow up

Norrefalk, Ekholm und Borg (2006) formulierten die Frage, ob ein strukturiertes, interdisziplinäres, arbeitsfokussiertes Rehabilitationsprogramm für Migranten angepasst werden kann, damit diese genauso profitieren wie einheimische, schwedische Patienten. Das Ziel der Studie war es demnach, die Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach einem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm bezüglich der Arbeitsplatzrückkehrquote, der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, dem Aktivitätslevel, der wahrgenommenen Schmerzintensität und dem Medikamentengebrauch festzustellen. Zwei Gruppen wurden miteinander verglichen, wobei eine Gruppe aus 30 Migranten und die andere aus 37 schwedischen Einheimischen bestand. Die Migranten waren bei Studiendurchführung in Schweden wohnhaft, wurden aber in einem anderen Land geboren und Schwedisch war nicht ihre Muttersprache. Alle Teilnehmer litten an anhaltenden nicht-malignen Schmerzen und waren seit längerer Zeit krankgeschrieben (der Mittelwert beträgt 22 Monate). Sie besuchten dasselbe achtwöchige Rehabilitationsprogramm in Stockholm und nahmen an einem ein- und drei Jahres Follow-up teil. Das Programm bestand aus einer Kombination aus Informationsweitergabe, sozialem-, physischem- und ergonomischem Training sowie psychologischen Interventionen basierend auf der Verhaltenstherapie.

Die Studie wurde anhand eines Kohortendesigns durchgeführt. Die Daten, zu den im Ziel erwähnten Themen, wurden anhand von Telefoninterviews und Fragebögen erhoben.

Resultate

- Das Bildungsniveau war bei den Migranten niedriger im Vergleich zu den Personen ohne Migrationshintergrund

- Die Fähigkeit wieder arbeiten gehen zu können, schätzen die Migranten signifikant schwerer ein als einheimische Personen ($p=0,023$).
- Bei der Arbeitsplatzrückkehrquote gab es weder beim ein- noch beim drei Jahres Follow-up statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.
- Das wahrgenommene Aktivitätslevel war bei der Migranten Gruppe signifikant tiefer als bei den einheimischen Personen ($p=0.011$).
- Die Schmerzintensität wurde zu Beginn des Programms ($p=0.002$) und beim drei Jahres Follow-up ($p=0.016$) von den Personen mit Migrationshintergrund signifikant höher wahrgenommen als von den einheimischen Personen.

Die Autoren führen aufgrund der Resultate auf, dass Migranten von einem strukturierten, intensiven, arbeitsbezogenen, interdisziplinärem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit gleich viel profitieren können, wie einheimische Personen, obwohl vorhergehende Studien das Gegenteil bewiesen.

Limitationen

Die Studie weist einige Schwächen auf, welche von den Autoren genannt wurden. Die Migranten Gruppe war heterogen, die andere Gruppe war sehr homogen. Dies schränkt die Vergleichbarkeit ein. Ausserdem variierte der Schmerzmittelkonsum während den Follow-ups. Dies beeinflusste nach den Verfasserinnen die Schmerzwahrnehmung. Ausserdem war die Teilnehmeranzahl nach Einschätzung der Verfasserinnen relativ klein, die Autoren diskutieren diesen Umstand aber nicht. Es wurden keine Vorschläge für die Praxis aufgeführt.

Relevanz für diese Bachelorarbeit

Diese Studie führte auf, in welchen Bereichen chronische Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund von einem Rehabilitationsprogramm profitieren können. Sie integriert die Thematiken Migration, chronischer Schmerz und Arbeit, was für diese Bachelorarbeit relevant ist. Die Studie eignet sich als Hauptstudie, da sie chronische Schmerzen und den Begriff Migration nach den Kriterien dieser Bachelorarbeit definiert.

Hauptstudie 2

Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long term sick leave

Die Studie von Lövfander (1999) hatte zum Ziel, die Einstellung gegenüber dem Schmerz und der Arbeitsrückkehr bei jungen Migranten herauszufinden. Speziell beachtet wurden Faktoren, welche den Rehabilitationsprozess beeinflussen.

Sie wurde im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms für zu dem Zeitpunkt krankgeschriebene Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen durchgeführt. Die 26 Teilnehmer der Studie waren zwischen 16 und 45 Jahren alt und seit mehr als sechs Wochen krankgeschrieben. Die Studie schliesst Teilnehmer mit muskuloskeletalen oder unpräzisem chronischem Schmerz ein. Es handelt sich um Migranten der ersten Generation.

Es wurde das Mixed-Methods Design* verwendet. Zuerst wurden die Teilnehmer qualitativ mithilfe halbstrukturierter Interviews zu verschiedenen Thematiken befragt. Die Antworten wurden aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Ausgewertet wurden die Daten, indem die Antworten geordnet, interpretiert und danach kategorisiert wurden. Die Arbeitsplatzrückkehrquote wurde quantitativ mittels Fragebogen bei einem drei- und einem acht monatigem Follow-up erhoben.

Resultate

- Der Schmerz: Viele Teilnehmer beklagten diffuse und unspezifische Schulter- oder Rückenschmerzen.
- Bedeutung des Schmerzes: Die Hälfte der Teilnehmer dachte, der Schmerz bedeute, dass eine Störung/ Verletzung vorliegt (Knochenverletzung). Die anderen hatten keine Idee, sie antworteten auf diese Frage mit "Weiss nicht", "es gibt keine Erklärung".
- Schmerzätiologie*: Die Hälfte der Studienteilnehmer nahm an, dass der Schmerz arbeitsbedingt war. Als weitere Gründe wurden Gott, Allah oder das Schicksal genannt.
- Behandlungen: Die bevorzugte Behandlung war das tagsüber "Im-Bett-bleiben" und/ oder Massagen. Viele Teilnehmer waren skeptisch gegenüber Schmerzmitteln und der Physiotherapie.

- Zukunftserwartungen: Es bildeten sich zwei Gruppen, Gruppe I zeigte ein pessimistisches Denken, sie erwarteten eine Verschlechterung in der Zukunft, bis hin zu frühzeitigem Sterben aufgrund der Schmerzen. Gruppe II gab sich optimistisch-schicksalsergeben. Diese Teilnehmer nehmen an, dass die Zukunft unvorhersehbar ist und es ihnen möglicherweise bald besser gehen wird. Gruppe I möchte den Grund für den Schmerz kennen und suchte einen Sinn in der Krankheit. Sie waren gegenüber Ärzten eher skeptisch. Gruppe II zeigte gegenüber dem Schmerz mehr Akzeptanz, war optimistischer in Zukunftsfragen und weniger auf eine Diagnose fixiert. Sie wechselten weniger häufig den Arzt.
- Bei dem drei- und acht monatigen Follow-up arbeiteten Teilnehmer, die der Gruppe II zugeordnet wurden, signifikant mehr als die Teilnehmer der Gruppe I ($p < 0.01$).

Limitationen

In dieser Studie wird mehrfach auf vorausgegangene Studien verwiesen, welche im Rahmen des gleichen Rehabilitationsprogramms durchgeführt wurden. Deshalb fehlen in der Hauptstudie teilweise wichtige Informationen zum Therapiesetting oder dem gesamten Programm.

Die Studie beinhaltet qualitative und quantitative Methoden. Dieses Design eignet sich gut, da die Arbeitsplatzrückkehrquote statistisch berechnet werden musste und wichtige Hinweise für die Reintegration lieferte. Die qualitative Datenanalyse wurde teilweise unverständlich und zu wenig ausführlich beschrieben, was ein Schwachpunkt der Studie ist. Die Autorin benannte als mögliche Schwierigkeit sprachliche Barrieren, ansonsten zählte sie keine Limitationen auf. Die persönliche Einstellung der Autorin wurde nicht erwähnt, diese kann jedoch die qualitative Forschung beeinflussen.

Das Erscheinungsjahr der Studie ist 1999, was die Aktualität einschränkt.

Relevanz für diese Bachelorarbeit

Die Studie eignet sich als Hauptstudie, da sie die drei Themengebiete Migration, chronische Schmerzen und Erwerbstätigkeit einschliesst. Es wurden gezielt Faktoren ermittelt, welche den Rehabilitationsprozess beeinflussten. Dabei ist die subjektive Sichtweise der Teilnehmer wertvoll.

Hauptstudie 3

Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study

Kellner, Halder, Litschi und Sprott (2012) hatten in ihrer Studie das Ziel, zwei Gruppen eines achtwöchigen interdisziplinären Schmerzprogramms für Patienten mit chronischen Schmerzen am Universitätsspital Zürich zu vergleichen. Verglichen wurden die Bereiche Schmerzintensität, Kinesiophobie*, Depression, Ängstlichkeit, passives Coping und Katastrophisieren vor und nach dem Programm, sowie bei einem drei, sechs und zwölf monatigen Follow-up.

Eine Gruppe bestand aus 50 Patienten mit Migrationshintergrund, die andere aus 68 ohne Migrationshintergrund. Alle Patienten waren im Alter zwischen 18 und 65 Jahren und litten unter chronischen Schmerzen.

Die Studie verwendete das Kohortendesign*. Die Daten wurden mit Fragebögen erhoben. Die Messmethoden sowie der Prozess der Datenanalyse wurden verständlich und vollständig beschrieben.

Resultate

- Die Gruppe mit Migrationshintergrund wies ein niedrigeres Bildungsniveau auf und war eher arbeitsunfähig als die einheimische Gruppe.
- Schmerzerleben: Die Gruppe mit Migrationshintergrund lag zu jeder Messzeit klinisch relevant höher, deren Teilnehmer empfanden also intensivere Schmerzen.
- Kinesiophobie: Die Gruppe mit Migrationshintergrund zeigte einen statistisch signifikant höheren Wert im Bereich Kinesiophobie im Vergleich zu einheimischen Personen.
- Depressionsniveau: Die Personen mit Migrationshintergrund verbesserten sich während dem Programm nicht. Die andere Gruppe startete mit einem tieferen Depressionsniveau und verbesserte sich während der Behandlung. Diese Unterschiede waren klinisch relevant.
- Passives Coping: Die Auswertung zeigte statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Patienten mit Migrationshintergrund hatten immer höhere Werte als die anderen Patienten. Alle Teilnehmer verbesserten sich jedoch in diesem Bereich.

Die Ergebnisse zeigten, dass Menschen mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund eine höhere Schmerzintensität wahrnahmen und einen schlechteren psychologischen Gesundheitszustand aufwiesen. Personen mit Migrationshintergrund konnten weniger vom Schmerzprogramm, dessen Ziel die Steigerung der Lebensqualität war, profitieren als Personen ohne Migrationshintergrund.

Limitationen

Mögliche Verzerrungen der Studie wurden erwähnt. So kann es sein, dass die Menschen mit Migrationshintergrund schon länger krank waren und daher in den erhobenen Bereichen höhere Werte aufwiesen. In der Hintergrundliteratur wurde belegt, dass Migranten einen erschwerten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben. Dies kann ein Grund für eine spätere Überweisung an das Programm sein.

Es muss beachtet werden, dass die Studie einen hohen Ausländeranteil aufweist, welcher nicht repräsentativ für die Schweiz ist. Die schweizweite Generalisierung ist dadurch eingeschränkt. Eine weitere mögliche Verzerrung ist, dass sich die Gruppen (abgesehen vom Faktor Migration/ Nicht-Migration) zum Beispiel im Bereich Bildung unterschieden. Es ist allgemein schwierig zu beurteilen, ob wirklich die Behandlung zu den Ergebnissen führte, oder ob es übrige Faktoren waren, welche die Ergebnisse beeinflussten. Nach den Autoren war die Teilnehmeranzahl zu gering, um weitere Untersuchungen bezüglich ethnischer Herkunft durchzuführen. Während den drei Follow-ups wies die Studie eine hohe Drop-out* Rate auf, was nach den Verfasserinnen ein Schwachpunkt der Studie darstellt. Der Begriff chronische Schmerzen wird nicht genauer definiert. Patienten mit deutscher Muttersprache wurden der Gruppe ohne Migrationshintergrund zugeordnet. Die Verfasserinnen orientieren sich in der Bachelorarbeit nicht am Kriterium Sprache um Migration zu definieren. Die Studie nahm keinen expliziten Bezug auf den Betätigungsbereich Arbeit, was hinsichtlich der Fragestellung dieser Bachelorarbeit ein Schwachpunkt darstellt.

Relevanz für diese Bachelorarbeit

Die Studie eignet sich als Hauptstudie, da untersucht wurde, wie sich Menschen mit Migrationshintergrund von einheimischen Menschen mit chronischen Schmerzen in therapie-relevanten Bereichen unterscheiden. Ausserdem wurde sie in der Schweiz durchgeführt und weist damit eine hohe Übertragbarkeit auf. Die Daten wurden zwischen 2006 und 2009 erhoben und sind somit aktuell.

Hauptstudie 4

Reasons for Drop-Out from Rehabilitation in Patients of Turkish and Moroccan Origin with Chronic Low Back Pain in The Netherlands: a qualitative Study

Sloots et al. (2010) hatten in ihrer Studie das Ziel, Gründe für Drop-outs aus einem Rehabilitationsprogramm bei Menschen mit Migrationshintergrund und unspezifischen, chronischen Kreuzschmerzen herauszufinden. Die Patienten schieden während der diagnostischen Phase oder während der Behandlung aus einem Rehabilitationsprogramm in den Niederlanden aus.

An der Studie nahmen 23 Personen aus insgesamt sechs Rehabilitationszentren mit türkischem oder marokkanischem Migrationshintergrund teil. Zusätzlich wurden acht Ärzte, ein Physio- und ein Ergotherapeut zu ihren Erfahrungen und Vermutungen bezüglich Drop-outs befragt.

Das Studiendesign war ethnographisch. Mit den Teilnehmern wurden halb strukturierte Tiefeninterviews durchgeführt, welche dann transkribiert wurden. Mithilfe von Codes wurden verschiedene Themen betreffend Gründe für Drop-Outs herausgearbeitet.

Viele Teilnehmer schieden bereits in der Diagnostik-Phase aus, als es darum ging, die Ziele zu klären und als erste Untersuchungen stattfanden. Im Resultatteil wurden die verschiedenen Gründe für Drop-Outs aufgeführt und erläutert.

Resultate

- **Verschiedene Erwartungen an das Rehabilitationsprogramm:** Viele Teilnehmer erwarteten, dass sie in dem Programm eine genaue Diagnose erhalten und dass ihr Schmerz klar reduziert werden kann. Das Programm hatte jedoch zum Ziel, den Patienten das Coping mit den Schmerzen zu erleichtern. Dies führte zu einer Diskrepanz zwischen Erwartung und Leistung, was viele Teilnehmer dazu veranlasste, das Programm zu verlassen.
- **Anerkennung oder Legitimierung der Schmerzen:** Da die Ärzte keine klare Ursache für den Schmerz nannten, beziehungsweise keine klare Diagnose stellen konnten, fühlten sich viele Teilnehmer nicht verstanden und ernst genommen. Einige dachten, die Ärzte glauben ihnen nicht, dass sie Schmerzen haben. Ein Therapeut erzählte, dass die Patienten eine Legitimierung für ihre Einschränkung insbesondere gegenüber ihrem sozi-

alen Umfeld. Sie möchten eine klare Diagnose oder Bestätigung, dass sie wirklich krank sind und nicht simulieren.

- Das Vertrauen in die Ärzte: Aufgrund der oben genannten Aspekte verloren viele Teilnehmer das Vertrauen in die Ärzte oder Betreuer. Einige Teilnehmer holten sich eine Zweitmeinung von Ärzten in ihrer Heimat. Diese unterschied sich teilweise von der des Arztes des Rehabilitationsprogramms. So verloren die niederländischen Ärzte in den Augen der Patienten an Glaubwürdigkeit.
- Kommunikation: Viele Teilnehmer hatten nicht ausreichende Kenntnisse in der niederländischen Sprache. Dies führte zu Kommunikationsproblemen. Es wurden nicht immer professionelle Übersetzer in die Behandlung miteinbezogen, dies erschwerte zusätzlich die Kommunikation.
- Ein Teilnehmer verliess das Programm, da er von einer Person des anderen Geschlechtes behandelt wurde und dies nicht wollte.

Limitationen

Die Autoren schreiben mögliche Limitierungen auf. Zum Beispiel kann der Charakter des Forschers die Teilnehmer beeinflusst haben.

Sämtliche Teilnehmer dieser Studie waren marokkanischer oder türkischer Abstammung. Dies führte nach den Verfasserinnen zu einer Limitierung, da die Transferabilität* beeinträchtigt wurde.

Relevanz für diese Bachelorarbeit

Es handelte sich um eine qualitativ hochwertige Studie. Die Datengewinnung und die Datenanalyse wurden genau und verständlich erläutert und Limitierungen wurden genannt. Sie eignet sich als Hauptstudie, da sie eruierte, welche Faktoren Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen dazu veranlassen, ein Rehabilitationsprogramm zu verlassen. Der chronische Schmerz wurde definiert.

Hauptstudie 5

Psychosocial Experiences of Foreign and Native Patients with/ without Pain

Soares, Sundin und Jablonska (2004) definierten die Zielsetzung in Unterzielen.

- Unterschiede zwischen chronischen Schmerzpatienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf ihr Schmerzempfinden wurden untersucht.
- Unterschiede zwischen Schmerzpatienten und schmerzfreien Patienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf demografische/ finanzielle Variablen, Depressionsanzeichen, Burnoutsymptomatiken und Belastungen am Arbeitsplatz wurden analysiert.

Die Studienteilnehmer waren in vier Gruppen unterteilt. Zum einen gab es die Gruppe der Schmerzpatienten, welche wiederum in Patienten mit Migrationshintergrund (288 Teilnehmer) und einheimische Patienten (661 Teilnehmer) aufgeteilt wurde. Zum anderen gab es die Gruppe mit den schmerzfreien Patienten (173), welche wiederum aufgrund ihres Migrationshintergrundes geteilt wurde.

Für die Studie wurde das Querschnitts-Design gewählt. Die Daten wurden mittels Fragebögen erhoben.

Da die Studie vier Gruppen miteinander verglich, wurden viele Ergebnisse aufgeführt. In der Zusammenfassung werden nur die, für diese Bachelorarbeit relevanten, Resultate genannt. Im Anhang (Kapitel 7.5) ist die ausführliche Version zu finden.

Resultate

- Personen mit Migrationshintergrund wiesen ein geringeres Bildungsniveau auf als einheimische Personen ($p < 0.0175$) und waren vermehrt Blue-collar* Arbeiter ($p < 0.0001$).
- Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund waren länger krankgeschrieben ($p < 0.0001$) oder arbeitslos ($p < 0.0028$).
- Sie waren eher auf finanzielle Unterstützung angewiesen ($p < 0.0001$) und machten sich mehr Sorgen um ihre finanzielle Situation ($p < 0.0001$) im Vergleich zu den anderen Patienten.
- Das Depressionsniveau wies bei den Migranten mit chronischen Schmerzen einen höheren Wert auf ($p < 0.0001$) im Vergleich zu den anderen Patienten.
- Im Bereich Burnout nahmen die Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund den

höchsten Wert an Antriebslosigkeit und Anspannung im Vergleich zu den anderen Patienten wahr ($p < 0.0001$).

- Das Mass an Arbeitsbelastungen lag bei den Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund höher als bei den anderen verglichenen Patienten ($p < 0.0002$).
- Migranten beklagten sich mehr über multiplen Schmerz und nahmen ihren Schmerz komplexer ($p < 0.011$) und konstanter ($p < 0.021$) wahr als Einheimische.
- Sie nahmen häufiger Schmerzmedikamente und Schlafmittel ein ($p < 0.0001$).
- Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund fühlten sich eingeschränkter ($p < 0.0001$) als einheimische Patienten.

Limitationen

Die Autoren führten einige Verzerrungen auf. Die Kausalität* war mit dem gewählten Querschnittsdesign weniger gewährleistet als mit einem Längsschnittsdesign.

Alle Teilnehmer stammten aus der Region um und in Stockholm. Das heisst, dass sich die Resultate nicht auf alle Schmerzpatienten mit/ ohne Migrationshintergrund generalisieren lassen. Der Transfer auf ländliche Regionen ist nicht gewährleistet.

Viele der Teilnehmer wiesen schwere depressive Symptome auf, was darauf hinweist, dass diese Personen an Depressionen litten. Die Einschlusskriterien schlossen Personen mit Depressionen aus. Sie wurden demnach nicht richtig eingehalten, beziehungsweise die Depressionen wurden nicht diagnostiziert. Die Assessments basierten alle auf der subjektiven Sicht der Teilnehmer. Es wurden keine objektiven Tests durchgeführt, um die Aussagen der Patienten zu festigen. Um die Diagnosen zu erheben, wurden keine reliablen* Tests durchgeführt. Die Fehlerfreiheit kann somit nicht gewährleistet werden.

Der Begriff Personen mit Migrationshintergrund wurde nicht genauer erläutert.

Relevanz für diese Bachelorarbeit

In dieser Studie wurden verschiedene Faktoren bei Patienten mit/ ohne Schmerzen und mit/ ohne Migrationshintergrund verglichen. Dies ist nützlich für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Ausserdem wurden verschiedene Daten zum Lebensbereich Arbeit erhoben. Nach den Verfasserinnen befragte die Studie eine grosse Anzahl Teilnehmer, was die Aussagekraft der Resultate verstärkt. Der chronische Schmerz wurde klar definiert.

3.2 Einordnung der Faktoren in das CMOP-E

Die ausgewählten Faktoren entsprechen den Hauptstudienresultaten. Die Verfasserinnen ordnen diese im folgenden Abschnitt in die verschiedenen Komponenten des CMOP-E ein. Die Einordnung der Faktoren wird gestützt auf das Buch „Enabling Occupation II“ von Townsend und Polatajko (2007) vorgenommen.

3.2.1 Person

Spiritualität

In der Studie von Lövfander (1999) wird die Ursache der Schmerzen analysiert, wobei herauskam, dass einige den Schmerz externalisieren*. Das heisst, dass die schmerz betroffenen Personen glauben, dass die Ursache der Schmerzen von ausserhalb und nicht vom eigenen Körper stammt. Lövfander (1999) erwähnt, dass sich dies bei Migranten auf den Glauben an das Übernatürliche, wie das Schicksal, Allah oder Gott beziehen kann. In der Studie wird ein wortwörtliches Zitat einer Frau aufgeführt, welche auf die Frage, was sie von ihrer Zukunft bezüglich Schmerzen erwarte, antwortet: „[...]Allah knows. Inshallah! (If Allah wants) [...] (Lövfander, 1999, S. 167)“. Viele der befragten Migranten sind von einer externen Kraft überzeugt, welche ihr Leben, ihre Schmerzen und ihre Aktivitäten beeinflusst.

