

## Anlage D zum Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege"

### Ausgeschlossene Literatur

#### Zu Kapitel 3: Schmerzeinschätzung

Referenz	Thema	Begründung für den Ausschluss
(Keck et al. 1996) USA	Reliabilität und Validität der Wong-Baker Gesichter Skala	falscher Korrelationskoeffizient (Pearson darf bei ordinalen Daten nicht angewendet werden)
(Pothmann 1990) BRD	Vergleich Visuelle Analog Skala (VAS) und Smiley Analogue Scale (SAS)	falscher Korrelationskoeffizient (Pearson darf bei ordinalen Daten nicht angewendet werden)
(Striebel et al. 1992) BRD	Vergleich Selbst-versus Fremdbeurteilung der postoperativen Schmerzintensität	die Angaben der Patienten wurden lediglich mit den Angaben einer Pflegefachkraft verglichen; dadurch geringe interne Validität

#### Zu Kapitel 3.4.3: Schmerzerfassung bei alten und/oder kognitiv eingeschränkten Menschen

Referenz	Thema	Begründung für den Ausschluss
(Hayes 1995) GB	Schmerzassessment bei älteren Menschen	Keine Studie Übersichtsartikel zu allgemeinen Möglichkeiten der Schmerzeinschätzung, Schmerzvorkommen in der Gruppe der älteren Bevölkerung, Literaturüberblick (ohne Bewertung der Literatur), Diskussion über Möglichkeit der Beobachtung als Methode d. Schmerzeinschätzung
(Ross and Crook 1998) USA	Schmerzprävalenz und Beziehung zwischen Schmerzerfahrung und spezifischen (Funktions-) Einschränkungen von älteren Patienten die ambulante Pflege erhalten	Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind nicht die Zielgruppe dieser Studie
(Kaasalainen et al. 1998b) Kanada	Literaturstudie zum Schmerzassessment bei kognitiv eingeschränkten älteren Menschen	Nach wissenschaftlichen Kriterien nicht zu beurteilen, da keinerlei Methodenteil (Kriterien zur Auswahl und Bewertung der Literatur); Ableitung von evidenzbasierten Aussagen daher nicht möglich  Artikel <b>hilfreich für Diskussion</b> , da gute Problembeschreibung und Überblick über Komplexität des Themas
(Kaasalainen et al. 1998a) Kanada	a) Beziehung zw. Schmerzassessment (via VAS) bei Altenheimbewohnern durch Pflegenden und Schmerzmedikation  b) Beziehung zw. kognitivem Status und Schmerzmedikation bei Altenheimbewohnern	Methodenteil nicht beurteilbar: Art d. Stichprobe unklar (wahrscheinlich Gelegenheitsstichprobe), kleine Stichprobe (n=19 pro Gruppe), fehlende Powerkalkulation; keine Aussage über Vergleichbarkeit d. Gruppen (Geschlecht nicht berücksichtigt) Übertragbarkeit d. Ergebnisse nicht möglich  Ergebnisse: Unterversorgung mit Schmerzmitteln (Verschreibung + Vergabe von Verschriebenem) in d. Gruppe der kognitiv eingeschränkten Bewohner bestätigt andere Studienergebnisse, kann hier jedoch lediglich als Hinweis auf das Problem gewertet werden