Affektiv

Kellner et al. (2012) und Soares et al. (2004) fanden heraus, dass Menschen mit Migrationshintergrund und bestehenden chronischen Schmerzen anfälliger für Depressionen sind. Bei Depressionen ist das emotionale Erleben eingeschränkt; die Personen fühlen sich antriebslos und niedergeschlagen (Schöpf, 2003). Der Faktor erhöhtes Depressionsrisiko wird im CMOP-E dem Bereich der Person beziehungsweise der affektiven Komponente zugeordnet. Ausserdem erheben Soares et al. (2004) in ihrer Studie, ob bei den Teilnehmern Anzeichen von Burnout vorhanden sind. Dabei kam heraus, dass Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund den höchsten Wert an Antriebslosigkeit, Anspannung und Belastungen wahrnehmen. Dieser Faktor kann aufgrund der Wahrnehmung auch der kognitiven Komponente zugeordnet werden.

Weiter schreiben Kellner et al. (2012), dass die Angst vor der Bewegung (Kinesiophobia) bei Migranten ausgeprägter ist als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Angst ge-

hört zum Bereich des emotionalen und affektiven Empfindens und wird von den Verfasserinnen in diese Komponente eingeordnet.

Ein weiterer Faktor wird von Sloots et al. (2010) und Lövfänder (1999) aufgeführt, der mit der emotionalen Wahrnehmung der Teilnehmer zu tun hat. Nach den Autoren gibt es viele Patienten, die wenig Vertrauen in ihren Arzt oder Therapeuten haben, da sie sich von ihnen nicht verstanden oder ernst genommen fühlen. Da sie nicht wie erwartet eine klare Diagnose für ihre Schmerzen erhalten und keine Besserung eintritt, verlieren sie das Vertrauen zum Arzt (Sloots et al., 2010). Dies kann laut Sloots et al. (2010) vermehrt zum Beenden des Rehabilitationsprogramms führen. Dieser Aspekt kann nach den Verfasserinnen auch der sozialen Umwelt zugeordnet werden, da soziale Interaktion und Beziehung das Vertrauen beeinflussen.

Kognitiv

Lövfänder (1999) fand in ihrer Studie heraus, dass die Hälfte der befragten Migranten die Ursache ihrer Schmerzen auf eine vorliegende Störung zurückführe. Als Grund am häufigsten genannt wurde gebrochener Knochen. Andere Teilnehmer hatten keine Vorstellung von der Ursache der Schmerzen. Die Verfasserinnen ordneten diesen Faktor dem kognitiven Anteil der Person zu, da die Vorstellung der Schmerzursachen ein geistiges Konstrukt ist. Weiter beschreibt Lövfänder (1999) in ihrer Studie zwei Kategorien von Zukunftsansichten, welche bei den befragten Teilnehmern genannt wurden. Einerseits gibt es Migranten, welche voller Angst und pessimistisch in die Zukunft blicken. Sie sind sicher, dass sich ihre Krankheit verschlimmern wird. Andererseits ist die schicksalsergebene, optimistischere Zukunftserwartung weit verbreitet. Diese Personen gehen davon aus, dass die Zukunft alles bringen kann. Demnach ist auch eine Verbesserung oder Genesung möglich. Zukunftsansichten sind nach den Verfasserinnen den kognitiven Anteilen zuzuordnen. Aufgrund der Emotion Angst kann dieser Faktor auch in die affektive Komponente eingeordnet werden.

Das Passive Coping, insbesondere das Katastrophisieren zeigt laut Kellner et al. (2012) eine häufigere Prävalenz bei Migranten, als bei einheimischen Personen. Coping-Strategien sind mentale Strategien, welche zur kognitiven Komponente gezählt werden. Bei der eigenen Wahrnehmung der Arbeitsfähigkeit schätzen Migranten die Rückkehr zur Arbeit als schwer bis sehr schwer ein (Norrefalk et al., 2006). Soares et al. (2004) stellten fest, dass die wahrgenommene Belastung am Arbeitsplatz bei Migranten mit chronischen

Schmerzen allgemein hoch ist. Dies sind Faktoren, welche die Person in ihrem Schmerzverhalten beeinflussen können. Das wahrgenommene Aktivitätslevel, das als Faktor in der Studie von Norrefalk et al. (2006) aufgeführt wird, fällt bei Migranten signifikant tiefer aus als bei einheimischen Personen. In der Studie von Soares et al. (2004) fühlen sich die Personen mit Migrationshintergrund allgemein eingeschränkter. Die Wahrnehmung der Arbeitsfähigkeit und des Aktivitätslevels werden von den Verfasserinnen der kognitiven Komponente zugeordnet, da es sich auf die geistigen Funktionen, genauer auf die Beurteilung bezieht.

Ein häufiger Grund für ein frühzeitiges Ausscheiden aus einem Rehabilitationsprogramm ist nach Sloots et al. (2010), wenn die Teilnehmer andere Erwartungen an das Programm haben als dessen Initianten. Viele Teilnehmer der Studie erhofften sich eine klare Diagnose zu ihren Schmerzen und eine deutliche Schmerzreduzierung. Die verschiedenen Rehabilitationsprogramme hatten das Ziel, die Lebensqualität mithilfe von Coping zu verbessern. Sobald die Teilnehmer merkten, dass ihre Erwartungen nicht erfüllt werden können, verliessen viele das Programm. Für die Entwicklung persönlicher Erwartungen und Vorstellungen sind kognitive Fähigkeiten notwendig.

Physisch

Zwei der Hauptstudien beschreiben eine höher wahrgenommene Schmerzintensität bei Menschen mit Migrationshintergrund (Kellner et al., 2012; Norrefalk et al., 2006). Ausserdem nehmen laut Soares et al. (2004) Personen mit Migrationshintergrund den Schmerz diffuser und konstanter wahr. Für die Schmerzwahrnehmung sind sensorische Funktionen verantwortlich, welche im Bereich der Person der physischen Komponente zugeordnet werden.

Lövfander (1999) fand heraus, dass Migranten es bevorzugen ihre Schmerzen mit „im-Bett-bleiben“ oder Massagen zu behandeln. Diese zwei Massnahmen gehen mit einem sehr niedrigen körperlichen Aktivitätslevel einher, daher die Zuordnung zu der physischen Komponente. Dieses Verhalten beeinflusst alle im CMOP-E aufgeführten Bereiche der Betätigung.

3.2.2 Umwelt

Institutionell

In drei der Hauptstudien wird aufgeführt, dass Personen mit Migrationshintergrund ein tieferes Bildungsniveau aufweisen als einheimische Personen (Kellner et al., 2012; Norrefalk et al., 2006; Soares et al., 2004). Einige der Migranten waren bei Studiendurchführung Analphabeten und konnten in ihrer Muttersprache weder lesen noch schreiben (Norrefalk et al., 2006). Nach den Verfasserinnen wird dieser Faktor bei der institutionellen Umwelt aufgeführt, weil die Bildung von den schulischen Angeboten und Bildungsmöglichkeiten abhängig ist. Dieser Faktor kann aber auch kulturelle Aspekte aufweisen, da der Stellenwert der Bildung unter anderem durch die Gesellschaft gekennzeichnet ist.

Sozial

Laut Sloots et al. (2010) ist es den befragten Teilnehmern der Studie wichtig, dass ihr Schmerz vom Umfeld anerkannt und ernst genommen wird. Dadurch wird ihr Kranksein beziehungsweise ihre Einschränkung von der Gesellschaft legitimiert. Dies hat nach den Verfasserinnen mit dem sozialen Kontext zu tun, da es um soziale Interaktion und Beziehung geht. Auch das kulturelle Umfeld kann die Legitimierung der Schmerzen beeinflussen.

Kulturell

Sloots et al. (2010) nennen Kommunikationsprobleme als behandlungerschwerenden Faktor. Die Sprache ist ein kulturell geprägtes Konstrukt, welches auch Kulturtechniken wie Lesen und Schreiben beeinflusst. Deshalb ordnen die Verfasserinnen den Faktor der Sprache in der kulturellen Umwelt ein.

In der Studie von Sloots et al. (2010) wollte eine Person mit Migrationshintergrund nicht von einem gegengeschlechtlichen Therapeuten oder Arzt behandelt werden. Diese Einstellung beinhaltet kulturell geprägte Werte und Normen, kann aber auch soziale Aspekte in sich tragen.

Physisch

Sowohl bei Norrefalk et al. (2006), als auch bei Soares et al. (2004) wurde ein erhöhter Medikamentengebrauch in Form von verschiedenen Schmerzmitteln und Schlafmitteln bei Migranten festgestellt. In der Studie von Löfvander (1999) hingegen, zeigte sich eine er-

höhte Skepsis gegenüber Schmerzmitteln. Das Medikament wird von den Verfasserinnen als Hilfsmittel zur Schmerzreduktion angesehen und wird demnach der physischen Komponente der Umwelt zugeordnet.

3.2.3 Betätigung

Produktivität

Norrefalk et al. (2006) kamen zu dem Schluss, dass Migranten von einem strukturierten, arbeitsbezogenen und interdisziplinärem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit gleich viel profitieren können, wie Personen ohne Migrationshintergrund. Migranten mit chronischen Schmerzen sind länger krankgeschrieben oder arbeitslos im Vergleich zu einheimischen Schmerzpatienten (Soares et al., 2004). Kellner et al. (2012) führen auf, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger 100% arbeitsunfähig sind. Da Arbeit nach dem CMOP-E zu der Produktivität gehört, werden die oben genannten Faktoren in diesem Bereich eingeordnet.

Finanzielle Schwierigkeiten sind ein Faktor, welche bei Personen mit Migrationshintergrund oft auftreten (Soares et al., 2004). Aufgrund dessen sind sie vermehrt auf finanzielle Unterstützung durch den Staat angewiesen. Zudem machen sich Personen mit Migrationshintergrund eher Sorgen um ihre Finanzen. Da dies eine emotionale Komponente in sich trägt, gehört dieser Faktor auch in den affektiven Teil der Person. Die finanzielle Lage wird nach den Verfasserinnen zur Produktivität gezählt, da die Finanzen von der Arbeit abhängig sind.

Selbstversorgung und Freizeit

In den Hauptstudien wurden zu diesen Bereichen keine Faktoren gefunden.

4 Diskussion

Mithilfe der Literaturübersicht wurden wichtige Faktoren aufgezählt, welche bei Personen mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund zu beachten sind. Im folgenden Abschnitt diskutieren die Verfasserinnen mit Hilfe von weiterer Literatur die Relevanz und Konsequenzen der im Kapitel 3.2 aufgeführten Faktoren.

4.1 Person

Spiritualität

Wie Lövfander (1999) aufgezeigt hat, kann es sein, dass Menschen die Ursache ihrer Erkrankung im Übernatürlichen suchen. Je nachdem woher die Klienten stammen, ist die spirituelle und religiöse Ansicht dem Behandelnden unbekannt. Pooremamali, Eklund, Östman & Persson (2012) untersuchten, welche Beziehungsaspekte Klienten aus dem mittleren Osten bei ihren Ergotherapeuten von Bedeutung sind. Sie fanden heraus, dass es den Klienten wichtig ist, dass die Therapeuten ihre Werte und Glaubenssysteme kennen. Dadurch fühlen sie sich ganzheitlich wahrgenommen (Pooremamali et al., 2012). Aus diesem Grund ist es wichtig, spirituelle Aspekte in einem Gespräch in der Therapie zu klären und einzubeziehen.

Affektiv

Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen haben generell eine schlechtere psychologische Gesundheit, dies beinhaltet unter anderem ein erhöhtes Depressions- oder Burnoutsrisiko (Kellner et al., 2012, Soares et al., 2004). Aigner et al. (2006) führen eine schwerere depressive Symptomatik bei chronischen Schmerzpatienten aus Ex-Jugoslawien im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund auf. Demnach besteht ein wichtiger Zusammenhang zwischen psychologischer Gesundheit und Migration. Um depressive Verstimmungen frühzeitig zu erkennen, sollten Assessments angewendet werden, welche im Bereich der psychischen Gesundheit besonders sensitiv sind. Davon wurden in der Literatur jedoch wenig ergotherapeutische Assessments gefunden. Haertl (2008) nennt im Bereich der psychologischen Assessments in der Ergotherapie das Tagebuchschreiben als eine ergotherapeutische Möglichkeit, um mehr über den Klienten zu erfahren. Der Klient beschreibt seine Empfindungen, Erlebnisse und Gefühle (Haertl, 2008). Dies kann laut der Autorin ohne Vorgaben stattfinden oder durch Leitfragen des

Therapeuten strukturiert werden. Bei dieser Methode erhält der Klient eine Aufgabe muss selber aktiv sein. Die Einträge können Hinweise für eine depressive Symptomatik enthalten und zusätzlich viel über die Betätigungsperformanz des Klienten in seinem Alltag aussagen (Haertl, 2008). Hat der Ergotherapeut den Verdacht, dass der Klient depressiv ist, muss eine Weiterleitung und Abklärung durch einen Arzt erfolgen. Kellner et al. (2012) und Scascighini, Litschi, Walti und Sprott (2011) empfehlen für Migranten mit chronischen Schmerzen und depressiver Symptomatik eine langfristig gewährleistete Behandlung und Betreuung. Sloots et al. (2011) führen auf, dass in einigen Institutionen in Schweden speziell für Migranten eine erhöhte Anzahl an Konsultationen gewährleistet wird. Auch die Dauer der einzelnen Einheiten wurde erhöht. Nach den Verfasserinnen sollte bei Migranten mit chronischen Schmerzen für die Weiterbetreuung gesorgt werden. Dies kann eine Weiterverweisung an eine andere Profession beinhalten.

Da in der Studie von Kellner et al. (2012) die Kinesiophobie bei Migranten ausgeprägt ist, empfehlen die Autoren, in Schmerzprogrammen einen physisch aktiveren Ansatz zu wählen. Bewegung soll Teil des Therapieprogramms sein und insbesondere bei bedeutungsvollen Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADL) miteingebaut werden. Flotho (2009) weist darauf hin, dass es in der Ergotherapie verschiedene Behandlungsansätze gibt, jedoch sollte der Fokus immer auf der Handlungsdurchführung liegen. Die CAOT (1997) beschreibt Betätigung als essentiell, sinnvoll und förderlich für die Lebensqualität. Die Verfasserinnen empfehlen aufgrund dieses Faktors den Einsatz von aktiver Betätigung in der Ergotherapie, beispielsweise in der Form von ADL-Training.

Da die Patienten nach Sloots et al. (2010) tendenziell wenig Vertrauen in ihren Arzt oder Therapeuten haben, ist es nach den Verfasserinnen wichtig, den Beziehungsaufbau mit diesen Klienten bewusst zu gestalten. Kirchner (2011) schreibt, dass dem Beziehungsaufbau bei diesen Klienten viel Zeit gegeben werden soll. Im Bereich der Kommunikation gibt es dazu verschiedene Möglichkeiten. So beschreiben Erll und Gymnich (2010) die Begrüssung als einen wichtigen Aspekt der interkulturellen Kommunikation. Beherrscht man die Begrüssungsrituale einer Kultur, in Form einer Geste oder der Sprache, signalisiert man seinem Gegenüber Respekt (Erll & Gymnich, 2010). Laut den Autoren kommt der Begrüssung eine wichtige Funktion zu, sie führt zu einer gelungenen Gesprächssituation. Demnach ist es für den Vertrauensaufbau förderlich, das Begrüssungswort in der Landessprache des Klienten sowie die nonverbale Begrüssungsform zu kennen.

Kognitiv

Viele Migranten führen ihren Schmerz laut Lövfänder (1999) irrtümlicherweise auf eine vorliegende Verletzung zurück. Der chronische Schmerz ist nach Bach (2006) nicht mehr auf eine akute Verletzung oder Störung zurückzuführen. Der Ethikkodex der American Occupational Therapy Association [AOTA] schreibt vor, dass keine falschen Informationen an die Klienten weitergegeben werden sollen (Reitz et al., 2006). Demnach ist es die Pflicht der Therapeuten die Klienten über die Herkunft der Schmerzen so gut wie möglich aufzuklären. Das Vermitteln von allgemeinem Wissen zum Aufbau von Gelenken und Muskeln gehört laut Sleptsova et al. (2009) zur Therapie von chronischen Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund. Dazu kann nach Kilcher und Spiess (2003) ein (muttersprachlicher) Anatomieatlas verwendet werden. Kirchner (2011) beschreibt, dass in diesem Kontext das konkrete Arbeiten sehr wichtig ist und dass auf abstrakte Erklärungen verzichtet werden sollte. Bilder und anschauliche Alltagsbeispiele verdeutlichen die theoretischen Inhalte (Kirchner, 2011).

Viele Teilnehmer verlassen nach Sloots et al. (2010) ein Rehabilitationsprogramm, wenn ihre Erwartungen nicht erfüllt werden. Bei diesem Faktor ist eine frühzeitige, klare und wahrheitsgetreue Aufklärung und Zielsetzung wichtig. Sumsion (2002) beschreibt allgemein wichtige Aspekte der klientenzentrierten Zielsetzung. Der Ergotherapeut muss sicherstellen, dass der Klient alle nötigen Informationen bezüglich eigenen Stärken und Problemen, finanziellen Aspekten und Kontextfaktoren hat (Sumsion, 2002). „Der Klient muss Realitäten und Grenzen der verfügbaren Ressourcen durchschauen, ehe er die Ziele der Intervention festlegt.“ (Sumsion, 2002, S. 22). Nach den Verfasserinnen beinhaltet dies die Aufklärung bezüglich der Krankheit und das gemeinsame Erarbeiten von therapeutischen Zielen. Die gemeinsam vorgenommene Zielsetzung richtet sich nach der persönlich festgelegten Wichtigkeit und den Bedürfnissen des Klienten (Lagemann, 2009). Konkret kann für die klientenzentrierte Zielsetzung das validierte Assessment des kanadischen Modells, das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) verwendet werden (Law et al., 2009 a).

Lövfänder (1999) ordnete die Teilnehmer ihrer Studie in zwei Kategorien ein. Es gibt die Teilnehmer mit ängstlichen, pessimistischen Zukunftsgedanken (Kategorie I) sowie jene, die optimistisch, schicksalsergeben in die Zukunft blicken (Kategorie II) (Lövfänder, 1999). Bei dem Follow-up der Studie ergab sich, dass die Personen aus Kategorie II eine höhere

Arbeitsplatzrückkehrquote aufwies. Es lohnt sich laut der Autorin die Schmerzkonzepte des Klienten zu kennen. Norrefalk et al. (2006) erfassten den Faktor, dass viele Migranten die Rückkehr zur Arbeit als schwer bis sehr schwer einschätzen. Äussert sich ein Klient bereits zu Beginn pessimistisch bezüglich der Arbeitsrückkehr, sollte nach den Verfasserinnen eine besonders motivierende therapeutische Haltung gewählt werden. Um den Klienten für eine Veränderung zu sensibilisieren und motivierend auf ihn eingehen zu können, gibt es die evidenzbasierte und klientenzentrierte Methode des Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick (2002). Aufbauend auf den vier Prinzipien Empathie ausdrücken, Diskrepanz entwickeln, mit Widerstand umgehen und Selbstwirksamkeit unterstützen begleitet der Therapeut den Klienten auf seinem Weg, die intrinsische Motivation für Veränderungen zu steigern (Miller et al., 2002). Der Therapeut wendet dabei Strategien wie das aktive Zuhören, offene Fragen stellen, Würdigen und Zusammenfassen an (Miller et al., 2002). Nach den Verfasserinnen eignet sich diese Art der Gesprächsführung gut, um den Patienten für eine Arbeitsrückkehr zu motivieren. Soares et al. (2004) stellten fest, dass die wahrgenommene Belastung am Arbeitsplatz bei Personen mit chronischen Schmerzen mit Migrationshintergrund hoch ist. Auch auf diesen Faktor soll der Ergotherapeut nach den Verfasserinnen anhand des MI eingehen.

Die Studie von Soares et al. (2004) zeigt, dass sich Migranten in ihrem Alltag eingeschränkter wahrnehmen, als einheimische Personen. Des Weiteren wenden Personen mit Migrationshintergrund häufig passives Coping an (Kellner et al., 2012). Sie nehmen ihr Aktivitätsniveau tiefer wahr als einheimische Personen (Norrefalk et al., 2006). All dies weist auf ein tiefes Aktivitätslevel hin. Lövfander (1999) fand heraus, dass Migranten es bevorzugen ihre Schmerzen mit „im-Bett-bleiben“ oder Massagen zu behandeln. Nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen wird von den Behandelnden eine aktive Therapie angestrebt, was jedoch den Erwartungen vieler Menschen mit Migrationshintergrund nicht entspricht (Kilcher & Spiess, 2003). Vielmehr erwarten sie, je nach kulturellem Hintergrund, passive Therapieansätze wie Bäder oder Massagen (Kilcher & Spiess, 2003). Diese Erwartungshaltung gilt es nach den Verfasserinnen zu berücksichtigen. Sind die Diskrepanzen zwischen Erwartungen der Patienten und der behandelnden Person zu gross, kann dies vermehrt zu Drop-Outs bei Schmerzprogrammen führen, wie es Sloots et al. (2010) gezeigt haben. Das nationale Forschungsprogramm hat in einer Untersuchung zu chronischen Rückenschmerzen bei Migranten herausgefunden, dass nach einem funkti-

ensorientierten, aktiven Trainingsprogramm (körperliche Betätigung) die Anzahl Arbeitstage höher lag, als bei einem schmerzorientiertem Programm mit einem passivem Ansatz (Massagen, Ultraschall- oder Elektrobehandlungen) (Imhasly, 2007). Auch Kellner et al. (2012) empfehlen in Schmerzprogrammen einen physisch aktiveren Ansatz zu wählen. Indem aktiv bedeutungsvollen Aktivitäten des täglichen Lebens in der Therapie durchgeführt werden, kann das passive Coping reduziert werden (Kellner et al., 2012). Es ist laut Verfasserinnen sinnvoll, gemeinsam mit dem Klienten eine Kombination aus aktiven und passiven Umgangsformen mit dem Schmerz zu finden, damit beide Erwartungshaltungen in der Therapie berücksichtigt werden.