(Blomqvist and Hallberg 1999)  Schweden	1. Schmerzen (Dauer, Lokalisation, Intensität, Medikation) bei alten Menschen in Pflegeeinrichtungen und  2. Schmerzeinschätzung durch die älteren Menschen vs. der durch Pflegende	Patienten mit kognitiven Einschränkungen wurden von der Studie ausgeschlossen, da sie nicht an dem strukturierten Interview teilnehmen konnten  Insgesamt große Ausfallquote: von n = 85 randomisiert ausgewählten Bewohnern bestand die endgültige Stichprobe aus n = 29. Davon im Verlauf der Studie Ausfall von n = 19 ( 65%)
(Ferrell, Stein, and Beck 2000)  USA	Entwicklung und Validierung eines multidimensionalen Instrumentes zur Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen	Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Folstein Mini-Mental State Exam Score < 20) wurden von der Studie ausgeschlossen
(Buffum et al. 2002)  USA	Beziehung zwischen ‚discomfort‘ und ‚agitation‘ bei Patienten mit Demenz.	Kleine Stichprobe n = 33, davon 32 Männer u. 1 Frau → keine repräsentative Stichprobe  Die erste Forschungsfrage, ob Menschen mit Demenz zuverlässige Auskunft über ihren Schmerzzustand geben können, nimmt nur einen geringen Teil d. Studie ein; zudem sind die Ergebnisse nicht übertragbar. Reliabilität und Validität des Instruments nicht nachvollziehbar.
(Kunz 2002)  Schweiz	Vorstellung von 2 standardisierten Instrumenten zur Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenz	Doloplus© wird in der französischen Originalversion als validiert beschrieben, es konnte jedoch in Medline nur insgesamt 1 französischer Artikel zum Thema recherchiert werden. Für die deutsche Übersetzung, die in diesem Artikel vorgestellt wird, gibt es nach Kenntnis d. Autorin bisher leider kein empirisches Wissen.  <b>Sollte jedoch im Blick gehalten werden</b>
(Fisher et al. 2002)  USA	Beziehung zwischen Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen durch a) Pflegende via proxy pain questionnaire b) Minimal data Set c) Medikamentenanordnung	Pilotstudie mit kleiner Gelegenheitsstichprobe  Proxy pain questionnaire bisher nicht validiert und nur im Pretest auf Reliabilität getestet.  da neues Instrument, bisher weder Übersetzung noch empirische Daten für deutschsprachigen Raum  Kein Vergleich mit Selbstauskunft der Betroffenen als wünschenswertes externes Kriterium
(Villanueva et al. 2003)  USA	Reliabilität und Validität eines neuen Instruments zur Schmerzeinschätzung bei alten Menschen mit Demenz	Pilotstudie mit kleiner Gelegenheitsstichprobe  Keine Kontrollgruppe  keine Intervention um Veränderungen zu prüfen  kein valides externes Kriterium für Schmerz  da neues Instrument, bisher weder Übersetzung noch empirische Daten für deutschsprachigen Raum  Folgestudien mit kalkulierter und randomisierter Stichprobe wünschenswert
(Warden, Hurley, and Volicer 2003)  USA	Entwicklung und psychometrische Evaluation eines Instrumentes zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz	Pilotstudie mit kleiner Gelegenheitsstichprobe, ausschließlich Männer  da neues Instrument, bisher weder Übersetzung noch empirische Daten für deutschsprachigen Raum  Folgestudien mit kalkulierter und randomisierter Stichprobe wünschenswert

**Zu Kapitel 3.4.5: Rolle der Angehörigen in der Schmerzeinschätzung**

Referenz	Thema	Begründung für den Ausschluss
(Mazanec u. Bartel 2002)	Perspektive von informellen Pflegenden beim Schmerzmanagement	Einzelfallbericht Schmerzeinschätzung durch Angehörige nicht Thema des Artikels, der Fokus liegt auf den Auswirkungen von Schmerzen eines Betroffenen auf das Familiensystem
(Bucher et al. 1999)	Berichte von Angehörigen über Krebsschmerzen, Schmerzlinderung, Zugang zu Medikamenten und Versicherungen	Thema nicht relevant für die Fragestellung der Effektivität von Schmerzeinschätzung durch Angehörige
(Ferrell et al. 1991)	Familiale Faktoren, die das Management von Krebsschmerzen beeinflussen	s.o.
(Clipp u. George 1992)	Krankheitserfahrung von Menschen mit Krebs die von ihren Partnern gepflegt werden	s.o.
(Porter et al. 2002)	Wahrnehmung von Patienten zu ihrer Fähigkeit des Umgangs mit Schmerzen und Symptomen bei Lungenkrebs: Kommunikation zwischen Betroffenen und pflegenden Angehörigen	s.o.
(Davis, LL 2001) USA	Assessment von funktionalen Fähigkeiten ei Menschen mit Demenz durch pflegende Angehörige	keine Studie s.o.
(Kristjanson et al. 1998) Australien	Kongruenz der Einschätzung von Patienten undpflegenden Angehörigen zu Symptomstress von Menschen mit terminalem Krebs	s.o.
(Devlin 2000) USA	Rolle von Angehörigen bei der Schmerzeinschätzung von schwer kranken Patienten	Keine Studie; die hier hauptsächlich besprochene Studie liegt im Original vor
(Lobchuk u. Kristjanson 1997) Kanada	Wahrnehmung von Symptomstress bei Menschen mit Lungenkrebs: Assessment von verhaltensbezogenen Parametern durch pflegende Angehörige	s.o.

**Zu Kapitel 3.5.2: nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzbehandlung**

Referenz	Thema	Begründung für den Ausschluss
(Titler u. Rakel 2001)	Nonpharmakologische Behandlung von Schmerz	Keine Studie guter Übersichtsartikel, deren Inhalte aber zu großen Teilen von McCaffery und Pasero (1999) übernommen wurden, deren Handbuch bereits die Grundlage für dieses Kapitel bildet Studien werden nicht kritisch besprochen, so dass Beurteilung von Qualität nicht möglich ist (einige liegen im Original vor)
(Labyak u. Metzger 1997)	Meta-Analyse zur Überprüfung der Effektivität einer speziellen Massagetechnik (Effleurage Backrub) auf physiologische Komponenten der Entspannung (HF, RR, AF)	Auswirkung auf Schmerz nicht Thema der Studien;  Als Entspannungstechnik betrachtet, lassen sich positive Auswirkungen auf Vitalzeichen und Wohlbefinden durch Anwendung dieser Massage beobachten, wobei herkömmliche Rückenmassagen ebensolche Effekte erzielen
(Good 1995)	Effektivität von Musik, Entspannung und Musik + Entspannung auf postoperativen Schmerz	Artikel ist bereits in zwei systematischen Literaturstudien erfasst kleine Stichprobe, n = 21 pro Gruppe stellt Validität der Ergebnisse in Frage; damit nicht übertragbar
(Atsberger 1995)	Entspannung als mögliche Intervention zur Behandlung von akutem postoperativem Schmerz	Keine Studie  Übersicht über Zusammenhang zwischen Angst und Schmerz, Darstellung verschiedener Dimensionen von Entspannung (physisch, psychisch, soziokulturell), praktische Tipps zur Anwendung
(Doody et al. 1991)	Nonpharmakologische Interventionen als Bestandteil des Schmerzmanagements	Keine Studie  Kurze Übersicht über Gate Control Theory und unterschiedliche nonpharmakologische Interventionen: TENS, neuromuskuläre NS, Akupunktur, kognitiv-verhaltensbezogene Methoden, progressive Muskelentspannung, Musiktherapie, Imagination, Biofeedback, Hypnose und therapeutic touch
(Miller u. Perry 1990)	Beziehung zwischen Entspannungstechnik und postoperativen Schmerzen bei kardiochirurgischen Patienten	wurde bereits in einem systematischen Review (Carroll u. Seers 1998a) wegen mangelnder Qualität ausgeschlossen
(Kolkmeier 1989)	Klinische Anwendung von Entspannung, Imagination und Musik in zeitgenössischer Pflegepraxis	Keine Studie eher als Statement zu verstehen, nur vier Literaturangaben
(Parfitt 1990)	Auswirkung von humorvoller präoperativer Schulung auf das Erinnerungsvermögen an postoperative Übungen	kleine Studie (n = 24), Gelegenheitsstichprobe, keine echte randomisierte Verteilung auf Gruppen
(Cogan et al. 1987)	Auswirkungen von Lachen und Entspannung auf <b>Schwellen von Unbehagen</b>	Gelegenheitsstichprobe (40 Studierende) und n = 10 pro Gruppe → Gefahr von Typ 1 und Typ 2 Fehler zu groß