Physisch

Der Faktor der höher wahrgenommenen Schmerzintensität (Kellner et al., 2012; Norrefalk et al., 2006) sowie der diffuser und konstanter wahrgenommene Schmerz (Soares et al., 2004) bei Menschen mit Migrationshintergrund wird von den Verfasserinnen kritisch hinterfragt. Dies, da in der Literatur unterschiedliche Angaben dazu gefunden wurden. Stange-Budumlu (2005) schreibt, dass Phänomene wie das „Mamma-mia-Syndrom“ oder der „Morbus mediterraneus“ den kulturspezifischen Krankheitsausdruck diskriminieren. Es sind nicht die Symptome, die nach Stange-Budumlu (2005) kulturspezifisch sind, sondern die Darstellung der Symptome kann sich unterscheiden. Ernst (2000) weist darauf hin, dass es keine Evidenz gibt die besagt, dass sich die Schmerzen von Migranten von denjenigen der einheimischen Personen unterscheiden. Nach den Verfasserinnen ist es schwierig festzustellen, ob Migranten den Schmerz anders wahrnehmen oder den Schmerz, im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund, anders ausdrücken. Es ist wichtig den Klienten mit seiner Schmerzempfindung ernst zu nehmen und diese wiederholt zu anerkennen (Kilcher & Spiess, 2003).

4.2 Umwelt

Institutionell

In drei der Hauptstudien wird das Ergebnis aufgeführt, dass Personen mit Migrationshintergrund oftmals ein niedriges Bildungsniveau aufweisen (Norrefalk et al., 2006; Soares et al., 2004; Kellner et al., 2012). Auch das BAG (2008) bestätigt, dass Migranten eher ein tiefes Bildungsniveau aufzeigen. Nach den Verfasserinnen muss bei diesem Faktor beach-

tet werden, dass die aufgeführten Studien in der Schweiz und in Schweden durchgeführt wurden. Beide Länder haben einen hohen Bildungsstandard. Dies beeinflusst das Ergebnis des Vergleiches zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

Trotzdem muss bei der Behandlung von Migranten von einem allfällig niedrigen Bildungsniveau ausgegangen werden. Es empfiehlt sich Bilder, Zeichnungen oder einfache Erklärungsmodelle zur Vereinfachung der Therapieinhalte einzusetzen (Kirchner, 2011). Es ist wichtig, dass sich Gesundheitsfachleute klar und in einfachen, verständlichen Sätzen ausdrücken (Müllersdorf, Zander & Eriksson, 2011). Denn unter Umständen sind Migranten aufgrund des Bildungsniveaus Analphabeten (Imhasly, 2007). Ergotherapeuten sollten beachten, dass Kommunikationsschwierigkeiten nicht nur auf fehlende Kenntnisse der Sprache des Aufenthaltslandes zurückzuführen sind, sondern auch aufgrund eines niedrigen Bildungsniveaus auftreten können. Dies bedeutet, dass es trotz Miteinbezug eines Übersetzers zu Verständnisschwierigkeiten und Verständigungsproblemen kommen kann.

Sozial

Laut Sloots et al. (2010) ist die Schmerzenerkennung des Umfelds wichtig. Kilcher und Spiess (2003) führen auf, dass Migranten den chronischen Schmerz körperlich erleben und dies bestätigt haben wollen. Die behandelnde Person sollte die Schmerzempfindung anerkennen (Kilcher & Spiess, 2003). Nach den Verfasserinnen spielt bei diesem Faktor das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Allgemein empfehlen Scascighini et al. (2011) den strukturierten Einbezug der Familie des Klienten in die Behandlung. Die Familie soll Informationen über die Schmerzerkrankung erhalten (Fydrich, Bastian & Flor, 2004). Dies kann das Verständnis sowie die Anerkennung für die Beeinträchtigung des betroffenen Familienmitgliedes fördern.

Bei der Bearbeitung der Hauptliteratur fiel auf, dass die Familie als eigener Faktor nicht auftritt. Die Wichtigkeit der Familie wurde in der Hintergrundliteratur jedoch mehrfach erwähnt. Heigl, Kinébanian und Josephsson (2011) kamen zum Schluss, dass die Familie der Migranten vielfach auf alle Bereiche der Betätigung Einfluss haben. Dies bedeutet für die Ergotherapie, dass Familienmitglieder zu einem Gespräch eingeladen oder/ und Hausbesuche durchgeführt werden sollen, um die Bedürfnisse aller Beteiligten zu besprechen, und die Familie über die Therapie informiert werden kann (Heigl et al., 2011).

Kulturell

Um trotz Kommunikationsproblemen, wie sie Sloots et al. (2010) beschreiben, erfolgreich eine Therapie durchführen zu können, müssen verschiedene Aspekte beachtet werden. In die Therapie mit fremdsprachigen Klienten sollten professionelle Übersetzer einbezogen werden (Sloots et al., 2010). Auch Bauer und Alegria (2010) beschreiben in ihrem Review, dass der Miteinbezug eines Übersetzers die Kommunikation zwischen Klient und Behandelndem erleichtern kann. Dadurch kann die Zufriedenheit der Klienten gesteigert werden. Laut Kilcher und Spiess (2003) können Patienten auf Deutsch- oder Alphabetisierungskurse hingewiesen werden. Bei Verständigungsschwierigkeiten ist es nach Kilcher und Spiess (2003) besonders wichtig nonverbale Signale, wie Stirnrunzeln des Klienten zu beachten und darauf einzugehen.

Gruppentherapien mit Patienten gleicher Sprache und kulturellen Hintergrundes können laut Rodewig (2000) sinnvoll sein, da sich die Teilnehmer in diesen Gruppen besser ausdrücken können. Dies eignet sich für eine themenzentrierte und interaktionelle Gruppentherapie (Rodewig, 2000). In der Ergotherapie bietet die Gruppentherapie im Bereich der Psychosomatik dem Klienten vielfältige Erfahrungen sowohl in sozialen als auch in anderen Bereichen (Flotho, 2009).

In der Studie von Sloots et al. (2010) wird erwähnt, dass ein Patient aufgrund eines gegengeschlechtlichen Therapeuten das Rehabilitationsprogramm verlassen hat. Dieser Faktor zeigt eine niedrige Prävalenz, soll aber laut Heigl et al. (2011), je nach kulturellem Hintergrund des Klienten in der Ergotherapie beachtet werden. Dazu muss der Ergotherapeut sich über die Kultur des Klienten informieren. Heigl et al. zogen in ihrer Studie einen Mediator zur Seite, der die entsprechende Kultur gut kannte. Auch Scascghini et al. (2011) geben die Empfehlung ab Kulturspezialisten beizuziehen. Dies sollte allgemein bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund in Betracht gezogen werden (Scascghini et al., 2011).

Physisch

Zwei der Hauptstudien führen auf, dass Migranten vielfach einen höheren Medikamentenverbrauch aufweisen als einheimische Personen (Norrefalk et al., 2006; Soares et al., 2004). In der Studie von Löfvander (1999) zeigte sich hingegen eine erhöhte Skepsis gegenüber Schmerzmitteln. Norrefalk et al. (2006) weisen darauf hin, dass ein erhöhter Me-

dikamentengebrauch durch die Aufklärung von Gesundheitsfachpersonen reduziert werden könnte. Klienten sollten ausreichend und verständlich über den Medikamentengebrauch und allfällige Nebenwirkungen informiert werden (Kilcher & Spiess, 2003). Nach den Verfasserinnen liegt dies nicht im Hauptaufgabenbereich der Ergotherapie. Der Klient sollte bei Bedarf an den Arzt weiterverwiesen werden.

4.3 Betätigung

Produktivität

Norrefalk et al. (2006) kamen zum Schluss, dass Migranten von einem strukturierten, intensiven, arbeitsbezogenen, interdisziplinärem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm in Bezug auf die Arbeitsrückkehr profitieren können. Der genaue Inhalt des Programmes wird in einer vorangehenden Studie von Norrefalk, Svensson, Ekholm und Borg (2005) beschrieben. Laut den Autoren besuchte ein Ergotherapeut zusammen mit dem Klienten, falls vorhanden den Arbeitsplatz. Er führte verschiedene Assessments durch, um die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsfähigkeit des Klienten zu erfassen und vermittelte Wissen über die Ergonomieprinzipien (Norrefalk et al., 2005). Des Weiteren wurden wichtige Bewegungen anhand von Videoaufnahmen zusammen mit dem Klienten analysiert, mit dem Ziel die passiven Coping-Strategien des Klienten zu verändern. Laut Flotho (2009) eignen sich für die Erfassung der Arbeitsmotivation und der Arbeitsfähigkeit des Klienten verschiedene ergotherapeutische Assessments, wie das Worker Role Interview (WRI) oder die Worker Environment Impact Scale (WEIS). Das WRI erfasst die Faktoren, welche die Eingliederung ins Arbeitsumfeld unterstützen oder behindern, während das WEIS den Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Klienten erhebt (Flotho, 2009).

Ein weiterer Faktor ist, dass Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund häufiger arbeitsunfähig oder arbeitslos sind im Vergleich zu einheimischen Schmerzpatienten (Soares et al., 2004; Kellner et al., 2012). Auch das BAG (2008) führt auf, dass die Arbeitslosenquote bei Migranten höher ist als bei einheimischen Personen. Ausserdem steigt die Anzahl der Personen mit Migrationshintergrund, welche eine Invalidenversicherung beziehen (BAG, 2008). Nach Steier-Meckleburg (2008) bietet eine geregelte Arbeit dem Menschen eine Tagesstrukturierung, Zusammenarbeit, ein Gefühl der Zugehörigkeit, Festigung und Findung der eigenen Identität sowie aktives Betätigen. Das längere Fernbleiben vom Arbeitsplatz verstärkt das Gefühl von Invalidität und Untätigkeit (Lövfander & Engström, 2004).

Lövfander und Engström (2004) empfehlen, dass Patienten vom Arzt nicht über längere Zeit krankgeschrieben werden sollen. Nach den Verfasserinnen ist es die Aufgabe des Ergotherapeuten dem Arzt aufzuzeigen wie wichtig es ist Personen mit Migrationshintergrund zurück an den Arbeitsplatz zu vermitteln.

Nach Soares et al. (2004) haben Migranten tendenziell häufiger finanzielle Probleme. Aufgrund dessen sind sie vermehrt auf finanzielle Unterstützung durch den Staat angewiesen (Soares et al., 2004). Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (2011) bestätigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Armutsrisiko aufweisen. Die Hälfte der Sozialhilfebezüger sind Menschen mit Migrationshintergrund (SKOS, 2011). Die Rolle des Versorgers sowie die Existenzsicherung sind wichtige Bestandteile der Arbeit für diese Personen (Kirchner, 2011). Diese finanziellen Verpflichtungen können dazu führen, dass sich Personen mit Migrationshintergrund um ihre Finanzen sorgen (Soares et al., 2004). Damit der Klient unterstützt werden kann, ist es sinnvoll einen Sozialarbeiter beizuziehen (Kirchner, 2011).

Selbstversorgung und Freizeit

In den Hauptstudien wurden keine expliziten Faktoren gefunden, welche in die Lebensbereiche Freizeit und Selbstversorgung eingeteilt werden können. Doch laut Kirchner (2011) ist es wichtig, dass man die Klienten in ihrer Freizeitgestaltung unterstützt. Flotho (2009) weist darauf hin, dass der Einbezug von Kontextfaktoren, welche für den Klienten relevant sind, sehr wichtig ist. Die Partizipation in den verschiedenen Lebensbereichen ist stets das übergeordnete Ziel der Ergotherapie (Flotho, 2009).

4.4 Theorie-Praxis Transfer

Im Theorie-Praxis Transfer machen die Verfasserinnen eine Auflistung von Faktoren, welche es bei Menschen mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen in der Ergotherapie zu beachten gilt. Zu jedem Faktor wird kurz erläutert, welche Konsequenzen dies für die Ergotherapie beziehungsweise den Ergotherapeuten hat. Die Darstellung erfolgt in einer Tabelle, wobei die einzelnen Faktoren den acht Aktionspunkten des CPPF zugeordnet werden. Damit soll verdeutlicht werden in welcher Phase des ergotherapeutischen Prozesses der Faktor besonders zu beachten ist. Die Zuordnung ins CPPF basiert auf den Beschreibungen im Buch „Enabling Occupation II“ von Townsend und Polatajko (2007)

Tabelle 4. Theorie-Praxis Transfer

Prozessschritt im CPPF	Faktor	Ergotherapie
1. Eintreten und Initiieren	<ul style="list-style-type: none"> Wenig Vertrauen in die behandelnde Person 	<ul style="list-style-type: none"> Zeit einberechnen für Beziehungsaufbau Interkulturell kommunizieren, indem beispielsweise die kulturspezifische Begrüßung angewendet wird
	<ul style="list-style-type: none"> Sprachbedingte Kommunikationsschwierigkeiten → Dieser Faktor ist während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses relevant und muss beachtet werden 	<ul style="list-style-type: none"> Professionelle Übersetzer für wichtige Therapieinhalte organisieren Nonverbale Signale beachten Sprach- und kulturspezifische Gruppentherapien durchführen Auf Sprachkurse aufmerksam machen
	<ul style="list-style-type: none"> Kulturspezifischer Schmerzausdruck 	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzausdruck ernst nehmen, anerkennen und darauf eingehen
2. Rahmenbedingungen klären	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhtes Depressionsrisiko, vermehrte Anzeichen von Burnout → Dieser Faktor sollte zudem im Prozessschritt 3 beachtet werden 	<ul style="list-style-type: none"> Sensitive Assessments Genaue Evaluation Bei Bedarf psychologische Betreuung organisieren
	<ul style="list-style-type: none"> Spirituelle und religiöse Auffassung der Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> Einstellungen im Gespräch erfragen und Interesse zeigen Kulturspezialist bei Bedarf beiziehen, dies kann auch bei anderen Faktoren sinnvoll sein

- Wenig Wissen oder falsche Annahmen zu Krankheitsursache
 - Pessimistische Zukunftsansicht bezüglich Arbeitsrückkehr
 - Längere Phasen krankgeschrieben, öfters arbeitslos
 - Finanzielle Schwierigkeiten und Sorgen
 - Erhöhter Medikamentengebrauch
 - Diskrepanz zwischen Klient und Therapeut bezüglich den Erwartung an die Therapie
→ Dieser Faktor sollte unbedingt schon im Schritt drei angesprochen werden, die Zielsetzung jedoch gehört zu Schritt vier
 - Unterschiede des Bildungsniveaus / der Bildungsmöglichkeiten
 - Personen mit Migrationshintergrund profitieren von einem strukturierten, interdisziplinärem Rehabilitationsprogramm in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit
 - Gute Aufklärung mithilfe von Bildern und konkreten Beispielen
 - Grundlegendes Wissen zu Anatomie und Physiologie des Körpers anhand eines (muttersprachlichen) Anatomieatlas vermitteln
 - Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (2002) anwenden
 - Das Motivational Interviewing sollte nicht nur in Schritt 2, sondern in der gesamten Therapie angewandt werden
 - Mit dem Arzt die Wichtigkeit der Arbeitsrückkehr besprechen
 - Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter
 - Gute Aufklärung über Medikation
 - Für genaue Informationen Arzt oder Pflegefachperson beiziehen
 - Gemeinsam und frühzeitig Ziele setzen
 - Hilfreiches Zielsetzungsassessment: COPM
 - Einfach, verständlich sprechen
 - Um Therapieinhalte zu erklären Bilder, Zeichnungen, einfache Erklärungsmodelle anwenden
 - Ergotherapeutisches Assessment WRI / WEIS einsetzen
 - Arbeitsplatzabklärung
 - Ergonomietraining durchführen
 - Anhand von Videoaufnahmen Bewegungen üben
4. Sich auf Ziele einigen / planen

5. Plan umsetzen	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor Bewegung, passives Coping, gering wahrgenommenes Aktivitätsniveau • Aktiver Ansatz wählen, betätigungsorientierte Therapie durchführen • ADL Training
	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtigkeit der Schmerzerkennung → Dieser Faktor soll während des gesamten Prozesses beachtet werden • Familie in die Therapie miteinbeziehen: zu einem Besuch einladen oder Hausbesuch durchführen → Informationen über Erkrankung vermitteln, Bedürfnisse klären
3. Erheben und bewerten	Diesen Prozessschritten konnte explizit kein Faktor zugeordnet werden. Viele der aufgeführten Faktoren sind während des gesamten Prozesses zu beachten.
6. Überwachen / verändern	
7. Ergebnis bewerten	

4.5 Limitierungen

Migration und chronische Schmerzen sind zwei sehr komplexe, kontextabhängige Phänomene. Verschiedenste Faktoren beeinflussen sich gegenseitig, was es sehr schwierig macht genaue Zusammenhänge zu erkennen und zu erörtern. Es ist eine Limitierung, dass die Hintergründe und Zusammenhänge der Faktoren schwer festzustellen sind. Sie werden deshalb in der Bachelorarbeit nicht vollständig diskutiert.

Bei einigen aufgeführten Faktoren gestaltete sich der konkrete Theorie-Praxis Transfer schwierig. Um zum Beispiel auf die Depressivität einzugehen, bedarf es der Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen. Es ist schwierig zu definieren welche Aufgaben die Ergotherapie bei solchen Faktoren übernimmt.

Es gibt Faktoren, die mehrfach in der Literatur zu finden waren, welche aber nicht im Ergebnissteil dieser Bachelorarbeit aufgeführt wurden. Einer ist beispielsweise, dass viele Migranten mit chronischen Schmerzen in der Blue-Collar Branche tätig sind (Norrefalk et al., 2006; Soares et al., 2004). Der Beruf des Klienten sollte bei der ersten Evaluation erfragt werden. Bei Bedarf findet ein spezifisches Arbeitstraining statt oder angepasstes Er-

gonomettraining wird durchgeführt, unabhängig davon in welcher Branche der Klient tätig ist.

Die Literatursuche der Bachelorarbeit integrierte allgemein Menschen mit Migrationshintergrund. Da Migranten nach den Verfasserinnen eine heterogene Gruppe darstellen, ist die generelle Übertragbarkeit eingeschränkt.

Die Bachelorarbeit wurde mit fünf Hauptstudien durchgeführt, diese Anzahl ist eher klein. Zudem wurde nur eine der Hauptstudien in der Schweiz durchgeführt.

Die Studien beziehen sich nicht explizit auf die Ergotherapie. Die Verknüpfung mit der Ergotherapie wurde von den Verfasserinnen hergestellt.

Ein Ergotherapeut kann Migranten mit chronischen Schmerzen in verschiedenen Therapiesettings (Psychiatrie, Arbeitsrehabilitation, Orthopädie) behandeln. Dies wurde in dieser Bachelorarbeit nicht berücksichtigt.

5 Schlussteil

5.1 Schlussfolgerungen

In diesem Abschnitt werden die Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit zusammengefasst.

In der bearbeiteten Hauptliteratur tauchten verschiedene Faktoren auf, welche bei der Behandlung von Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund beachtet werden müssen, um eine erfolgreiche Therapie zu begünstigen. Dabei konnten allen drei Hauptbereichen des CMOP-E Faktoren zugeordnet werden. Dies unterstreicht nach den Verfasserinnen die ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapie. Bei Klienten im erwerbstätigen Alter mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen ist es wichtig sie sobald wie möglich zurück an den Arbeitsplatz zu vermitteln und arbeitsrelevantes Training durchzuführen.

Viele der aufgeführten Faktoren im Ergebnisteil tauchen bereits im theoretischen Hintergrund dieser Bachelorarbeit auf. In den Hauptstudien sind allgemeine Faktoren der Schmerzchronifizierung bei Migranten auffällig ausgeprägt vorzufinden (beispielsweise eine depressive Stimmungslage, Ängstlichkeit, passives Coping, oder die Kommunikation von Schmerzen). Die Verfasserinnen ordnen deshalb Menschen mit Migrationshintergrund der Risikogruppe für chronische Schmerzen zu. Demnach ist nicht nur die Behandlung dieser Klienten sorgfältig und bewusst durchzuführen, sondern auch die Prävention spielt eine grosse Rolle.

5.2 Offene Fragen

Diese Bachelorarbeit lässt den Aspekt der Prävention ausser Acht. Wie kann bei Menschen mit Migrationshintergrund präventiv vorgegangen werden, damit sich Schmerzen nicht chronifizieren? Welchen Beitrag kann die Ergotherapie leisten?

Weitere Forschung, spezifisch für die Ergotherapie ist in diesem Gebiet nötig.

5.3 Zukunftsaussicht

Chronische Krankheiten werden in Zukunft tendenziell zunehmen (Rheumaliga Bern, 2011). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Thematik dieser Bachelorarbeit auch für die Zukunft.

Fitzgerald, Mullavey-O'Byrne und Clemson (1997) erwähnen in ihrem Review, dass in der Ergotherapie häufig auf die Werte und Vorstellungen der Klienten geachtet wird. Kulturelle Kompetenz bedeutet aber genauso, dass die Therapeuten sich ihren eigenen kulturellen und persönlichen Werten und Vorurteilen bewusst sind. Dies sollte in der Zukunft noch mehr umgesetzt werden.

6 Verzeichnis

6.1 Literaturverzeichnis

- Aigner, M., Piralic-Spitzl, S., Freidl, M., Prause, W., Lenz, G. & Friedmann, A. (2006).
Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung – eine Vergleichs-
studie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich.
Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 7, 38-42.
- Allison, T.R., Symmons, D.P, Brammah, T., Haynes, M., Rogers, A., Roxby, M. & Urwin,
M. (2002). Musculoskeletal pain is more generalised among people from ethnic mi-
norities than among white people in Greater Manchester. *Annals of the Rheumatic
Diseases*, 61, 151-156.
- Bach, M. (2006). Das bio-psycho-soziale Schmerzmodell. In A. Sander-Kiesling, W. Hart-
mann, R. Likar & W. Ilas (Hrsg.), *Kursbuch Schmerz: Der akute und der chronische
Schmerzpatient* (S.52-85). Bremen: UNI-MED Verlag AG.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2008). Migration und Gesundheit – Kurzfassung der
Bundesstrategie Phase II (2008-2013). Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de> am 22.08.2012
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2012). Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in
der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migra-
tionsbevölkerung in der Schweiz, 2010. Heruntergeladen von
<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de> am 10.02.2013
- Bauer, A.M. & Alegria, M. (2010). Impact of patient language proficiency and interpreter
service use on the quality of psychiatric care: a systematic review. *Psychiatric Ser-
vices*, 61, 765–773.
- Berthoud, C. (2012). *Dequalifiziert! Das ungenutzte Wissen von Migrantinnen und Migran-
ten in der Schweiz*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- BFM - Bundesamt für Migration (2011). Warum Menschen migrieren – Migrationsgründe.
Heruntergeladen von
http://www.bfm.admin.ch/content/bfm/de/home/themen/migration_analysen/weltweit_e_migration/migrationsgruende.html am 19.02.2013

Bhugra, D. & Becker, M. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4, 18-24.

Bonica, J.J. (1990). General Considerations of Chronic Pain. In J. Bonica & J. Loeser (Hrsg.), *The Management of Pain* (S. 159-179). Philadelphia: Lea & Febiger.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2013). Sinn und Zweck der beruflichen Vorsorge. Heruntergeladen von <http://www.bsv.admin.ch/themen/vorsorge/00039/00335/index.html?lang=de> am 30.03.2013

Bundesamt für Statistik (2011). Migration und Integration – Analysen Migration, die ausländische Bevölkerung in der Schweiz. Heruntergeladen von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos/la_population_etrangere.html am 22.08.2012

Bundesamt für Statistik (2012). Arbeit und Erwerb - Definitionen. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html> am 20.12.2012

CAOT - Canadian Association of Occupational Therapists (1997). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa : CAOT.

Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H.J. (2007). Introducing the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the context. In E. Townsend & H. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (S. 229-246). Ottawa, Ontario: CAOT.

Davis, J., Craik, J. & Polatajko, H.J. (2007). Using the Canadian Process Practice Framework: Amplifying the context. In E. Townsend & H. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (S. 247-276). Ottawa, Ontario: CAOT.

Duden (2012). Die deutsche Rechtschreibung (25.Auflage). Mannheim: Dudenverlag.

Erll, M. & Gymnich, M. (2010). *Interkulturelle Kompetenzen – Erfolgreich Kommunizieren zwischen den Kulturen*. Stuttgart: Klett.

Ernst, G. (2000). The Myth of the 'Mediterranean Syndrome': do Immigrants feel different pain?. *Ethnicity & Health*, 5, 121-126.

- Fitzgerald, M.H., Mullavey-O'Byrne, C. & Clemson, L. (1997). Cultural issues from practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44, 1-21.
- Flotho, W. (2009). Psychosomatik. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 363-387). Stuttgart: Thieme.
- Fydrich, T., Bastian, H. & Flor, H. (2004). Rolle der Familie und sozialer Unterstützung bei chronischen Schmerzen. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 217-225). Berlin: Springer.
- Glier, B. & Erim, Y. (2004). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 227-239). Berlin: Springer.
- Haertl, K. (2008). Journaling as an Assessment Tool in Mental Health. In B.J. Hemphill-Pearson (Hrsg.), *Assessments in Occupational Therapy Mental Health* (S.61-79). Thorofare: SLACK.
- Hasenbring, M. & Pflingsten, M. (2004). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 99-116). Berlin: Springer.
- Heigl, F., Kinébanian, A. & Josephsson, S. (2011). I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 36-48.
- IASP - International Association for the Study of Pain (2011). Classification of Chronic Pain. Heruntergeladen von http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2687 am 20.12.2012
- Imhasly, P. (2007). Muskuloskelettale Gesundheit – Chronische Schmerzen. *Nationales Forschungsprogramm NFP 53*, 7, 1-7.
- Kavuk, I., Weimar, C., Kim, B.T., Gueneyli, G., Araz, M., Klieser, E., Limmroth, V., Diener, H.C. & Katsarava, Z. (2006). One-year prevalence and socio-cultural aspects of

chronic headache in Turkish immigrants and German natives. *Cephalalgia*, 26, 1177-1181.

Kellner, U., Halder, C., Litschi, M. & Sprott, H. (2012). Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study. *Clinical Rheumatology*, 32, 189-197.

Kilcher, A. & Spiess, R. (2003). Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84, 452- 460.

Kirchner, J. (2011). *Menschen mit chronischen Schmerzen – Möglichkeiten und Grenzen der Arbeitsintegration*. Glarus, Chur: Rüegger.

Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (2010). *Schmerzpsychotherapie*. Berlin: Springer.

Kurita, G.P., Sjøgren, P., Juel, K., Højsted, J. & Ekholm, O. (2012). The burden of chronic pain: A cross-sectional survey focussing on diseases, immigration and opioid use. *PAIN*, 153, 2332-2338.

Lagemann, H. (2009). Ergotherapeutische Behandlung. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 107-124). Stuttgart: Thieme.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J. & Pollock, N. (2009 a). *Canadian Occupational Performance Measure*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M.A., Pollock, N. & Baptiste, S. (2009 b). Das kanadische Modell der „occupational performance“ und das „Canadian Occupational Performance Measure“. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Stubner & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 156-170). Heidelberg: Springer.

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form - Quantitative Studies*. Canada: McMaster University.

Leadley, R.M., Armstrong, N., Lee, Y.C., Allen, A. & Kleijnen, J. (2012). Chronic Diseases in the European Union: The Prevalence and Health Cost Implications of Chronic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26, 310-325.

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0). Canada: McMaster University.
- Löfvander, M. (1999). Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long term sick leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 164-169.
- Löfvander, M. & Engström, A.W. (2004). „Unable and useless“ or „able and useful“? A before and after study in the primary care of self-rated inability to work in young immigrants having long-standing pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 17, 91-100.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Heruntergeladen von http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Publications/FreeBooks/Classification_of_Chronic_Pain/default.htm am 21.01.2013
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Müllersdorf, M., Zander, V. & Eriksson, H. (2011). The magnitude of reciprocity in chronic pain management: experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 637-645.
- Norrefalk, J.R., Ekholm, J. & Borg, K. (2006). Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3- year follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, 87-92.
- Norrefalk, J.R., Svensson, O., Ekholm, J. & Borg, K. (2005). Can the back-to-work-rate of patients with long-term non malignant pain be predicted. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28, 9-16.
- Polatajko, H.J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., Jarman, J., Krupa, T., Lin, N., Penland, W., Rudman, D.L., Shaw, L., Amoroso, B. & Connerschisler, A. (2007). Human occupation in context. In E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (S. 37-62). Ottawa, Ontario: CAOT.

- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E.A. Townsend & H.J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (S. 13-36). Ottawa, Ontario: CAOT.
- Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M. & Persson, D. (2012). Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 328-340.
- Razum, O. (2007). Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *International Journal of Public Health*, 52, 75-77.
- Reitz, S.M., Austin, D.J., Brandt, L.C., DeBrakeleer, B., Franck, L.G., Homenko, D.F., McQuade, L.J. & Slatter, D.Y. (2006). Guidelines to the Occupational Therapy Code of Ethics. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60, 652-658.
- Rheumaliga Bern (2011). 7. Trendtage Gesundheit Luzern zu chronischen Krankheiten. Heruntergeladen von http://www.rheumaliga.ch/ch_News/Article126?source_space=be_News&overwriteActiveDoc=be.Aktuelles&language=de am 20.04.2013
- Rheumaliga Schweiz (n.d.). Fibromyalgie – die rätselhafte Schmerzerkrankung. Heruntergeladen von <http://www.rheumaliga.ch/ch/Fibromyalgie> am 30.03.2013
- Rheumaliga Schweiz (n.d.). Rheuma – eine schmerzvolle Herausforderung. Heruntergeladen von <http://www.rheumaliga.ch/ch/Rheuma> am 30.03.2013
- Rodewig, K. (2000). Stationäre psychosomatische Rehabilitation von Migranten aus der Türkei. Sind monokulturelle Behandlungseinheiten sinnvoll?. *Psychotherapeut*, 45, 350-355.
- Saastamoinen, P., Laaksonen, M., Leino-Arjas, P. & Lahelma, E. (2008). The effect of pain on sickness absence among middle-aged municipal employees. *Occupational & Environmental Medicine*, 66, 131-136.
- Scascighini, L., Litschi, M., Walti, M. & Sprott, H. (2011). Effect of an Interdisciplinary Out-patient Pain Management Program (IOPP) for Chronic Pain Patients with and with-

out Migration Background: A Prospective, Observational Clinical Study. *Pain Medicine*, 12, 706-716.

Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87-96.

Schöpf, J. (2003). *Psychiatrie für die Praxis*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

SGSS - Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (2013). Heruntergeladen von <http://www.pain.ch/medizin/schmerzsyndrome/chronische-schmerzen/> am 11.02.2013

SKOS - Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2011). Heruntergeladen von <http://www.skos.ch/de/?page=veranstaltungen/archiv/solothurn11.php> am 07.04.2013

Sleptsova, M., Wössmer, B. & Langewitz, W. (2009). Migranten empfinden Schmerz anders. *Schweiz Med Forum*, 9, 319-321.

Sloots, M., Dekker, J.H., Bartels, E.A., Geertzen, J.H. & Dekker, J. (2011). Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1324-1329.

Sloots, M., Dekker, J.H., Pont, M., Bartels, E.A., Geertzen, J.H. & Dekker, J. (2010). Reasons for Drop-Out from Rehabilitation in Patients of Turkish and Moroccan Origin with Chronic Low Back Pain in The Netherlands: a qualitative Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 566-573.

Soares, J.J., Sundin, Ö. & Jablonska, B. (2004). Psychosocial Experiences of Foreign and Native Patients with/without Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 36-48.

Stange-Budumlu, Ö. (2005). Praxisbericht eines Krankenhausarztes. Behandlung ausländischer Patienten im Krankenhaus. In T. Ratajczak & C. Stegers (Hrsg.), *Globalisierung in der Medizin* (S. 39-54). Berlin: Springer.

- Steier-Mecklenburg, F. (2008). Zur Bedeutung von Arbeit. In K. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S. 2-9). Stuttgart: Thieme.
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Taloyan, M., Sundquist, J. & Al-Windi, A. (2008). The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: A comparative study of Kurdish-born and Swedish-born people. *Nord Journal of Psychiatry*, 62, 392-398.
- Tölle, T.R. & Berthele, A. (2004). Biologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H.P. Rehfisch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 77-97). Berlin: Springer.
- Townsend E.A. & Polatajko H.J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT.
- UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2012). Migrant/ Migration. Heruntergeladen von <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/> am 20.02.2013
- Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- WFOT - World Federation of Occupational Therapists (2011). Statement on Occupational Therapy. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/WhatisOccupationalTherapy.aspx> am 25.08.2012
- WHO - World Health Organisation (1946). WHO Definition of Health. Heruntergeladen von <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> am 19.02.2013

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Canadian Model of Performance and Engagement (CMOP-E) nach Polatajko et al. (2007). In Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. & Weber, P. (2009). <i>Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis</i> . Heidelberg: Springer.....	20
Abbildung 2. Canadian Practice Process Framework (CPPF) nach Polatajko et al. (2007). In Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Stubner, B. & Weber, P. (2009). <i>Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis</i> . Heidelberg: Springer.....	23

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Migration und Gesundheit - Erklärungsmodell nach Schenk (2007).....	13
Tabelle 2. Prozessschritte CPPF.....	24
Tabelle 3. Einschlusskriterien.....	27
Tabelle 4. Theorie-Praxis Transfer.....	53

6.4 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
ADL	Activities of Daily Living
AOTA	American Occupational Therapy Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFM	Bundesamt für Migration
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMOP-E	Canadian Model of Performance and Engagement
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CPPF	Canadian Practice Process Framework
IASP	International Association for the Study of Pain
SGSS	Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WEIS	Work Environment Impact Scale
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation
WRI	Worker Role Interview

6.5 Glossar

Begriff	Definition
bagatellisieren	Beschönigen; verharmlosen (Duden, 2012)
Betätigungsperformanz	Die Fähigkeit zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies beinhaltet Aktivitäten in den verschiedenen Betätigungsbereichen (ADL, IADL, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation. Betätigungsperformanz entsteht im Zusammenspiel zwischen der Person, dem Kontext und der Aktivität. (American Occupational Therapy Association, 2002)
Bezugsrahmen	Teiltheorie (aus den Bezugswissenschaften), die zum einen für die Bezugswissenschaft selbst eine Funktion hat, zum anderen Teil eine handlungsleitende Basis für bestimmte Aspekte in der ergotherapeutischen Praxis liefert. Sie gibt zum Teil auch Begründungen und Begrenzungen für Modelle und Methoden in der Praxis (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007, zitiert nach Turner & Hagedorn, 1992)
Blue-Collar Worker	Historisch gesehen sind Blue-Collar Worker Personen der Arbeiterklasse. Sie arbeiteten oft als Handwerker im Stundenlohn und trugen blaue Arbeiterkleidung. Im Gegensatz dazu standen die White-Collar Worker, welche in zum Beispiel Büros fest angestellt waren. Heutzutage zählt man allgemein Arbeiter aus der Handwerker-, und der Industriebranche zu den Blue-Collar Workern. (Investopedia, n.d.)
Branchen	Wirtschafts-, Geschäftszweige (Duden, 2012)
Dimensionen	Mehrzahl von Dimension: Ausdehnung; [Aus]mass; Bereich (Duden, 2012)
Drop-out	Drop-out-Rate ist der „Anteil derjenigen, die etwas abbrechen, mit etwas aufhören“ (Duden, 2012). Drop-out ist demnach das Abbrechen, Aufhören zum Beispiel bei einem Therapieprogramm.
einheimisch	Einheimische Personen sind aus einem bestimmten Ort, Land, einer bestimmten Gegend stammend und dort lebend, ansässig (Duden, 2012). In dieser Arbeit sind demnach die Personen, welche aus dem Land stammen, in welchem die Studie durchgeführt wurde, einheimisch.

Ethnie	Volk; Stamm. Ethnisch = die (einheitliche) Kultur- und Lebensgemeinschaft einer Volksgruppe betreffend (Duden, 2012)
externalisieren	Nach aussen verlagern (Duden, 2012)
heterogen	Ungleichartig (Duden, 2012)
katastrophisieren	„Katastrophisieren ist die Tendenz, negative Konsequenzen zu erwarten und die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von negativen Ereignissen zu überschätzen.“ (Schneider, 2004, S. 198)
Kausalität	Zusammenhang; kausaler Zusammenhang bedeutet, dass ein Merkmal die Ursache für die Wirkung auf ein anderes Merkmal ist (Meichtry, 2011)
Kinesiophobie	Angst vor der Bewegung (Pells et al., 2007)
Kognition	Gesamtheit aller Prozesse, die mit dem Wahrnehmen und Erkennen zusammenhängen (Duden, 2012)
Kohortendesign	Das Kohortendesign ist ein beobachtendes Design, das den Zusammenhang zwischen einer oder mehreren Expositionen und beispielsweise dem Auftreten einer Krankheit untersucht. Eine Kohorte, welche exponiert war (beispielsweise Migranten) wird mit einer Kohorte nicht-exponierter (beispielsweise einheimische Personen) verglichen. Eine Kohorte ist eine Gruppe Menschen, welche durch ein zeitlich gemeinsames, längerfristig prägendes Startereignis definiert wird (Geburt, politisches Ereignis und andere). (Grimes & Schulz, 2002)
kontextabhängig	Abhängig vom Kontext. Der Kontext umfasst eine Vielzahl von zusammenhängenden, sich beeinflussenden (Umwelt-) Bedingungen, welche die Betätigungsperformanz eines Menschen beeinflussen. Es gibt den kulturellen, physischen, sozialen, persönlichen, spirituellen, zeitlichen und virtuellen Kontext. (American Occupational Therapy Association, 2002)
Kontrollüberzeugung	Das psychologische Konzept der Kontrollüberzeugungen befasst sich damit, wie sehr eine Person bestimmte Ereignisse als das Ergebnis des eigenen Handelns oder als etwas Schicksalhafteres von Aussen wahrnimmt. Ein hohes Mass an Kontrollüberzeugungen gilt als eine Ressource für die Gesundheit. Personen mit einer schwachen Kontrollüberzeugung sehen

sich ihren Problemen ausgeliefert und glauben, wenig Kontrolle über ihr Leben zu haben. (Bundesamt für Statistik, 2013)

kollektiv	gemeinschaftlich, gruppenweise (Duden, 2012)
konjunkturabhängig	Abhängig von der Konjunktur. Konjunktur ist die wirtschaftliche Gesamtlage von bestimmter Entwicklungstendenz, beziehungsweise der wirtschaftliche Aufschwung (Duden, 2012)
kultursensitiv	empfindlich für die Kultur (Duden, 2012)
maligne	Das Wort wird in der Medizin verwendet. Maligne Schmerzen sind Schmerzen bösartiger; gefährlicher; lebensbedrohlicher Herkunft, beispielsweise aufgrund eines Tumors. (Duden, 2012)
Mamma-Mia Syndrom	Dabei handelt es sich um ein Syndrom, welches wissenschaftlich nicht fundiert ist. Es beschreibt die stark ausgeprägte Schmerzäußerung von Klienten vor allem aus Südeuropa und Südosteuropa. Die Zuschreibung des Mamma-Mia Syndroms erfolgt meistens durch mitteleuropäische Gesundheitsfachleute, welchen diese Art der Schmerzäußerung unbekannt ist und übertrieben scheint. (Bunge, 2004)
Mixed-MethodsDesign	Dieses Forschungsdesign mischt die qualitative Forschung mit der quantitativen Forschung. (Creswell & Plano Clark, 2007)
Morbus Mediterraneus	Es handelt sich bei diesem Begriff nicht um eine offizielle Krankheit, sondern vielmehr um ein beobachtetes Phänomen. Der Morbus Mediterraneus beschreibt eine für Nord- und Mitteleuropäer ungewohnt und überzogen empfundene Form der Schmerzäußerung von Personen aus südlichen Ländern. Die Schmerzkommunikation im mitteleuropäischen Raum ist eher zurückhaltend, bei Menschen südeuropäischer und orientalischer Kulturen wird der Schmerz oft lautstark und für ihre Umgebung sichtbar zum Ausdruck gebracht (Nowack, 2012). Der Begriff gilt als veraltet und diskriminierend.
pathophysiologisch	Adjektiv des Nomens Pathophysiologie: Lehre von den Krankheitsvorgängen und Funktionsstörungen [in einem Organ] (Duden, 2012)

Prävalenz	Rate der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit Erkrankten (im Vergleich zur Zahl der Untersuchten) (Duden, 2012)
reliabel	Vom Wort Reliabilität. „Reliabilität (Zuverlässigkeit) ist ein wichtiges Kriterium für die Genauigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung. Damit ist gemeint, dass man unter gleichen Rahmenbedingungen zu den immer gleichen Ergebnissen kommen muss – es treten keine zufälligen Fehler auf. Wenn zum Beispiel ein Experiment wiederholt wird und dabei dieselben Ergebnisse erzielt werden, wie bei der ersten Durchführung, spricht dies dafür, dass es reliabel ist.“ (Statista-Lexikon, 2012)
Schmerzätiologie	Ätiologie ist die Lehre der Ursachen, der Krankheiten (Duden, 2012). Schmerzätiologie ist demnach die Lehre der Ursache des Schmerzes.
Segregation	Trennung von Personen(gruppen) mit gleichen sozialen Merkmalen von Personen(gruppen) mit anderen Merkmalen, um Kontakte untereinander zu vermeiden (Duden, 2012)
Selbstwirksamkeit	Die persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen. Dies beeinflusst das Fühlen, Denken, sich Motivieren und auch Handeln einer Person. (Lexikon für Psychologie und Pädagogik, 2003)
somatisch-nozizeptiv	Somatisch: medizinischer Begriff für das Soma betreffend; körperlich (Duden, 2012). Nozizeptiv: die Schmerzempfindung betreffend. Nozizeptiver Schmerz entsteht durch mechanische, thermische, elektrische oder chemische Stimulation der Schmerzrezeptoren. Es handelt sich um eine physiologische Stimulation. (Lexikon für Psychologie und Pädagogik, 2003)
somatoform	Somatoform ist die Adjektivform des Nomens Somatisierung. Somatisierung ist die Tendenz, psychisches und soziales Leiden körperlich auszudrücken, beispielsweise durch undefinierbare Schmerzen. Charakteristisch ist die fehlende Objektivierbarkeit der körperlichen Symptomatik (Weiss, 2005)
sozioökonomisch	Die Gesellschaft wie die Wirtschaft, (Volks)wirtschaft in ihrer gesellschaftlichen Struktur betreffend (Duden, 2012)

Stressoren	Mittel, die Stress bewirken; Faktoren, welche Stress auslösen (Duden, 2012)
transkulturell	Erklärt anhand des Begriffes transkulturelle Kompetenz: „transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer individuellen Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können. Sie ist besonders für Gesundheitsfachpersonen von grosser Wichtigkeit; denn unreflektierte Verallgemeinerungen und Vorurteile über einzelne Personen oder ganze Personengruppen verhindern den Blick auf deren tatsächliche Probleme und damit auch eine angemessene Behandlung und Pflege.“ (Schweizerisches Rotes Kreuz, n.d.)
Transferabilität	Übertragbarkeit; „die Möglichkeit, Studienergebnisse in einen anderen Kontext zu übertragen“ (Malterud, 2001)

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609–639.
- Bundesamt für Statistik (2013) Kontrollüberzeugungen. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/dos/04/05.html> am 12.03.2013
- Bunge, C. (2004). Zum Mythos des „Mittelmeer-Syndroms“ – zur Bedeutung von Kultur und Migration auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten. Heruntergeladen von http://www.agem-ethnomedizin.de/download/Christiane_Bunge_Mittelmeersyndrom.pdf am 20.04.2013
- Creswell, J. W. & Piano Clark, V. L. (2007). Designing and Conducting Mixed Methods Research. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31, 388.
- Duden (2012). Die deutsche Rechtschreibung (25.Auflage). Mannheim: Dudenverlag.

- Grimes, D. A. & Schulz, K. F. (2002). Cohort studies: marching towards outcomes. *THE LANCET*, 359, 341-345.
- Grimm, M. & Habermann, C. (2009) Gedächtnisstörungen. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S.676). Stuttgart: Thieme.
- Investopedia (n.d.). Blue Collar. Heruntergeladen von <http://www.investopedia.com/terms/b/bluecollar.asp#> am 25.04.2013.
- Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2003). Selbstwirksamkeit. Heruntergeladen von <http://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung/> am 18.04.2013
- Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2003). Nozizeptiver Schmerz. Heruntergeladen von <http://lexikon.stangl.eu/1748/nozizeptiver-schmerz/> am 20.04.2013
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *THE LANCET*, 358, 483-488.
- Meichtry, A. (2011). *Einführung in die Statistik*. Winterthur: Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Nowack, P. (2012). Kein Mensch passt in eine Schublade. Heruntergeladen von <http://www.fazschule.net/project/die-welt-in-bewegung2011/842> am 21.04.2013
- Pells, J., Edwards, C.L., McDougald, C.S., Wood, M., Barksdale, C., Jonassaint, J., Leach-Beale, B., Byrd, G., Mathis, M., Harrison, M.O., Feliu, M., Edwards, L.Y., Whitfield, K.E. & Rogers, L. (2007). Fear of movement (kinesiophobia), pain, and psychopathology in patients with sickle cell disease. *Clinical Journal of Pain*, 23, 707-713.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (2007). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (n.d.). Transkulturelle Kompetenz. Heruntergeladen von <http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/index2.php?m=7&tc=18> am 20.04.2013

Statista-Lexikon (2012). Reliabilität. Heruntergeladen von

<http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/115/reliabilitaet/> am 20.04.2013

Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Barbara Aegler für die motivierende und herzliche Unterstützung. Sie lieferte uns wertvolle fachliche Inputs. Weiter danken wir sämtlichen Personen, die mit Korrekturen und anregenden Diskussionen über das Thema bei der Realisierung dieser Bachelorarbeit geholfen haben. Unser soziales Umfeld begleitete uns durch anstrengende Zeiten und gab uns Rückhalt.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir diese Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

Anja Wittwer

Sandra Brunner

7 Anhang

7.1 Wortzahl

Abstract: 173
 Arbeit: 11'934

7.2 Tabelle Schlüsselwörter

Schlüsselwörter / Stichwörter	Keywords	Synonyme, Unterbegriffe Oberbegriffe	Schlagwörter
Ergotherapie	occupational therapy	intervention, treatment, session, handling, therapy	MeSH und CINAHL Headings: Occupational Therapy
Chronische Schmerzen	chronic pain	long-term/ persistent/ non-malignant pain	MeSH und CINAHL Headings: Chronic Pain
Ethnischer Hintergrund	ethnic background	culture, cultural background, transcultural, cultural diversity, intercultural	CINAHL Headings: Cultural Competence MeSH: Ethnic Groups, ethnology, ethnicity, Culture, Ethnopsychology, Transcultural Psychology
Migrant, Migration	migrant, migration	immigrants, migrants, transients, foreigner, migration background, non-natives	CINAHL Headings: Transients and Migrants MeSH: Immigrants, Immigration
Arbeit	work	vocational rehabilitation, return-to-work, sick leave, blue collar workers, employment, labour, job, occupation	CINAHL Headings: Work, Employment MeSH: Work, Employment

7.3 Methodik

Zahl	Keywords
1	migr*** NOT migraine
2	immigrants
3	foreign
4	ethnic
5	transcultural
6	„chronic pain“ NOT arthr*** NOT cancer
7	„long-term pain“ NOT arthr*** NOT cancer
8	„chronic pain“ AND „non-malignant“
9	„occupational therapy“
10	work
11	rehabilitation

Kombination Keywords	CINAHL	Medline	PsycInfo	Ovid Nursing
1 AND 6	16	89 Kellner, Halder, Litschi & Sprott, 2012	216	66
1 AND 6 AND 9	0	0	6	2
1 AND 6 AND 10	3	5	55	52
1 AND 6 AND 11	1	3	48	22
1 AND 7	1	5	6	5
1 AND 8	0	1	16	1
2 AND 6	15 Lövfander, 1999 Norrefalk, Ek- holm & Borg, 2006 Soares, Sundin & Jablonska, 2004	17	95	28
2 AND 6 AND 9	0	0	5	0
2 AND 6 AND 10	4	2	40	27
2 AND 6 AND 11	7	3	27	10
2 AND 7	1	1	2	1
2 AND 8	1	1	4	0
3 AND 6	9	78	154	48
3 AND 6 AND 9	0	0	6	3
3 AND 6 AND 10	1	6	39	40

3 AND 6 AND 11	0	2	46	12
3 AND 7	0	3	2	4
3 AND 8	0	1	6	0
4 AND 6	56	76	538	181
4 AND 6 AND 9	0	0	15	4
4 AND 6 AND 10	3	9	211	144
4 AND 6 AND 11	6	6	123	57
4 AND 7	1	1	3	2
4 AND 8	2	0	39	2
5 AND 6	8	7	91	18
5 AND 7	0	0	0	0
5 AND 8	0	0	6	0

7.4 Matrix

Hauptstudien

Kategorien	Hauptstudie 1	Hauptstudie 2	Hauptstudie 3	Hauptstudie 4	Hauptstudie 5
Titel	Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3- year follow-up	Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long term sick leave	Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study	Reasons for Drop-Out from Rehabilitation in Patients of Turkish and Moroccan Origin with Chronic Low Back Pain in The Netherlands: a qualitative Study.	Psychosocial Experiences of Foreign and Native Patients with/ without Pain
Autor	Norrefalk, J.R., Ekholm, J. & Borg, K.	Löfvander, M.	Kellner, U., Halder, C., Litschi, M. & Sprott, H.	Sloots, M., Dekker, J.H., Pont, M., Bartels, E.A., Geertzen, J.H. & Dekker, J.	Soares, J.J., Sundin, Ö. & Jablonska, B.
Journal	Journal of Rehabilitation Medicine	Scandinavian Journal of Primary Health Care	Clinical Rheumatology	Journal of Rehabilitation Medicine	Scandinavian Journal of Occupational Therapy
Jahr	2006	1999	2012	2010	2004
Suchwörter	chronic pain, immigrants, return-to-work	chronic pain, immigrants, rehabilitation	chronic pain, migration background	rehabilitation, chronic low back pain	foreign patients, pain

Ziel	<p>Das Ziel der Studie ist es, Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach einem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm bezüglich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatzrückkehrquote • Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit • Aktivitätslevel • wahrgenommene Schmerzintensität • Medikamentengebrauch <p>festzustellen.</p>	<p>Das Ziel der Studie ist es die Einstellung gegenüber dem Schmerz und der Arbeitsplatzrückkehr bei jungen Migranten herauszufinden mit dem Fokus auf Faktoren, welche den Rehabilitationsprozess beeinflussen.</p>	<p>Ein Vergleich zwischen zwei Gruppen eines achtwöchigen interdisziplinären Schmerzprogramms für Patienten mit chronischen Schmerzen am Universitätsspital Zürich. Verglichen wurden die Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzintensität • Kinesiophobie • Depression • Ängstlichkeit • passives Coping • Katastrophisieren vor und nach dem Programm, sowie bei einem drei, sechs und zwölf Monate Follow-up. 	<p>Das Ziel der Studie ist es, Gründe für Drop-outs aus einem Rehabilitationsprogramm bei Menschen mit Migrationshintergrund und unspezifischen, chronischen Kreuzschmerzen herauszufinden. Die Patienten schieben während der diagnostischen Phase oder während der Behandlung aus einem Rehabilitationsprogramm in den Niederlanden aus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen chronischen Schmerzpatienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf ihr Schmerzempfinden wurden untersucht. • Unterschiede zwischen Schmerzpatienten und schmerzfreien Patienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf demografische/ finanzielle Variablen, Depressionsanzeichen, Burnoutsymptomen und Belastungen am Arbeitsplatz wurden analysiert.
Teilnehmer	<p>67 Personen (Durchschnittsalter 40) davon 30 Migranten und 37 Schweden mit persistierenden nicht malignen Schmerzen</p>	<p>26 Migranten erster Generation (16-45 j.) seit mindestens 6 Wochen krank geschrieben mit chronischen Schmerzen</p>	<p>118 Personen (18-65 j.), davon 50 Migranten und 68 Schweizer mit chronischen Schmerzen (länger als 3 Monate)</p>	<p>23 Personen (25-57j.) mit türkischem oder marokkanischem Migrationshintergrund mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen</p>	<p>1122 Teilnehmer (+20 j.) Eine Gruppe Schmerzpatienten (949) mit chronischen nicht malignen Schmerzen, davon 288 Teilnehmer mit Migrationshintergrund und 661 einheimische Patienten Andere Gruppe schmerzfreier Patienten (173), davon 40 mit Migrationshintergrund und 133 einheimische Patienten.</p>

Erhobene Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatzrückkehrquote • Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit • Wahrgenommenes Aktivitätslevel • Wahrgenommene Schmerzintensität • Medikamentengebrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzerleben • Bedeutung des Schmerzes • Schmerzätiologie • Bevorzugte Behandlungen • Zukunftserwartungen • Arbeitsplatzrückkehrquote 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzintensität • Kinesiophobie • Depressionsniveau • Ängstlichkeit • Passives Coping • Katastrophisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskrepanz Erwartungen an das Rehabilitationsprogramm • Anerkennung der Schmerzen • Vertrauen in die Ärzte • Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Bildungsniveau • Finanzielle Situation • Arbeitsfähigkeit • Depressionsniveau • Burnoutsymptomatiken • Belastungen bei der Arbeit • Schmerzerleben • Medikamentengebrauch • Wahrgenommene Einschränkung
----------------	---	--	--	---	---

Relevante Studien für die Bachelorarbeit

Teilnehmer	Fragestellung/ Ziel	Erhobene Daten	Design	Anwendbarkeit/ Limitierungen in Bezug auf die Bachelorarbeit
<p>Scascighini, L., Litschi, M., Walti, M. & Sprott, H. (2011). Effect of an Interdisciplinary Outpatient Pain Management Program (IOPP) for Chronic Pain Patients with and without Migration Background: A Prospective, Observational Clinical Study. <i>Pain Medicine</i>, 12, 706-716.</p>				
<p>175 Patienten mit chronischen nicht malignen Schmerzsyndromen, 41,7% der Teilnehmer hatten eine andere Muttersprache als Deutsch</p>	<p>Short- and long-term effects of an interdisciplinary outpatient pain program (IOPP) in terms of quality of life, coping strategies, experiencing of pain and pain intensity as well as the influence of age, gender, or migration background.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pain intensity • Pain disability • Cognitive and behavioral coping strategies • Subjective habitual well-being • Pain-related psychological strain 	<p>Quantitativ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sie schliesst Klienten mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund ein • Es handelt sich um das gleiche Programm wie in Hauptstudie 3 • Es werden ähnliche Daten erhoben wie in der Hauptstudie 3 • Diese Daten werden zwischen 2001 und 2005 erhoben, die Daten der Hauptstudie 3 werden zwischen 2006 und 2009 erhoben und sind somit aktueller • Die Studie wird als Diskussionsstudie verwendet
<p>Soares, J.J. & Grossi, G. (1999). Psychosocial Factors, Pain Parameters, Mental Health and Coping among Turkish and Swedish Patients with Musculoskeletal Pain. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>, 6, 174-183.</p>				
<p>65 türkische und 446 schwedische Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen</p>	<p>The objective of the study was to examine differences between 65 Turkish and 446 Swedish patients with musculoskeletal pain in terms of several sociodemographic, pain-related and psychosocial parameters.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demographic/ financial characteristics • Clinical characteristics • Demands, control and job strain • Burnout, emotional distress and self-esteem • Coping 	<p>Quantitativ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie schliesst Migranten ein, jedoch definiert sie den muskuloskeletalen Schmerz nicht als chronisch • Es werden ähnliche Daten erhoben wie in Hauptstudie 5 • Studie konzentriert sich nur auf eine Ethnie

Sloots, M., Dekker, J.H., Bartels, E., Geertzen, J. & Dekker, J. (2011). Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1324-1329.

30 Ärzte wurden zu den Institutionen befragt	To determine whether adaptations for non-native patients have been implemented in pain rehabilitation programmes; to determine whether characteristics of the rehabilitation institute are related to having adaptations for non-native patients in place.	<ul style="list-style-type: none"> • Institute characteristics • Programme adaptations • Adaptations to pain rehabilitation programmes • Correlation between institute characteristics and adaptations 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Es geht um Anpassungen an Rehabilitationsprogrammen für Migranten mit chronischen Schmerzen • Es werden Ärzte befragt und nicht Betroffene • Hauptstudie 4 wurde von den gleichen Autoren durchgeführt • Hauptstudie 4 eignet sich besser, da sie die Teilnehmer befragt
--	--	--	-------------	---

Sloots, M., Dekker, J.H., Bartels, E.A., Geertzen, J.H. & Dekker, H. (2010). Reasons for drop-out in rehabilitation treatment of native patients and non-native patients with chronic low back pain in the Netherlands: a medical file study. *European Journal of physical and Rehabilitation Medicine*, 46, 506-510.

99 Patienten, 47.5% einheimische Patienten und 52.5% Patienten mit Migrationshintergrund	Aim of this study was to determine differences in reasons for drop-out between native patients and non-native patients with chronic non-specific low back pain participating in a rehabilitation program.	<ul style="list-style-type: none"> • Different expectations on content treatment • Language or communication problems • Refusal to participate 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Studie schliesst Migranten mit chronischen unspezifischen Schmerzen ein • Die Studie erhebt die Daten nur anhand der Informationen in medizinischen Akten • Die Studie wird von den gleichen Autoren durchgeführt wie Hauptstudie 4 • Hauptstudie 4 befragt die Teilnehmer und weist eine hohe Qualität auf
--	---	---	-------------	--

Lövfander, M.B. & Engström, A.W. (2004). „Unable and useless“ or „able and useful“? A before and after study in the primary care of self-rated inability to work in young immigrants having long-standing pain. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 17, 91-100.

149 Teilnehmer mit Migrationshintergrund und Schmerzen	To analyse self-rated inability to work before and after a rehabilitation programme in the primary care, and the risk factors for persistent self-rated inability to work.	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety about pain • Depression • Self-rated inability to work 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studienteilnehmer sind Migranten • Es werden nicht nur Patienten mit unspezifischen chronischen Schmerzen in die Studie eingeschlossen • Die Studie erhebt wenige Daten
--	--	--	-------------	---

- Es handelt sich um das gleiche Programm wie bei der Hauptstudie 2
- Lövfander verfasste mehrere Studien über dieses Programm

Sturkenboom, I., Dekker, J., Scheppers, E., Van Dongen, E. & Dekker, J. (2007). Healing care? Rehabilitation of female immigrant patients with chronic pain from a family perspective. *Disability and Rehabilitation*, 29, 323-332.

Familienmitglieder von neun Patientinnen mit türkischen oder marokkanischen Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen	The study aimed to address the social context of rehabilitation by exploring the perspectives of family members regarding rehabilitation of female immigrant patients with a chronic pain condition.	<ul style="list-style-type: none"> • Illness perception • Treatment options • Role of the family 	Qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie schliesst auch Patienten mit Arthritis ein • Wenige Teilnehmer werden befragt • Nur Familienmitglieder von weiblichen Patienten werden befragt • Es ist eine Pilotstudie
---	--	---	------------	--

Sabbioni, M. & Eugster, S. (2001). Interaction of a history of migration with the course of pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 267-269.

57 Patienten (19 schweizer Patienten und 38 Patienten mit Migrationshintergrund) mit Schmerzkrankungen (mit psychologischen Faktoren, DSM IV: 307.80)	The aim was to assess possible cultural- and migration-related effects on outcome in patients with pain disorder.	<ul style="list-style-type: none"> • Patients appraisal of course of illness • Patients appraisal of current general health 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie schliesst Migranten ein, definiert aber die Schmerzkrankungen nicht als chronisch • Es werden nur zwei Faktoren erhoben • Die Studie ist sehr kurz gehalten
---	---	---	-------------	--

Ruppen, W., Bandschapp, O. & Urwyler, A. (2010). Language difficulties in outpatients and their impact on a chronic pain unit in Northwest Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 140, 160-164.

Alle Patienten, welche zwischen Januar	The aim was to study the aspects of communication with immigrants	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Number of consultations 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Studie wird in der Schweiz durchgeführt • Studie erhebt nur den Faktor Sprache
--	---	--	-------------	---

und Dezember, 2006 und 2008 die Schmerzlinik besuchten, wurden in die Analyse eingeschlossen.	and to discuss the effect of language difficulties on the organizational structure of a pain clinic.			<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Schmerzen werden nicht näher definiert
Müllersdorf, M., Zander, V. & Eriksson, H. (2011). The magnitude of reciprocity in chronic pain management: experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25, 637-645.				
5 muslimische, immigrierte Frauen der 1. Generation mit chronischen nicht malignen Schmerzen	To examine the experience of living with musculoskeletal pain and experience of health care among dispersed ethnic populations of Muslim women.	<ul style="list-style-type: none"> • Impact of pain • Managing pain • Facing health care 	Qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie schliesst nur fünf Teilnehmer und nur Frauen mit ein • Sie konzentriert sich nur auf eine Religion
Aigner, M., Piralic-Spitzl, S., Freidl, M., Prause, W., Lenz, G. & Friedmann, A. (2006). Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung – eine Vergleichsstudie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich. <i>Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie</i> , 7, 38-42.				
25 Patienten aus Ex-Jugoslawien, 25 österreichische Patienten mit somatoformer chronischer Schmerzstörung	Ziel der Untersuchung ist es Unterschiede zwischen Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung näher zu beschreiben.	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzintensität • Depressive Symptomatik • Hypochondrische Ängste • Lebensqualität 	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie erhebt Faktoren zu Patienten mit Migrationshintergrund und chronischen somatoformen Schmerzen • Die Studie erhebt ähnliche Faktoren wie Hauptstudie 3 • Die Studie konzentriert sich nur auf eine Ethnie
Davidhzar, R. & Giger, J.N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. <i>International Council of Nurses</i> , 51, 47-55.				
Studien mit Patienten mit Schmerzen und unterschiedlichen kulturellen Hinter-	This article reviews the literature on the care of clients from diverse cultures who are in pain and provides strategies for care.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilize assessment tools to assist in measuring pain • Appreciate variations in 	Review	<ul style="list-style-type: none"> • Das Review schliesst Studien, welche die kulturellen Aspekte bei Schmerzpatienten behandeln, ein • Der Fokus ist allgemein auf Schmerzen

gründen werden im Review behandelt		<p>affective response to pain</p> <ul style="list-style-type: none"> • Be sensitive to variations in communication styles • Recognize that communication of pain may not be acceptable within a culture • Appreciate that the meaning of pain varies between cultures • Utilize knowledge of biological variations • Develop personal awareness of values and beliefs which may affect responses to pain 	<p>und nicht auf chronischen Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Review schliesst alte Studien ein
<p>Green, C.R., Andersen, K.O., Baker, T.A., Campbell, L.C., Decker, S., Fillingim, R.B., Kaloukalani, D.A., Lasch, K.E., Myers, C., Tait, R.C., Todd, K.H. & Vallerand, A.H. (2003). The Unequal Burden of Pain: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Pain. <i>Pain Medicine</i>, 4, 277-294.</p>			
Selektives Literaturreview von Studien mit ethnischen Unterschieden in Bezug auf Schmerzen	To provide health care providers, researchers, health care policy analysts, government, officials, patients, and the general public with pertinent evidence regarding differences in pain perception, assessment, and treatment for racial and ethnic minorities.	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical pain • Factors that influence disparate treatment • Pain assessment • Pain treatment 	<p>Review</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Review konzentriert sich auf Studien über ethnische Unterschiede in Bezug auf Schmerzen • Der chronische nicht maligne Schmerz wird nur in einem Unterkapitel behandelt
<p>Callister, L.C. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. <i>Home Health Care Management & Practice</i>, 15, 207-211.</p>			
Studien zu Schmerzen und den kulturel-	The perception of pain and behaviors associated with pain are	<ul style="list-style-type: none"> • Pain tolerance and perceptions of acute pain 	<p>Review</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Review befasst sich nicht nur mit chronischen Schmerzen

len Einflüssen werden in das Review eingeschlossen	influenced by the sociocultural contexts of the individuals experiencing pain. The article provides an overview of the literature on these cultural influences.	<ul style="list-style-type: none"> • Childbirth pain • Pain tolerance and perception of chronic pain • Pain behaviors • Evaluation of pain by nurses • 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Review schliesst eher alte Studien ein • Das Review ist nicht übersichtlich dargestellt, die Methode ist unklar
<p>Monsivais, D.B. & Engebretson, J. (2011). Cultural Cues: Review of Qualitative Evidence of Patients-Centered Care in Patients with Nonmalignant Chronic Pain. <i>Rehabilitation Nursing</i>, 36, 166-171.</p>			
Qualitative Studien über Patienten mit chronischen nicht malignen Schmerzen	To examine published qualitative studies that explored the beliefs, values, and behaviours of patients with nonmalignant chronic pain during their interactions with the healthcare system.	<ul style="list-style-type: none"> • Beliefs and expectations about appropriate treatment • Appropriate treatment expectations generally not met • Pain-related behaviors patients may exhibit 	<p>Review</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Review bezieht sich auf Studien mit dem Thema chronische nicht maligne Schmerzen • „Cultural Cues“ ist in diesem Review nicht auf das Thema Migration bezogen

7.5 Studienbeurteilung

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
McMaster University

- Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

<p>CITATION</p>	<p>Norrefalk, J.R., Ekholm, J. & Borg, K. (2006). Ethnic background does not influence outcome for return-to-work in work-related interdisciplinary rehabilitation for long-term pain: 1- and 3- year follow up. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i>, 38, 87-92.</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob es einen Unterschied gibt zwischen chronischen Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund und schwedischen chronischen Schmerzpatienten im Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Arbeitsplatzrückkehrquote, • die Eigenwahrnehmung bezüglich Arbeitsfähigkeit • dem Aktivitätslevel • der wahrgenommenen Schmerzintensität <p>Die Patienten besuchten dazu ein interdisziplinäres achtwöchiges Rehabilitationsprogramm.</p> <p>Die Studie führt auf, in welchen Bereichen chronische Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund von einem Rehabilitationsprogramm profitieren können. Sie integriert die Thematiken Migration, chronischer Schmerz und Arbeit, was für die Fragestellung relevant ist. Die Studie eignet sich als Hauptstudie, da sie chronische Schmerzen und den Begriff Migration nach den Kriterien dieser Bachelorarbeit definiert.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Hintergrundliteratur wird verwendet und aufgeführt, um die Problematik darzustellen. Schweden hat sozialwirtschaftliche Probleme, viele Migranten und Blue-Collar Arbeiter. In verschiedenen Studien wird aufgeführt, dass Migranten, die an chronischen Schmerzen leiden, in einem Rehabilitationsprogramm weniger profitieren können, als einheimische Patienten. Verschiedene Hypothesen, weshalb dies so ist werden aufgeführt. Mit Migranten ist es aufgrund von Sprach- und kulturellen Barrieren schwierig Ziele zu setzen. Ausserdem ist Migrationshintergrund bei kranken Personen ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit auf eine Invalidenrente und/ oder die Arbeitsunfähigkeit erhöht.</p> <p>Aufgrund dieser Hintergrundliteratur verfassten die Autoren die Frage, ob ein Migranten von einem strukturierten, interdisziplinärem, arbeitsfokussierten und angepassten Rehabilitationsprogramm genauso profitieren können wie schwedische Patienten.</p>

	In der Einleitung sind wichtige Hintergrundinformationen zusammengefasst, jedoch relativ knapp.
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Zwei Gruppen besuchten dasselbe Rehabilitationsprogramm und es wurde ein ein- und drei Jahres Follow-up durchgeführt. Das Design ist geeignet, um prospektiv zwei Gruppen zu vergleichen. Es wären zu wenig Teilnehmer, um eine RCT zu machen. Es wird nicht erwähnt, ob die Assessments standardisiert sind.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Sample Biases: Bei der Auswahl der Teilnehmer kann ein Bias sein, dass die Wartelisten für die Teilnahme an multiprofessionellen Rehabilitationsprogrammen lang sind und deshalb nur die schwer betroffenen Patienten an dem Programm und somit der Studie teilgenommen hatten. Ausserdem hatten die Patienten bereits vorher etliche Behandlungsmassnahmen ausprobiert und gelten somit als „übertherapiert“. Dies kann die Rehabilitation beeinflussen. Wenn man die Migranten Gruppe und die nicht-Migranten Gruppe vergleicht fällt auf, dass die Migranten Gruppe heterogen, während die nicht-Migranten Gruppe eher homogen auftritt (betreffend Kultur, Sprache), was eine Verfälschung hervorrufen kann. Des Weiteren sind/ waren die Hälfte der Migranten als Reinigungskraft angestellt. Dies, obwohl sie einen anderen Beruf erlernt hatten, den sie aber aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten in Schweden nicht ausführen konnten. Während dem drei Jahres Follow-up nahmen die Teilnehmer ohne Migrationshintergrund weniger Schmerzmittel zu sich, als die Migranten. Dieser Bias könnte entstanden sein, weil die Teilnehmer vom interdisziplinärem Team zu wenig über den richtigen Medikamentengebrauch aufgeklärt worden sind.</p> <p>Measurement Biases: Es wurden verschiedene Messinstrumente verwendet, es wird jedoch nicht erwähnt, ob diese standardisiert waren.</p> <p>Intervention Biases: Die Autoren erwähnen, dass das Lernen von Inhalten in den Interventionen für die Migranten schwieriger ist. Das Akzeptieren und Anwenden von Informationen fällt ihnen schwer. Dies war jedoch auch Inhalt des Programmes.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 67 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Zwei Gruppen unterschiedlicher Grösse (30 Migranten, 37 Nicht-Migranten) wurden verglichen. Migranten werden als Personen, die ausserhalb von Schweden geboren wurden mit anderer Muttersprache als Schwedisch und nach Schweden gezogen sind, definiert. Die zwei Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in den Faktoren</p>

<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<p>Geschlecht, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit. Es wird aufgeführt, welche Berufe die Teilnehmer vor ihrer Arbeitslosigkeit ausführten. Die Teilnehmer wurden alle von Allgemeinärzten, Spitälern oder dem Amt für Sozialversicherungen dem Programm zugewiesen. Wer das Programm beendete, konnte an der Studie teilnehmen. Die Autoren begründen und diskutieren die Anzahl der Teilnehmer nicht.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki ausgeführt. Genehmigt wurde sie von dem Ethik-Komitee des Karolinska Institutes der Huddinge Universitätsklinik.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the outcome measures valid?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Vor dem Programmstart wurden verschiedene Fragebögen ausgefüllt. Weitere Befragungen, zur psychischen Situation oder zu den Schmerzen erfolgten während des Programms. Ein Jahr und drei Jahre nach dem achtwöchigen Programm wurde ein Follow-up gemacht. Beim ein Jahres Follow up wurde die Arbeitsrückkehrquote erfragt. Nach drei Jahren wurden die verschiedenen Bereiche nochmals erhoben.</p>	<p>Outcome areas:</p> <p>Zu folgenden Punkten wurden Daten gesammelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatzrückkehrquote • Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit • Wahrgenommenes Aktivitätslevel • Wahrgenommene Schmerzintensität • Medikamentengebrauch <p>List measures used.:</p> <p>Vor Programmbeginn wurden folgende Fragebögen durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impairment and Disability Evaluation and Analysis (IDEA) • Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ) • Multidimensional Pain Inventory (MPI) • Disability Rating Index (DRI) • Pain diary, National Register of Pain (NRS) • Work ability und Pain intensity on visual analogue scale (VAS) <p>Die Arbeitsplatzrückkehrquote wurde nach einem Jahr per Telefon mit dem zuständigen Amt für Sozialversicherungen erhoben. Nach drei Jahren wurden die Fragebögen per Post verschickt, um zu den verschiedenen Bereichen (Arbeit Ja/Nein, Aktivitätsniveau, Schmerzempfinden und Medikamentengebrauch) Informationen zu erhalten.</p>

<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Intensives achtwöchiges Programm, täglich von 08.00 bis 15.30 im Departement für Rehabilitation an der Huddinge Universitätsklinik. Das Programm bestand aus einer Kombination aus Informationsweitergabe, sozialem, physischem und ergonomischem Training und psychologischen Interventionen basierend auf der Verhaltenstherapie. Für genauere Informationen wird auf eine vorausgehende Studie verwiesen, welche genauer erläutert was das Programm beinhaltet.</p> <p>Das interdisziplinäre Team bestand aus einem Arzt (spezialisiert in Rehabilitation und Schmerzmanagement), ein oder zwei Ärzten (spezialisiert in Training), drei Physiotherapeuten, drei Ergotherapeuten, einem Psychologen, einem Anwalt, einer Krankenschwester und einer medizinischen Sekretärin.</p> <p>Contamination: Die Schmerzpatienten waren eventuell bereits vor Programmbeginn übertherapiert. Dies wird von den Autoren erwähnt, eine Strategie um dies zu vermeiden wird aber nicht genannt. Es wird nicht erwähnt, ob dies eine Gruppe stärker betrifft als die andere.</p> <p>Cointervention: Es wird beschrieben, dass die Gruppe mit einheimischen Personen im drei Jahres Follow-up weniger Schmerzmittel konsumiert hat als die Migranten Gruppe. Eine gute Aufklärung bezüglich Medikation wurde vom interdisziplinären Team nicht durchgeführt, was einen solchen Unterschied evt. vermieden hätte.</p>	
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0.023$) zwischen den Gruppen bestand im Bereich Wahrnehmung der eigenen Arbeitsfähigkeit. 93% der Migranten schätzten die Fähigkeit, wieder arbeiten gehen zu können als schwer bis sehr schwer ein. Bei den Einheimischen waren es 68%. Dies wurde zu Beginn des Programmes erhoben. • Es gab weder beim ein- noch beim drei Jahres Follow-up statistisch signifikante Unterschiede in der Arbeitsplatzrückkehrquote zwischen den zwei Gruppen. Beim ein Jahres Follow-up arbeiteten insgesamt 63% aller Teilnehmer (vier Stunden oder mehr pro Tag). Bei der Gruppe mit Migrationshintergrund waren es 57%, bei der anderen Gruppe 68%. Beim drei Jahres Follow-up waren 49% aller Teilnehmer berufstätig (Migranten 48%; Einheimische 50%). • Dafür unterscheiden sich die Gruppen in Bezug auf das wahrgenommene Aktivitätslevel und der Schmerzintensität signifikant. Bei Programmstart empfanden die Migranten signifikant stärkere und intensivere Schmerzen ($p=0,002$). Beim drei Jahres Follow-up nahmen die Migranten eine gleichbleibende Schmerzintensität wahr, während die 	

	<p>Einheimischen eine Verbesserung empfanden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Migranten nahmen einen geringeren Aktivitätslevel wahr als die nicht-Migranten ($p=0,011$). <p>Folgende Tests wurden durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deskriptive Analysen: X^2 Test, Mann-Whitney U Test, Wilcoxon's Test Logistische Regressionsanalyse: odds ratios (OR)
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Autoren wiederholen mehrfach, dass ihre Studie der gängigen Literatur widerspricht, da sie aufzeigt, dass Migranten sehr wohl von einem Schmerzprogramm profitieren können. Dies ist eine wichtige Erkenntnis für die Praxis. Die Autoren schreiben, dass besonders Faktoren wie die Motivation wichtig sind für ein erfolgreiches Programm.</p> <p>Da jedoch mehrere Studien das Gegenteil der vorliegenden Studie belegten, ist die Studienkonklusion nach den Verfasserinnen nicht verallgemeinerbar.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>72 Patienten nahmen am Rehabilitationsprogramm teil, 67 beendeten es auch und waren demnach Teilnehmer der Studie. Beim ein Jahres Follow-up, wurden alle 67 Teilnehmer befragt. Beim drei Jahres Follow-up nahmen noch 59 Patienten teil. Gründe für die Drop-outs werden nicht aufgeführt.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Studie zeigt, im Unterschied zu vorhergehenden Studien, dass Migranten von einem strukturierten, intensiven, arbeitsbezogenen, interdisziplinärem achtwöchigen Rehabilitationsprogramm in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit gleich viel profitieren können, wie nicht-Migranten. Es werden keine konkreten Vorschläge für die Praxis gemacht. Eine Limitierung ist, dass nicht genau aufgeführt wird, welche spezifischen Aufgaben welche Berufsgruppen im Programm hatten.</p>

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
 McMaster University

CITATION:

Löfvander, M. (1999). Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long term sick leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17, 164-169.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Im Abstract wird das Ziel der Studie folgendermassen formuliert: Ziel ist es, die Einstellung gegenüber dem Schmerz und der Arbeitsrückkehr bei jungen Migranten herauszufinden, unter spezieller Beachtung von Faktoren, welche den Rehabilitationsprozess beeinflussen könnten.</p> <p>Im Fliesstext, wenn das Ziel offiziell formuliert wird, unterscheidet sich die Zielformulierung. Die Einstellung bezüglich Arbeitsrückkehr wird nicht mehr erwähnt. Im Resultateteil wird die Arbeitsrückkehr jedoch erhoben. Für den Leser ist dies etwas verwirrllich.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Literatur wird zusammengefasst und erläutert. In Schweden ist chronischer Schmerz weit verbreitet und führt oftmals zu Krankenschreibungen oder Frühpensionierungen. Studien belegten, dass besonders Migranten mit chronischen Schmerzen davon betroffen sind frühzeitig aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden. Es wird erwähnt, dass Schmerzkonzepte das Verhalten beeinflussen können. Ausserdem wird auf eine frühere Studie von Löfvander eingegangen, in der herausgefunden wurde, dass nur die Abwesenheit der „Angst vor dem Schmerz“ eine höher wahrgenommene Arbeitsfähigkeit bewirkt. Die wahrgenommene Arbeitsfähigkeit war ein Prädiktor für die Arbeitsplatzrückkehrquote.</p> <p>Die Hintergrundinformationen sind generell etwas knapp aufgeführt. Der Gap of Knowledge wurde nicht explizit herausgearbeitet. Der Leser erhält aber einen Überblick über die Thematik.</p>

	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Die Studie gibt Auskunft über spezifische Faktoren, die den Rehabilitationsprozess bei krankgeschriebenen Migranten mit chronischen Schmerzen beeinflussen. Dies entspricht der Fragestellung der Bachelorarbeit der Verfasserinnen. Ausserdem befasst sie sich mit dem Lebensbereich Arbeit, auch dies ist für die Bachelorarbeit relevant.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> other</p> <p>Mixed Methods: Der qualitative Teil bedient sich dem Phänomenologischen Design.</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>In der Studie wird das Design nicht explizit aufgeführt. Die Autoren erfragten mithilfe von Interviews die Einstellung gegenüber dem Schmerz der Teilnehmer. Die Fragen (unter anderem: Welche Probleme haben sie aufgrund des Schmerzes? Was denken sie ist der Grund für ihren Schmerz?) lassen auf ein phänomenologisches Design schliessen. Es geht darum, die Erfahrungen der Teilnehmer zu beschreiben. Ausserdem wird bei der Methode der Datenanalyse auf einen Bericht verwiesen mit dem Titel "psychological qualitative research from a phenomenological perspective". Aufgrund dieser Beschreibungen wird darauf geschlossen, dass das phänomenologische Design gewählt wurde.</p> <p>Bei den Follow-ups wird die Arbeitsplatzrückkehrquote quantitativ berechnet.</p> <p>Insgesamt handelt es sich also um ein Mixed-Methods Design. Der Methodenmix ist für die Fragestellung sinnvoll, da eine Verbindung zwischen Einstellung zum Schmerz und der tatsächlichen Arbeitsrückkehr hergestellt werden kann.</p> <p>Die Verfasserinnen suchten in der Literatur nach einem spezifischen Beurteilungsbogen für das Mixed-Methods Design, fanden jedoch nichts. Diese Studie wird wie eine qualitative Studie beurteilt (nach Letts et al., 2007), da der qualitative Anteil deutlich überwiegt.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Autorin formuliert eine Hypothese gestützt auf bestehende Literatur. Sie erwartet, dass die Einstellung zum Schmerz bei der Rehabilitation wichtig sein kann. Dies ist jedoch zu wenig ausführlich.</p> <p>Die Autorin führt die Interviews durch, erwähnt aber nichts zu ihrer eigenen Person und ihrem Hintergrund. Bei einem qualitativen Design erwartet man diese Angaben.</p>

<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Die Autorin verweist auf eine vorhergegangene Studien für genauere Informationen bezüglich Methode.</p> <p>Vor und nach dem vier wöchigen Programm wurden von allen Programmteilnehmer von zwei Allgemeinärzten Daten zu psychosozialer Situation, somatischer und psychischer Gesundheit erhoben. Die Angst vor dem Schmerz und die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde erfragt. Während dem vier wöchigen Programm wurden zwölf Interviews (drei mal wöchentlich) durchgeführt, welche durchschnittlich eine Stunde dauerten. Es handelt sich um ein Set thematisch vorgegebener Fragen. Es waren halb-strukturierte Tiefeninterviews, die von einem autorisierten Übersetzer unterstützt wurden. Die gewählte Methodik passt zum phänomenologischen Design.</p> <p>Die Arbeitsquote bei den drei- und acht monatigen Follow-ups wurden zudem erfragt und zwischen den Gruppen wurden Vergleiche angestellt (statistische Analysen: X Test, Fishers exact probability tests, Mann-Whitney U-test).</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die Studie ist eine Weiterführung einer älteren Studie. Es wird das gesamte Sampling anhand einer Tabelle erläutert. 92 Personen zwischen 16-45 Jahren waren laut dem lokalen Büro für Krankenversicherungen seit mehr als sechs Wochen krankgeschrieben. 85 davon wurden per Brief zu dem Rehabilitationsprogramm eingeladen. 25 wollten nicht teilnehmen. 60 Personen wurden randomisiert der Kontrollgruppe (B) oder Experimental Gruppe (A) zugeteilt. In dieser Studie werden nur die 26 Teilnehmer (18 Frauen und 8 Männer) der Gruppe A interviewt. Weshalb man Gruppe A interviewte, ist nicht aufgeführt.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>26 Teilnehmer wurden interviewt. Die Teilnehmer sind ausführlich beschrieben (Geschlecht, Religion, Herkunftsregion, Alter, Bildung, seit wann in Schweden, seit wann krankgeschrieben, Beruf/Tätigkeit). Es handelt sich um eine heterogene Gruppe, dies ist jedoch gerechtfertigt, da es allgemein um Migranten geht und nicht um eine spezifische ethnische Gruppe.</p> <p>Über die Datensättigung wird nichts geschrieben.</p>

<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>In der aktuellen Studie ist dazu nichts zu lesen, es wird auch nicht auf eine ältere Studie verwiesen. Dies wäre ein wichtiger Aspekt der Forschung und ist deshalb eine Schwachstelle der Studie.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: □□□□□□□□□□□□□□ □□ <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Es wird auf vorausgehende Studien verwiesen. Jedoch ist unklar, ob es sich eigentlich um dieselbe Studie mit den genau gleichen Teilnehmern handelt und einfach ein weiterer Aspekt untersucht wurde. Dies wird von den Verfasserinnen vermutet.</p> <p>Es wird erwähnt wo die Studie stattfand, jedoch keine weiteren Kontextfaktoren. Das Rehaprogramm findet an einem medizinischen Grundversorgungszentrum statt in einem Migranten-Bezirk in Stockholm. Die Interviews werden in einem Büro durchgeführt. Insgesamt ist zuwenig Kontextinformation vorhanden.</p> <p>Die Teilnehmer sind genau und ausführlich beschrieben.</p> <p>Die Autorin führte die Interviews selber durch. Sie stellt sich jedoch nie vor. Als Leser möchte man wissen von welchem Hintergrund sie stammt. Dadurch wird für den Leser nicht klar, ob durch die Autorin eine Verfälschung stattgefunden hat. Eigene Ansichten erwähnt die Autorin nicht.</p> <p>Bias werden teilweise benannt. Eine mögliche Barriere bei transkulturellen Untersuchungen kann die Sprache sein. Ansonsten fehlen kritische Überlegungen zu Limitierungen.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Biases werden kaum aufgezählt. Diese können aber sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine klare Beschreibung mit welchen Methoden die Interviews ausgewertet wurden und ob eine Sättigung stattfand fehlt. • Unklare Datenauswertung, beziehungsweise keine Techniken zur Überprüfung der ausgewerteten Daten (Triangulation, Gegenlesung..) • Die Autorin erläutert ihre eigene Position, Ansicht nicht. In der qualitativen Forschung wirkt die durchführende Person jedoch beeinflussend, dies muss erläutert werden. • Die Studie wurde im Rahmen einer grossen Untersuchung gemacht. Es gibt also viele vorausgehende, vorallem quantitative Studien mit dem gleichen Setting, von der gleichen Autorin. Dies kann die Teilnehmer der Studie beeinflussen, auch die Autorin wird dadurch geprägt. Der Leser erhält wenig Informationen zum Setting und müsste alles in den anderen Studien zusammensuchen und nachlesen.

<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Der Inhalt der Interviews wurde themengemäss geordnet, interpretiert und in Kategorien eingeteilt. So wurden 12 Interviews durchgeführt, die jeweils gerade nach dem Eintritt in das Programm (1 Tag nach den allgemeinen Assessments) stattfanden.</p> <p>Für die Erfassung der Arbeitsplatzrückkehrquote gab es zwei Follow-ups, nach 3 und nach 8 Monaten.</p> <p>Die Datengewinnung ist einfach beschrieben, es fehlen jedoch Informationen zu den genauen qualitativen Methoden. Es sind keine Informationen aufgeführt, wie die Daten überprüft wurden.</p>
--	---

<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die Daten wurden kategorisiert. Die verschiedenen Kategorien der Fragen und die dazugehörigen Antworten werden in einer Tabelle aufgeführt. Die verschiedenen Kategorien werden erläutert und es wird angegeben, wieviele Teilnehmer jeweils solche Aussagen machten. Zwei Einzelfälle werden vorgestellt und einige Antworten aufgeführt. Es ergaben sich folgende Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Schmerz: Viele Teilnehmer beklagten Schulter- oder Rückenschmerzen. Dabei beschreiben sie den Schmerz oft als diffus und unspezifisch. • Bedeutung des Schmerzes: Die Hälfte der Teilnehmer denkt, dass der Schmerz von einer Störung/Verletzung kommt (Knochenverletzungen). Die anderen haben keine Idee, sie antworten auf diese Frage mit "Weiss nicht", "es gibt keine Erklärung". • Schmerzursache: Die Hälfte der Teilnehmer denkt, dass der Schmerz arbeitsbedingt ist. Auch genannt wurden Gott/Allah/Schicksal. • Behandlungen: Die bevorzugte Behandlung ist das "Im-Bettbleiben" tagsüber und/oder Massagen. Auffällig viele waren zudem skeptisch gegenüber dem Medikamentengebrauch und Physiotherapie, da sie damit keine Verbesserung erreichten. • Was passiert in der Zukunft: Zwei Gruppen bildeten sich, etwa die Hälfte zeigt ein pessimistisches Denken, sie erwarten Verschlechterung in Zukunft, bishin zu frühzeitigem Sterben aufgrund der Schmerzen (Gruppe I). Die zweite Hälfte gibt sich optimistisch-schicksalsergeben. Diese Teilnehmer nehmen an, dass die Zukunft unvorhersehbar ist und es ihnen möglicherweise bald besser gehen wird (Gruppe II) • Die zwei Gruppen unterscheiden sich auch bezüglich der Bedeutung des Schmerzes. Gruppe I will den Grund für den Schmerz kennen, sucht einen Sinn in der Krankheit zu sehen, sind gegenüber Ärzten eher skeptisch (oftmals da sie schon viele aufgesucht haben und keine befriedigende Diagnose erhielten) Gruppe II zeigt gegenüber dem Schmerz mehr Akzeptanz, ist optimistischer in Zukunftsfragen und weniger auf eine Diagnose fixiert. Sie zeigen auch weniger häufigen Arztwechsel. • Bei den Follow-ups (Befragung zur Arbeitsplatzrückkehrquote) arbeiteten Teilnehmer, die der Gruppe II zugeordnet wurden signifikant mehr als die Teilnehmer der Gruppe I. <p>Im Abstract wird erwähnt, dass nahezu alle Teilnehmer ihre Chancen für eine Arbeitsplatzrückkehr sehr schlecht einschätzen. Dieser Aspekt wurde jedoch bei den Resultaten nicht mehr genauer erläutert. Obschon die Studie zum Ziel hat, herauszufinden welche Faktoren den Rehabilitationsprozess beeinflussen können, wird darauf wenig eingegangen. Es werden zwar Faktoren benannt, es wird jedoch nicht bewiesen, welchen Einfluss diese haben.</p>
--	--

<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die Daten wurden nicht codiert, sondern in Units eingeteilt, interpretiert und kategorisiert. Es wird keine Information/Begründung gegeben weshalb genau diese Kategorien gebildet wurden.</p> <p>Die Datenanalyse wird nicht wissenschaftlich fundiert beschrieben und durchgeführt. Die Datenauswertung ist ein Schwachpunkt der Studie.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Es werden Bezüge zur Literatur hergestellt, beispielsweise ist es ein bekanntes Phänomen, dass viele chronische Schmerzpatienten die Ursache ihres Schmerzes in ihrer Arbeit sehen. Aufgrund der verschiedenen Kategorien entsteht ein vollständiges Bild zu den Einstellungen der migrierten Schmerzpatienten.</p>

<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility: Es werden Beispielantworten von Teilnehmern genannt, was die Glaubwürdigkeit der Interviews erhöht. Jedoch wurde nur eine Methode verwendet (Interviewtechnik) und die Teilnehmeranzahl war sehr beschränkt. Es wird kein Reflexionsjournal erwähnt und keine Triangulation oder Fokusgruppe fand statt. Dies sind alles Aspekte, welche die Glaubwürdigkeit stark einschränken. Ausserdem spricht die Autorin zu Beginn von einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe. Es wird jedoch während den Beschreibungen nicht ersichtlich warum dieser Vergleich für die Fragestellung relevant sein sollte.</p> <p>Transferability: Bei transkulturellen Interviews kann die Sprache eine Barriere darstellen. In dieser Studie wurde aber darauf geachtet und autorisierte Übersetzer wurden eingesetzt. Sie benutzten die Technik des sequenziellen Übersetzens, was eine hohe Übertragbarkeit gewährleistet.</p> <p>Die geringe Anzahl an Teilnehmer schränkt die Übertragbarkeit ein. Ausserdem ist es eine sehr heterogene Gruppe, die befragt wurde, da es aber allgemein um Migranten geht, ist dies ausreichend. Resultate können auf andere Migranten mit chronischen Schmerzen übertragen werden.</p> <p>Dependability: Die Datensammlung und die Ergebnissgewinnung wurden aufgeschrieben. Die Daten wurden sinngemäss unterteilt, interpretiert und kategorisiert. Es sind jedoch zu wenig Informationen vorhanden, wie die Daten ausgewertet wurden. Der Prozess ist nur kurz beschrieben. Es wird kein peer review gemacht. Ausserdem wurden die Interviewer und deren Sichtweise nicht erläutert. Dies ist ein weiterer Schwachpunkt dieser Studie.</p> <p>Confirmability: Ob und wie Bias verhindert wurden ist nicht erwähnt. Ob die Autorin ein Journal führte, Peer reviews stattfanden oder die Teilnehmer miteinbezogen wurden steht nicht in der Studie.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie gibt eine Übersicht über Einstellungen zum Schmerz, welche bei Migranten vorkommen können. Sie gibt dem Leser eine Idee, welche Faktoren und Thematiken in der Rehabilitation wichtig sein können. Dies ist relevant für die Praxis und für die Fragestellung dieser Bachelorarbeit.</p>
---	--

<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>In der Conclusion werden wichtige Ergebnisse zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fast alle Interviewteilnehmer empfinden ihre Arbeit als Ursache ihrer Krankheit. Jedoch auch der Glaube an das Schicksal oder Gott/Allah spielt eine grosse Rolle. • Viele Teilnehmer haben "vor dem Schmerz kapituliert" und bevorzugen passive Strategien wie im Bett bleiben oder Schonung. • Das Vertrauen in die Behandlung der Ärzte sowie Physiotherapeuten ist gering. • Angst vor dem Schmerz beeinflusst die Rehabilitation negativ. <p>Es wird die Empfehlung abgegeben, dass in der Praxis insbesondere die Schmerzkonzepte der Patienten besprochen werden. Auch gilt abzuklären, was die Patienten denken woher und weshalb sie chronische Schmerzen haben und was diese für Auswirkungen in der Zukunft haben können. Die Einstellung gegenüber den Schmerzen kann einen voraus sagenden Charakter haben. Weitere Studien sind zu solchen Hypothesen jedoch erforderlich.</p> <p>Eine Limitierung ist die kleine Teilnehmeranzahl. Innerhalb der Migrantengruppe gab es keine grosse Spannweite z.B. in Bezug auf den religiösen Hintergrund. Andere Limitierungen werden bei den Bias aufgeführt.</p>
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
McMaster University

- Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

<p>CITATION</p>	<p>Kellner, U., Halder, C., Litschi, M. & Sprott, H. (2012). Pain and psychological health status in chronic pain patients with migration background – the Zurich study. <i>Clinical Rheumatology</i>, 32, 189-197</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Zwischen zwei Gruppen (Chronische Schmerzpatienten mit und ohne Migrationshintergrund) wurde zwischen 2006 und 2009 ein Vergleich angestellt. Getestet und verglichen wurden die Bereiche Schmerzen und psychische Gesundheit vor und nach einem achtwöchigen interdisziplinären, ambulanten Schmerzprogramm.</p> <p>Die Studie eignet sich als Hauptstudie, da untersucht wurde, wie sich Menschen mit Migrationshintergrund von einheimischen Menschen mit chronischen Schmerzen in therapie relevanten Bereichen unterscheiden. Ausserdem wurde sie in der Schweiz durchgeführt und weist damit eine hohe Übertragbarkeit auf. Die Daten wurden zwischen 2006 und 2009 erhoben und sind somit aktuell.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Wichtige Bereiche werden erläutert. Chronische Schmerzen werden durch soziale, ökonomische, psychologische und kulturelle Faktoren beeinflusst. Migration beinhaltet genau solche Faktoren und ist ein Prozess, welcher die Gesundheit beeinflussen kann. Die Literatur zeigt, dass Migranten sich als kränker empfinden und schlechter versorgt sowie rehabilitiert werden können. Zudem wird aufgezeigt, dass in Zürich viele Migranten leben und deren Arbeits- und Lebenssituation teilweise schwierig ist. Somit gibt es genug Hintergrundliteratur um die Wichtigkeit der Frage, ob ein Unterschied zwischen Migranten und Einheimischen besteht, zu unterstreichen.</p> <p>Der “Gap of Knowledge” ist nicht klar erwähnt. Bestehende Literatur wird kurz zusammengefasst und daraus verfassen die Autoren die Fragestellung.</p> <p>Zu beachten ist, dass eine zitierte Studie von 1989 stammt und dadurch die Aktualität in Frage gestellt ist.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> cohort</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p>

<input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>Es handelt sich um eine prospektive Cohort-Design Studie. Zwei Gruppen erhalten die gleiche Behandlung und es wird am Schluss verglichen (12-Monate Follow-up) ob es Unterschiede gibt. Für die Fragestellung wurde das geeignete Design gewählt. Die Assessments waren validiert.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Sample Biases: Es hat einen hohen Ausländeranteil in der Studie, was zahlenmässig nicht repräsentativ ist für die Schweiz/ Zürich. In der Hintergrundliteratur wird belegt, dass Migranten der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschwert ist. Es kann sein, dass Migranten schon länger krank sind und daher in den Bereichen Depression, Ängstlichkeit, passives Coping und Schmerzintensität höhere Werte aufweisen. Die Gruppen unterscheiden sich (abgesehen vom Faktor Migration - Einheimisch) zum Beispiel im Bereich Bildung (was aber wiederum von Migration abhängig ist). Es ist unklar ob wirklich die Behandlung zu den Ergebnissen geführt hat, oder übrige Faktoren. In der Gruppe der Migranten liegt eine hohe Heterogenität vor, die ethnische Zugehörigkeit wird nicht berücksichtigt und analysiert. Ausserdem weist die Studie während dem Follow-up eine hohe Drop-out Rate auf. Nach den Verfasserinnen ist es aufgrund der ICF-Klassifizierung nicht klar ersichtlich, was die Ursache des Schmerzes ist (könnte Rheumatoide Arthritis oder anderes sein).</p> <p>Measurement Biases: Fragebögen wurden nur in Deutscher Sprache verteilt, dies ist für die Ausländergruppe eventuell ein Nachteil.</p> <p>Intervention Biases: Werden keine erwähnt und auch von den Verfasserinnen keine herausgearbeitet.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 118</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>Was sample size justified?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Teilnehmer sind beschrieben (Geschlecht, Bildung, Arbeitspensum, Diagnose, seit wann Schmerzen, Herkunftsland). Die Teilnehmer werden nach der ICF bei Code b280x eingeordnet. Die zwei Gruppen sind unterschiedlicher Grösse (50 Leute mit Migrationshintergrund, 68 ohne). Der Begriff Migrationshintergrund wird nicht genauer erläutert / definiert. Die Teilnehmer wurden überwiesen (woher ist unklar) und daraufhin wurde abgeklärt, ob sie ins Programm passen. Die Auswahlkriterien sind genau aufgeführt. Weshalb 118 Personen an der Studie teilnehmen wird nicht erwähnt. Die Autoren erwähnen zum Schluss, dass die Teilnehmerzahl relativ klein war.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?: Eine Einverständniserklärung wurde vor der Verteilung der Fragebögen abgegeben. Sonst sind keine Informationen über die Ethik vorhanden.</p>
<p>OUTCOMES</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, fol-</p>

<p>Were the outcome measures reliable?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the outcome measures valid?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>low-up):</p> <p>Vor und nach dem Schmerzprogramm fand eine Evaluation statt. Follow-ups nach drei, sechs und zwölf Monaten.</p>	
	<p>Outcome areas:</p> <p>Zu folgenden Thematiken wurden Fragebögen verteilt und ausgewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzintensität • Kinesiophobie • Depression • Ängstlichkeit • Passives Coping • Katastrophisieren 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numeric Rating Scale für Schmerzintensität (1-10) • Tampa Scale of Kinesiophobia • The Hospital Anxiety and Depression Scale • The Coping Strategy Questionnaire
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Contamination was avoided?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A <p>Cointervention was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Während acht bis zehn Wochen fand zweimal pro Woche Vormittags von 8:00 Uhr bis 12:30 Uhr das Schmerzprogramm statt. Das interdisziplinäre Programm arbeitete mit Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychotherapeuten. Verschiedene Therapieeinheiten fanden in der Gruppe und Einzelnen statt.</p> <p>Genauere Informationen, wie die einzelnen Behandlungen aussahen sind nicht aufgeführt. Es wird jedoch auf vorausgehende Studien verwiesen.</p> <p>Eine Person wurde aus dem Programm ausgeschlossen, weil sie aufgrund einer Chiropraktikbehandlung eine Verbesserung wahrgenommen hatte. Es wurde also einer parallelen Intervention vorgebeugt.</p> <p>Ob auch abgeklärt wurde, welche Behandlungen vor Programmstart von den Teilnehmern in Anspruch genommen wurden, wird nicht erwähnt.</p>	
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Bereich Schmerzerleben liegt die Migrationsgruppe zu jeder Messzeit höher, empfindet also intensivere Schmerzen. Der Unterschied ist klinisch relevant • Der Score für Kinesiophobie ist stets höher bei der Migrationsgruppe. Es gibt eine kurzzeitige Verbesserung direkt nach dem Programm, der Score bleibt danach im Bereich der Ausgangswerte. Die Nicht-Migrations Gruppe zeigt einen statistisch signifikant tieferen Score im Bereich Kinesiophobie. • Im Bereich Depressionen verbesserte sich die Migrationsgruppe 	

<input type="checkbox"/> Not addressed	<p>nicht. Die Nicht-Migrations Gruppe startete mit einem tieferen Depressionslevel und verbesserte sich während der Behandlung. Die Scores sind klinisch relevant.</p> <ul style="list-style-type: none"> Das passive Coping zeigte statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Patienten mit Migrationshintergrund hatten immer höhere Werte als die Patienten ohne. Alle Teilnehmer verbesserten sich jedoch in diesem Bereich. Besonders zu Beginn des Programmes hatten Migranten einen viel höheren Wert im Bereich passives Coping. Dieser verminderte sich von Messung zu Messung, blieb jedoch stets höher als der der Nicht-Migrations Gruppe. <p>Folgende Tests wurden durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Non parametric tests: Friedmann and Kruskal-Wallis tests paired tests: Wilcoxon test, Mann-Whitney test
<p>Clinical importance was reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Für die Praxis ist wichtig, dass Menschen mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund eine höhere Schmerzintensität wahrnehmen und einen schlechteren psychologischen Gesundheitszustand aufweisen. Die signifikanten Unterschiede sind in Boxplots dargestellt. Personen mit Migrationshintergrund können weniger vom Schmerzprogramm, dessen Ziel die Steigerung der Lebensqualität war, profitieren als Personen ohne Migrationshintergrund.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Drop-outs sind erwähnt. Nach dem Programm füllten 91% die Fragebögen aus (88% in der Migrationsgruppe, 94,4% in der Gruppe ohne Migrationshintergrund). 11 Patienten verliessen das Programm aufgrund von psychischer Beeinträchtigung, Unzufriedenheit mit dem Programm, zu schlechte Sprachkenntnisse, zu viele Fehltage während dem Programm oder Schmerz wurde durch Chiropraktik gelindert. Bei den Follow-Ups waren die Drop-outs wie folgt: nach 3-Monaten retournierten 81% die Fragebögen, nach 6 Monaten 65% und nach 12 Monaten 51%. Zwischen den zwei Gruppen gab es bei den Follow-ups keine relevanten Unterschiede betreffend Drop-out.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Resultate zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund nach einem achtwöchigen interdisziplinären Schmerzprogramm ein höheres Schmerzempfinden haben und einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen als Einheimische. Dies weist darauf hin, dass auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe speziell eingegangen werden muss. Dies beispielsweise mit kultur- und sprachsensitiven Assessments, Behandlungen und Aufklärung. Eventuell dient ein physisch aktiverer Ansatz zur Reduzierung des passiven Copings. Die psychologische Begleitung von Menschen mit Miga-</p>

	<p>tionshintergrund sollte auch längerfristig gewährleistet werden. Die Empfehlungen werden so abgegeben, dass klar ist, dass dies Vermutungen sind und von den Resultaten abgeleitet wurden. Es sind nicht bewiesene Tatsachen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Resultate nicht verallgemeinert werden können. Passend zum Studiendesign werden nur Vermutungen angestellt, inwiefern das Programm die Resultate beeinflusst hat. Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Untersuchungen nötig sind.</p>
--	---

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
 McMaster University

CITATION:

Sloots, M., Dekker, J. H. M., Pont, M., Bartels, E. A. C., Geertzen, J. H. B. & Dekker, J. (2010). Reasons for Drop-Out from Rehabilitation in Patients of Turkish and Moroccan Origin with Chronic Low Back Pain in The Netherlands: a qualitative Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 566-573.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war es, Gründe für Drop-Outs bei Menschen mit Migrationshintergrund mit chronischen, unspezifischen Kreuzschmerzen herauszufinden. Die Patienten schieden während der diagnostischen Phase oder während der Behandlung aus einem Rehabilitationsprogramm in den Niederlanden aus.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Hintergrundliteratur wird ausführlich aufgeführt. Es wird klar formuliert was der Gap of Knowledge ist, beziehungsweise weshalb die Studie gemacht wurde.</p> <p>Es gibt mehrere Studien, die belegen, dass die Drop-Out Rate bei Menschen mit Migrationshintergrund höher ist als bei Menschen ohne. Dies wurde im Bereich der Schmerzrehabilitation sowie der psychischen Gesundheit untersucht. Das Wissen weshalb, ist jedoch bisher limitiert. Es gibt Untersuchungen zur Ärzte-Patienten Beziehung zwischen einheimischen Ärzten und Migranten, dabei wurden Spannungspotentiale ermittelt. Diese könnten eine höhere Drop-Out Rate zur Folge haben.</p> <p>In der Hintergrundliteratur werden Drop-Out Gründe aufgezählt, die allgemein für Low-Back-Pain Schmerzprogramme gelten.</p> <p>Viele Patienten entwickeln durch die Medien ihre eigene Sicht auf ihre Krankheit und erwarten eine bestimmte Behandlung. Dies kann den Rehabilitationsprozess erschweren.</p> <p>Es ist klar herauslesbar, dass Wissen fehlt, wenn es um Drop-Out Gründe bei Menschen mit Migrationshintergrund geht. Deshalb wurde diese Studie durchgeführt.</p>

	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Um die Fragestellung der Bachelorarbeit zu beantworten ist es wichtig, aus Sicht der Patienten mit Migrationshintergrund und chronischen Schmerzen zu wissen, welche Gründe für sie ausschlaggebend sind eine Behandlung abzubrechen. Diese Studie eignet sich demnach gut. Jedoch wird nicht auf das Thema Arbeit eingegangen.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es wird beschrieben, dass ein qualitatives Forschungsdesign gewählt wurde. Die Interviews wurden in einem ethnographischen Stil durchgeführt. Auch wurde eine für die Ethnographie typische Datenanalyse gewählt. Das Design passt gut zur Fragestellung, da es um eine Gruppe Menschen geht beziehungsweise um Menschen in einem bestimmten Setting.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Hintergrundliteratur zeigt die theoretische Perspektive auf. Vermutungen und Erwartungen d.h. die Perspektive des Forschungsteams werden nicht erläutert. Dies wäre für die qualitative Forschung wichtig.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt um die Daten zu gewinnen. Die Fragen wurden offen gestellt. Die Interviewer orientierten sich an einer Themenliste, welche aufgrund bestehender Literatur zusammengestellt wurde. Diese Liste wurde regelmässig evaluiert und verglichen mit den bisher geführten Interviews. Die offene Interviewform ermöglichte es den Teilnehmern über ihre Ideen und Erfahrungen zu berichten. Die Sensitivität der Fragen steigerte sich mit der Zeit. 21 Patienten wurden Zuhause interviewt. Zwei zogen es vor in der Institution befragt zu werden. Die Interviews dauerten durchschnittlich 1,5 Stunden. Die Interviews mit den Ärzten und den Therapeuten dauerten in etwa 35 Minuten.</p>

<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Es nahmen 23 Personen an der Studie teil. Zusätzlich wurden acht Ärzte, ein Physio- und ein Ergotherapeut befragt.</p> <p>Personen, welche an einem Rehabilitationsprogramm für chronische Kreuzschmerzen teilnahmen, dort ausschieden und den Einschlusskriterien entsprachen wurden zu der Studie eingeladen. Es handelt sich um die Patienten von sechs Rehabilitationszentren. Folgende Kriterien dienten dem Einschluss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geboren in der Türkei oder Marokko und mindestens ein Elternteil wurde auch dort geboren. Oder geboren in den Niederlanden und beide Elternteile geboren in der Türkei oder in Marokko. • chronischer Kreuzschmerz (Definition dafür = Schmerz zwischen den unteren Rippen und dem Gesäss) seit mehr als 12 Wochen, welcher nicht einer spezifischen somatischen Ursache zuzuordnen sind. • 18 Jahre oder älter • nicht wegen medizinischen Gründen aus dem Rehabilitationsprogramm ausgeschieden. • Unterschreiben der Einverständniserklärung <p>Es wurden Personen mit türkischem und marokkanischem Hintergrund gewählt, da sie grosse Teile der Migrationsbevölkerung der Niederlande ausmachen.</p> <p>Zudem wurden acht Ärzte, ein Physio- und ein Ergotherapeut interviewt, diese wurden verbal angefragt ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Einschlusskriterium war, dass sie einen der Teilnehmer behandelt hatten.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Eine Tabelle gibt einen Überblick über die Teilnehmer. Aufgeführt werden folgende Informationen: Geschlecht, Geburtsland, Geburtsland des Vaters und der Mutter, Alter, Alter als sie in die Niederlande kamen, seit wann sie in den Niederlanden sind, Sprachkenntnisse für Niederländisch, Zivilstand, Anzahl eigene Kinder, Bildungsgrad und in welcher Phase sie aus dem Rehabilitationsprogramm ausgeschieden sind.</p> <p>Die bisher gemachten Interviews wurden stets mit neuen Interviews verglichen. Es wurden solange Interviews durchgeführt, bis sich die Antworten themenmässig wiederholten. Die Datensättigung wurde somit erreicht.</p>

<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Dies war Voraussetzung, um überhaupt an der Studie teilnehmen zu können, wurde also gleich zu Beginn verteilt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of site:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Der Weg der Teilnehmergebung wird klar und verständlich aufgeführt. Auch der Kontext wird erläutert, dazu dient die Hintergrundliteratur. Insbesondere der Prozess der Datengewinnung wird ausführlich beschrieben.</p> <p>Zu der Rolle und der Beziehung der Autoren zu den Teilnehmern ist nichts vermerkt. Da die Teilnehmer jedoch an Programmen in verschiedenen Rehabilitationszentren teilnahmen, wird von den Bewerterinnen vermutet, dass die Autoren die Teilnehmer nicht vorher gekannt haben. Bei der Aufzählung der Bias wird vermerkt, dass persönliche Merkmale wie das Geschlecht, die Herkunft und die Persönlichkeit der Interviewer möglicherweise das Gegenüber beeinflusst haben. Dies ist ein möglicher Bias. Auch die Tatsache, dass nicht bei jedem Interview ein Übersetzer dabei war, hat eventuell dazu geführt dass Information verloren ging oder falsch verstanden wurde.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Es fehlen Infos zu den Autoren selbst. Es wäre wichtig zu wissen, aus welchem Bereich sie stammen, ob sie schon ähnliche Studien gemacht haben, ob einige von ihnen ev. sogar selbst Migrationshintergrund haben. Dies kann in der qualitativen Forschung beeinflussend sein.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Ausführliche Beschreibung des Datengewinnungsprozesses. Die Interviews wurden aufgenommen. Eine Person wollte dies nicht, ihr Interview wurde vom Interviewer niedergeschrieben. Ein Übersetzer stand zur Verfügung, sieben Teilnehmer wollten keinen dabei haben. Während den Interviews machte sich der Forscher Notizen und reflektierte das Interview, auch das schrieb er nieder.</p>

<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Zu Beginn wurde eine erste Analyse angestellt um die Fragen und Themen des Interviews abzugleichen. Danach wurden die Daten der Interviews wörtlich transkribiert. Für die Analyse wurden auch die Notizen und Reflektionen der Forscher verwendet. Mit diesen Informationen wurde zu jedem Interview ein Bericht geschrieben. Die Daten aus dem Bericht wurden von zwei verschiedenen Forschern unabhängig analysiert, dazu benutzen sie ein Code-Schema. Diese erste Analyse wurde mit den anderen Forschern besprochen. Die Hauptthemen wurden bestimmen und von allen Autoren/Forschern genehmigt. Die Schlussanalyse wurde wieder von dem einen oder den zwei Forschern gemacht, die schon die erste Analyse machten. Auch diese wurde wieder von allen Autoren diskutiert und abgeseget.</p> <p>Die genaue Analyse lief folgendermassen ab: Kategorisieren: der Text der Interviews wurde in Segmente/Thematiken unterteilt. Codieren: die Textfragmente wurden mit einem Schlüsselwort codiert, welches das Thema des Fragmentes darstellt/zusammenfasst. Vergleichen: Textfragmente mit dem gleichen Code wurden verglichen um abzustimmen ob die Inhalte ähnlich sind. Dies wurde innerhalb eines Interviews gemacht, danach zwischen den verschiedenen Interviews. Festlegung: um zu prüfen, ob die Daten realistisch sind, wurden sie mit bisher bestehender Literatur und Theorien verglichen.</p> <p>Für die Datenanalyse wurde das Softwareprogramm ATLAS-ti benutzt, dies erleichterte die Codierung und das Erstellen von Memos.</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Der Weg vom transkribierten Interview zu den Themen/Codes ist oben beschrieben. Der Begriff Decision Trail oder audit Trail wird jedoch nirgends erwähnt.</p>

<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Im Bereich der Resultate werden theoretische Modelle in Zusammenhang mit den gefundenen Daten gebracht. So wird beispielsweise erwähnt, dass in der Türkei viel öfters ein MRI durchgeführt wird. Dies ist kulturell und wirtschaftlich geprägt. Viele Teilnehmer der Studie verstanden nicht, weshalb bei ihnen kein MRI durchgeführt wird, dies beeinflusste ihre Einstellung zum Programm.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility: Es fand ein Member-Checking statt, die Interviews wurden also mit den Teilnehmern überprüft. Mehrere Personen kontrollierten und besprachen die Auswertung der Interviews, demnach fand eine Triangulation statt. Im Resultatteil werden wörtliche Zitate aufgeführt, dies verdeutlicht und veranschaulicht diesen Teil.</p> <p>Transferability: Sample und Setting sind ausführlich beschrieben. Die Autoren schreiben zudem, dass der Transfer möglich ist, da in sechs verschiedenen Institutionen Daten gesammelt wurden.</p> <p>Dependability: Mehrere Forscher prüften stets die Ergebnisse und diskutierten diese. Es fand demnach ein Peer Review statt. Insbesondere während der Datenanalyse nutzten die Autoren die Triangulation.</p> <p>Comfirmability: Auch hier diente die Triangulation der Reduzierung von Bias. Die Teilnehmer konnten ihre Interviews überprüfen und wenn nötig etwas richtigstellen. Das Team umfasste mehrere Forscher, die alle involviert waren.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die herausgearbeiteten Gründe für Drop-Outs verdeutlichen, worauf bei der Behandlung von Personen mit chronischen Schmerzen und Migrationshintergrund besonders geachtet werden sollte. Für die Beantwortung der Bachelorarbeitfragestellung eignet sich dies sehr.</p>

<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Die verschiedenen Gründe für Drop-Outs werden aufgeführt und genau erläutert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Erwartungen an das Rehabilitationsprogramm: viele Teilnehmer erwarteten, dass sie in dem Programm eine genaue Diagnose erhalten und dass ihr Schmerz klar reduziert werden kann. Das Programm jedoch hat zum Ziel, den Patienten das Coping mit den Schmerzen zu erleichtern. Dies führte bei den Teilnehmern zu Enttäuschung und viele verliessen das Programm deshalb. • Anerkennung oder Legitimierung der Schmerzen: Da die Ärzte keine klare Ursache für den Schmerz benennen konnten (keine Diagnose) fühlten sich Teilnehmer nicht verstanden und ernstgenommen. Einige dachten, die Ärzte glauben ihnen nicht, dass sie Schmerzen haben. Ein Therapeut erzählte, dass die Patienten eine Legitimierung für ihre Einschränkung möchten, da sie im sozialen Bereich viele soziale Rollen nicht mehr ausführen können. Dafür möchten sie eine klare Diagnose oder Bestätigung, dass sie wirklich krank sind. • Das Vertrauen in die Ärzte: Aufgrund der oben genannten Kategorien verloren viele Teilnehmer das Vertrauen in die Ärzte. • Einige Teilnehmer holten sich eine Zweitmeinung von Ärzten in ihrer Heimat. Diese unterschied sich teilweise von der des Programm-Arztes. So verloren die niederländischen Ärzte in den Augen der Patienten an Glaubwürdigkeit. • Kommunikation: Viele Teilnehmer hatten nicht einwandfreie Kenntnisse in der niederländischen Sprache. Dies führte zu Kommunikationsproblemen. Es wurden nicht immer professionelle Übersetzer in die Behandlung miteinbezogen, dies erschwerte die Kommunikation. • Ein Teilnehmer verliess das Programm, da er von einer Person des anderen Geschlechtes behandelt wurde und dies nicht wollte. <p>Viele Teilnehmer schieden bereits in der Diagnostik-Phase aus.</p>
--	---

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
McMaster University

- Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

CITATION	Soares, J.F., Sundin, Ö. & Jablonska, B. (2004). Psychosocial Experiences of Foreign and Native Patients with/ without Pain. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 11, 36-48.
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Die Autoren definierten die Zielsetzung in Unterzielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede zwischen chronischen Schmerzpatienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf ihr Schmerzempfinden werden untersucht. • Unterschiede zwischen Schmerzpatienten und schmerzfreien Patienten mit/ ohne Migrationshintergrund bezogen auf demografische/ finanzielle Variablen, Depressionsanzeichen, Burnoutsymptomatiken und Anforderungen/ Kontrolle/ Belastungen am Arbeitsplatz werden analysiert. • Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen und Schmerz bei allen Patienten werden untersucht. • Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen, Schmerzparametern, Depression, Burnout und Belastungen am Arbeitsplatz bei den Schmerzpatienten mit/ ohne Migrationshintergrund werden analysiert. <p>Das Ziel ist ausführlich in der Introduction aufgeführt, wird jedoch im Abstract nicht erwähnt.</p> <p>In der Studie werden verschiedene Faktoren bei Patienten mit/ ohne Schmerzen und mit/ ohne Migrationshintergrund verglichen. Dies ist nützlich für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Ausserdem werden verschiedene Daten zum Lebensbereich Arbeit erhoben. Nach den Verfasserinnen befragte die Studie eine grosse Anzahl Teilnehmer, was die Aussagekraft der Resultate verstärkt. Der chronische Schmerz wurde klar definiert.</p>
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Hintergrundliteratur wird beschrieben. Zuerst werden statistische Daten zitiert und die Situation von Migranten in Schweden beschrieben. Personen mit Migrationshintergrund leben in Schweden und anderswo unter schwierigeren finanziellen Umständen als Personen ohne Migrationshintergrund. Beispielsweise wohnen Migranten in schlecht ausgestatteten Wohnumgebungen, weisen eine grössere Arbeitslosenrate auf und sind abhängiger von Hilfsgeldern. Des weiteren sind sie grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Der allgemein schlechte Gesundheitszustand von Migranten wird beschrieben und die damit verbundene reduzierte Arbeitskapazität. Berichte zeigen auf, dass Migranten eher unter</p>

	<p>Schmerzen leiden als Personen ohne Migrationshintergrund. Die Autoren erwähnen, dass es noch wenige Studien gibt, welche das breite Spektrum Schmerzen von Migranten und einheimischen Personen untersuchen, beispielsweise fehlen Daten zum Phänomen Burnout. Zudem fehlen Vergleiche zwischen schmerzfreien Patienten und Schmerzpatienten mit verschiedenen ethnischen Hintergründen. Zusammengefasst scheint es laut den Autoren essentiell Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund in Bezug auf Schmerzpatienten ohne Migrationshintergrund zu charakterisieren. Ausserdem sollten sie mit schmerzfreien Patienten mit/ ohne Migrationshintergrund verglichen werden. Solche Informationen könnten wichtig sein, um Unterschiede in psychosozialen Erfahrungen zwischen Schmerzpatienten und schmerzfreien Patienten zu verstehen und der Umgang mit Schmerzen bei Schmerzpatienten mit verschiedenen ethnischen Hintergründen zu verbessern. Der Gap of Knowledge wird somit herausgearbeitet und eine dazugehörige Frage wird formuliert.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>In der Studie wird erwähnt, dass das Querschnitts-Design gewählt wurde. Die Daten wurden mittels Fragebögen erhoben, was eine übliche Methode bei diesem Design ist. Zusammenhänge und Faktoren werden herausgefunden in Bezug auf Depression, Burnout und weitere Faktoren. Das Design eignet sich für eine Gruppe von Teilnehmern, die zu einem Zeitpunkt evaluiert wird. In dieser Studie sind es jedoch vier verschiedene Gruppen, zu welchen Daten erhoben werden. Hier stellt sich für die Verfasserinnen die Frage, ob das Design passend ausgewählt wurde. In der Studie wird erwähnt, dass weitere Studien durchgeführt werden sollten, jedoch mit einem passenderen Design als das des Querschnitts-Design. Sie führen auf, dass aufgrund dieses Designs die Kausalität schwierig zu gewährleisten ist. Dazu würde sich ein anderes Design eignen, das mehrmals Datenerhebungen durchführt, um die Ursache der Faktoren zu erheben. Die Autoren geben keinen Vorschlag für ein passenderes Design.</p> <p>Die Teilnehmer, welche an einer Schmerzstörung leiden, bekamen die Behandlung, während die schmerzfreien Personen keiner Behandlung unterzogen wurden. Dies lässt sich mit der Ethik vereinbaren. Ausserdem nahmen die Teilnehmer freiwillig teil und unterschrieben eine Einverständniserklärung.</p> <p>Bei allen Messinstrumenten wurde der Cronbach's alpha durchgeführt, um die Glaubwürdigkeit der Tests darzustellen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Verschiedene Biases werden aufgeführt. Wie bereits oben erwähnt, wurde das Design nicht optimal ausgewählt. Die Kausalität ist mit dem gewählten Design weniger gewährleistet als mit einem anderen Design.</p> <p>Sample Biases: Alle Teilnehmer stammen aus der Region von Stockholm. Das heisst, dass sich die Resultate nicht auf alle Schmerzpatienten</p>

	<p>mit/ ohne Migrationshintergrund generalisieren lassen. Der Transfer auf ländliche Regionen ist nicht gewährleistet.</p> <p>Viele der Teilnehmer wiesen schwere depressive Symptome auf, was darauf deutet, dass diese Personen an Depressionen litten. Die Einschlusskriterien schlossen Personen mit Depressionen aus. Sie wurden demnach nicht richtig eingehalten, beziehungsweise die Depressionen wurden nicht diagnostiziert.</p> <p>Measurement Biases: Die Assessment basieren alle auf der subjektiven Sicht des Teilnehmers. Es werden keine objektiven Tests durchgeführt, um die Aussagen der Patienten zu erhärten.</p> <p>Um die Diagnosen zu erheben, wurden keine reliablen Tests durchgeführt. Die Fehlerfreiheit kann somit nicht gewährleistet werden.</p> <p>Intervention Biases: Werden keine erwähnt.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N =1122</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Die Studie wurde an 20 randomisiert ausgewählten Krankenhäusern im südwestlichen Teil von Stockholm durchgeführt. Anfangs wurden aus 1300 Schmerzpatienten 949 in die Studie miteingeschlossen. Gründe für die 351 Ausfälle waren das nicht Erfüllen der Einschlusskriterien und das nicht Teilnehmen wollen. Dabei traten keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmer und nicht Teilnehmer auf in Bezug auf demografische oder diagnostische Faktoren.</p> <p>Einschlusskriterien für die Schmerzpatienten waren das Alter (20+), Dauer der Schmerzen (3+ Monate), kein maligner Schmerz, keine traumatische Fraktur, keine vordergründige psychische Erkrankung, kein Substanzabusus und das Besuchen von einem Allgemeinarzt und Physiotherapeuten. Schlussendlich bestand das Sample der Schmerzpatienten aus 288 Personen mit Migrationshintergrund und 661 einheimischen Personen.</p> <p>Gleichzeitig wurden 200 Patienten aus Krankenhäusern als Vergleichsgruppe an die Studie eingeladen. Einschlusskriterien waren dieselben wie bei den Schmerzpatienten, ausser, dass diese Gruppe nicht an Schmerzen leiden durfte und nur schwache Gesundheitsprobleme aufweisen durfte. Aus den 200 Eingeladenen, stimmten 173 Patienten der Teilnahme zu. Die Autoren führen auf, dass die demografischen Daten zu den nicht Teilnehmenden teilweise verloren gingen. Aus diesem Grund kann nicht festgestellt werden, ob sich die Teilnehmer in diesen Faktoren unterscheiden. Bei den 173 Teilnehmern waren 40 Personen mit Migrationshintergrund und 133 einheimische Personen.</p> <p>Im Gesamten nahmen 328 Patienten mit Migrationshintergrund und 794 einheimische Personen teil. Die Teilnehmer werden alle übersichtlich in einer Tabelle dargestellt (Alter, Geschlecht, Zivilstand, Bildungsniveau, Tätigkeit, finanzielle Unterstützung, Schwierigkeiten Geld zu verdienen, Schwierigkeiten die Ausgaben zu managen, finanzielle Sorgen, Krankheitsabewesenheit, Arbeitslosigkeit).</p> <p>In dieser Studie wird für die Personen mit Migrationshintergrund der Begriff Personen ausländischer Herkunft (foreign origin). Dieser Begriff wird nicht näher definiert. Dadurch wird nicht ersichtlich was unter diesem Einschlusskriterium verstanden wird.</p>

	<p>Zur Teilnehmeranzahl wird in der Studie nichts erwähnt. Es wird nur erwähnt, dass die Resultate nicht auf alle Schmerzpatienten übertragen werden können. Die Verfasserinnen gehen aufgrund der hohen Teilnehmeranzahl davon aus, dass diese ausreichend war.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Alle Patienten wurden über die Studie informiert und nahmen freiwillig an der Studie teil. Sie unterschrieben eine Einverständniserklärung. Ausserdem wurde die Studie von der regionalen ethischen Kommission von Stockholm angenommen.</p>		
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Die Teilnehmer wurden über eine Periode von 15 Tagen währenddem sie die Krankenhäuser besuchten, identifiziert. In dieser Zeit erhoben die Allgemeinärzte und die Physiotherapeuten Daten zur Diagnose und der demografischen Situation. Anschliessend wurden den Patienten die Fragebögen ausgeteilt und sie wurden gebeten diese per Post zu retournieren. Die Daten wurden alle zum gleichen Zeitpunkt gesammelt und es wurde kein Follow-up durchgeführt.</p> <table border="1" data-bbox="467 1003 1457 1641"> <tr> <td data-bbox="467 1003 978 1641"> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzkomplexität/intensität • Wahrgenommene Einschränkung • Depressionsniveau • Burnout (Druck, Antriebslosigkeit, kognitive Schwierigkeiten) • Belastungen am Arbeitsplatz (Kontrolle, Anforderungen) • Finanzielle Situation (Schwierigkeiten Geld zu verdienen, Schwierigkeiten Ausgaben zu managen, Sorge um die finanzielle Situation) </td> <td data-bbox="978 1003 1457 1641"> <p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung nach ICD-9 • The Pain Questionnaire • Index perceived disability • General Health Questionnaire für Depression • Erhebung Burnout mit 22 Items • Erhebung Job strain mit 11 Items über job demands/control • 3 Fragen zur finanziellen Situation <p>Bei allen Messinstrumenten wurde der Cronbach's alpha durchgeführt, um die Glaubwürdigkeit der Tests darzustellen.</p> </td> </tr> </table>	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzkomplexität/intensität • Wahrgenommene Einschränkung • Depressionsniveau • Burnout (Druck, Antriebslosigkeit, kognitive Schwierigkeiten) • Belastungen am Arbeitsplatz (Kontrolle, Anforderungen) • Finanzielle Situation (Schwierigkeiten Geld zu verdienen, Schwierigkeiten Ausgaben zu managen, Sorge um die finanzielle Situation) 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung nach ICD-9 • The Pain Questionnaire • Index perceived disability • General Health Questionnaire für Depression • Erhebung Burnout mit 22 Items • Erhebung Job strain mit 11 Items über job demands/control • 3 Fragen zur finanziellen Situation <p>Bei allen Messinstrumenten wurde der Cronbach's alpha durchgeführt, um die Glaubwürdigkeit der Tests darzustellen.</p>
<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzkomplexität/intensität • Wahrgenommene Einschränkung • Depressionsniveau • Burnout (Druck, Antriebslosigkeit, kognitive Schwierigkeiten) • Belastungen am Arbeitsplatz (Kontrolle, Anforderungen) • Finanzielle Situation (Schwierigkeiten Geld zu verdienen, Schwierigkeiten Ausgaben zu managen, Sorge um die finanzielle Situation) 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosestellung nach ICD-9 • The Pain Questionnaire • Index perceived disability • General Health Questionnaire für Depression • Erhebung Burnout mit 22 Items • Erhebung Job strain mit 11 Items über job demands/control • 3 Fragen zur finanziellen Situation <p>Bei allen Messinstrumenten wurde der Cronbach's alpha durchgeführt, um die Glaubwürdigkeit der Tests darzustellen.</p>		
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Es wird keine Intervention durchgeführt. Die Teilnehmer werden lediglich von den Allgemeinärzten und den Physiotherapeuten in den 20 Spitälern auf die Diagnose untersucht und demografische Daten werden ermittelt. Danach werden die Daten zu Depression, Burnout etc. mittels Fragebogen erhoben. Es wird nicht erwähnt, welche Therapien die Patienten besuchen und es wird auch nicht als Ausschlusskriterium benannt. Dies ist jedoch nach den Verfasserinnen bei dieser Studie nicht relevant, da die Datenerhebung zu einem Zeitpunkt durchgeführt wurde und kein Follow-</p>		

<input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	<p>up stattgefunden hatte. Aus diesem Grund kann keine Information zu Contamination und Cointervention gegeben werden, da beides nicht erwähnt wird.</p>
RESULTS Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>In einer Tabelle werden die finanziellen und demografischen Daten aufgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Frauen als Männer beschwerten sich über Schmerzen ($p < 0.0001$). • Unter den Schmerzpatienten gab es mehr Scheidungen verglichen zu den schmerzfreien Patienten ($p < 0.0297$). • Personen mit Migrationshintergrund wiesen ein niedrigeres Bildungsniveau auf als einheimische Personen ($p < 0.0175$) und waren vermehrt Blue-collar Arbeiter ($p < 0.0001$). • Personen mit Migrationshintergrund waren eher nicht am Arbeiten und auf finanzielle Unterstützung angewiesen ($p < 0.0001$). • Sie waren länger krankgeschrieben ($p < 0.0001$) oder arbeitslos ($p < 0.0028$). • Sie machten sich mehr Sorgen um ihre finanzielle Situation ($p < 0.0001$), hatten weniger Möglichkeiten genügend Geld zu verdienen ($p < 0.0178$) und hatten mehr Schwierigkeiten ihre Ausgaben zu managen ($p < 0.0001$) im Vergleich zu den anderen Patienten. <p>In einer Tabelle werden die anderen Ergebnisse dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Bezug auf Depression wiesen die ausländischen Schmerzpatienten einen höheren Wert auf ($p < 0.0001$). Sie beklagten sich am häufigsten über mässiges bis erhöhtes Depressionsniveau als die anderen Patienten ($p < 0.0001$). • Im Bereich Burnout nahmen die Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund den höchsten Wert an Antriebslosigkeit und Anspannung im Vergleich zu den anderen Patienten wahr ($p < 0.0001$). • Bei den kognitiven Schwierigkeiten hatten alle Schmerzpatienten einen höheren Wert als die schmerzfreien Patienten ($p < 0.0001$). • Der Durchschnitt an Burnouts war bei den ausländischen Schmerzpatienten höher als bei den anderen Teilnehmern ($p < 0.0001$). • Die Arbeitsanforderungen wurden von den Schmerzpatienten höher empfunden als von den schmerzfreien Patienten ($p < 0.0001$). • Schmerzpatienten nahmen ein niedrigeres Niveau an Kontrolle am Arbeitsplatz wahr als schmerzfreie Patienten ($p < 0.0001$). • Allgemein war der Wert der Arbeitsbelastung bei den Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund höher als bei den schmerzfreien Patienten ($p < 0.0002$).

	<p>In einer dritten Tabelle werden die Faktoren in Bezug auf Schmerz aufgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weibliche Patienten (35-49j.), die seit mehr als 31 Tagen krankgeschrieben sind, viele Depressions- und Burnoutsymptomatiken und Arbeitsbelastungen aufweisen gehören der Risikogruppe der Schmersyndrome an. <p>In einer weiteren Tabelle werden die Charakteristiken von Schmerzpatienten aufgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Migrationshintergrund beklagten sich mehr über multiplen Schmerz und nahmen ihren Schmerz komplexer und konstanter wahr als Einheimische. • Sie nahmen häufiger Schmerzmedikamente und Schlafmittel ein ($p < 0.0001$), besuchten häufiger Rheumatologen ($p < 0.0001$) und fühlten sich eingeschränkter ($p < 0.0001$) als einheimische Personen. <p>In einer Tabelle werden Faktoren in Bezug auf Depression, Burnout und Einschränkung aufgezählt. Migrationshintergrund hatte einen negativen Einfluss auf das Wahrnehmen von Depressions- und Burnoutssymptomatiken und hoher wahrgenommener Einschränkung. Ausserdem hatte Migrationshintergrund einen Einfluss auf das Empfinden von multiplem Schmerz.</p> <p>Durchgeführte Tests:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANOVAs, X^2, post hoc tests according to the Dunn/Bonferroni method
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Viele der Vergleiche zeigen statistisch signifikante Unterschiede auf. Die Autoren erwähnen, dass die Resultate den schlechteren klinischen Zustand von Schmerzpatienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu einheimischen Personen aufzeigen. Jedoch sind die Gründe dafür weniger klar. Mögliche Ursachen werden ausführlich diskutiert. Da die Teilnehmer aus der Umgebung von Stockholm stammen, sind die Resultate nicht repräsentiv für die gesamte Bevölkerung. Da viele vorangehende Studien ähnliche Resultate erhielten, ist nach den Autoren die Verlässlichkeit der Studie teilweise gewährleistet.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Nicht alle eingeladenen Patienten konnten an der Studie teilnehmen, aufgrund des nicht Erfüllens der Einschlusskriterien oder das nicht Teilnehmen wollen. Es wird erwähnt, dass es keine Unterschiede in Bezug auf demografische Daten oder Diagnosen zwischen den Teilnehmern und den nicht Teilnehmenden bei der Schmerzpatientengruppe gab. Bei den schmerzfreien Teilnehmern fehlten einige Daten und deshalb konnte darüber keine Auskunft gegeben werden. Von denjenigen, welche sich für die Teilnahme entschieden hatten, wurden keine Drop-outs erwähnt. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass es keine Drop-outs gegeben hatte.</p>

<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Autoren führen auf, dass trotz den Bemühungen seitens der Spitäler das Leiden von chronischen Schmerzpatienten noch mehr verringert werden müsste. Die Behandlung sollte sich zusätzlich zum Schmerz auch um depressive Symptomatiken, Burnout, Stress am Arbeitsplatz und das Fehlen am Arbeitsplatz aufgrund von Krankheit kümmern. Viele Teilnehmer der Studie hatten bereits etliche Behandlungen hinter sich, welche aber keine grossen Verbesserungen brachten. Demensprechend sollten andere Ansätze für diese Personen zugänglich gemacht werden. Frauen gehören zu der Risikogruppe der Schmerzstörungen. Aus diesem Grund sollten die Behandlungen auf die Situationen und Erfahrungen von Frauen sensibilisiert sein. Ausserdem sollten ein besonderes Augenmerk auf die Situation von Personen mit Migrationshintergrund gelegt werden. Trotz den vielfältigen Resultaten sollte nach den Autoren noch mehr Forschung zu diesen Themen betrieben werden, vor allem in Bezug auf die Rolle der Ethnizität.</p>