### Zu Kapitel 3.6: Patientenschulung

Referenz	Thema	Begründung für den Ausschluss
(Allen et al. 1992) Kanada	Präoperatives Schulungsprogramm für Pat. vor Katarakt-OP n = 36	kein Effekt auf Wissen, praktische Fertigkeiten, Angst und Anzahl postop Besuche durch Pflegedienst jedoch fehlt Poweranalyse bei geringer Stichprobe
(Devine, Cook 1983) USA	Meta-Analyse zum Effekt von psycho-edukativen Interventionen auf die stationäre Verweildauer	Thema Schmerz zu wenig berücksichtigt
(Dunn 1998) USA	Präop Assessment und Patientenschulung für Patienten, die ambulant operiert werden	kein Forschungsbericht, sondern Zusammenfassung (Kongressvortrag) Thema Schmerz zu wenig berücksichtigt
(Ferrell, Rhiner, Ferrell 1993) USA	Entwicklung eines Schulungsprogramms für Patienten mit Tumorschmerzen und ihre Angehörigen n = 40	nur vorübergehender Bericht, Forschung noch nicht abgeschlossen Validität und Reliabilität der Instrumente unklar signifikante Effekte: Reduktion Schmerzintensität und empfundene Schmerzbelastung, Reduktion von Angst und Angst vor Abhängigkeit, weniger Medikamenteneinnahme, mehr Gebrauch von non-pharmakologischen Maßnahmen; jedoch: nur Signifikanzen angegeben, aber keine Größenangaben für Unterschiede (t-Test wurde angewendet, bei geringer Fallzahl ist Normalverteilung jedoch unwahrscheinlich) keine Verblindung <b>aber sehr logisch aufgebautes Schulungsprogramm, wird auch von AHCPR (1994) empfohlen</b>
(Gammon, Mulholland 1996) GB	Effekt von präop Schulung bei elektiver Hüft-TEP auf Angst, Depression, Sense of Control	Schmerz nicht explizit berücksichtigt
(Leinonen, Leino-Kilpi 1999) Finnland	Review zu Forschung in perio-operativer Pflege	sehr grober Überblick; keine statistische Auswertung im Sinne einer Meta-Analyse
(Good-Reis, Pieper 1990) USA	Vergleich strukturierte vs. unstrukturierte Schulung	Kontrollgruppe wurde durch retrospektive Dokumentenanalyse der letzten 12 Monate gebildet, dadurch können Ergebnisse verzerrt sein
(McCaffery 2002) USA	Empfehlung im Frage-Antwort Format	gute, praxisnahe Empfehlung, Zielgruppe: Praktiker; keine wissenschaftliche Präsentation
(Meeker 1994) USA	Effekt eines präoperativen Schulungsprogramms	Schmerz hier nicht untersucht methodische Einschränkungen z. B. Auswahl der Teilnehmer unklar
(Mitchell 1997) GB	Bewertung von präop Vorbereitung durch Patienten	Schmerz hier nicht untersucht
(Shuldham 1999) GB	Review zu Einfluss präop Schulung auf postop Erholung	guter qualitativer Überblick, jedoch keine statistische Auswertung im Sinne einer Meta-Analyse
(Spalding 1995) GB	Effekt eines präoperativen Schulungsprogramms n = 41	Verletzung Good Clinical Practice: Patienten wussten nicht, dass sie an einer Studie teilnahmen keine Signifikanztest angegeben, daher nicht auszuschließen, dass Unterschied zwischen Exp.gr. und Unters.gr. zufällig Gelegenheitsstichprobe, keine Verblindung

## Literatur

- Allen, M., Knight, C., Falk, C., Strang, V. (1992). "Effectiveness of a preoperative teaching programme for cataract patients." Journal of Advanced Nursing 17: 303-09
- Devine, E., Cook, T. (1983). "A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical hospital stay." Nursing Research 32(5): 267-74
- Dunn, D. (1998). "Preoperative assessment criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients." Journal of PeriAnesthesia Nursing 13(5): 274-91 (43 ref)
- Ferrell, B. R., Rhiner, M., Ferrell, B. A. (1993). "Development and implementation of a pain education program." Cancer 72: 3426-32
- Gammon, J., Mulholland, C. (1996). "Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes." Journal of Advanced Nursing 24(2): 303-8 (37 ref)
- Good-Reis, D., Pieper, B. (1990). "Structured vs unstructured teaching: a research study." AORN Journal 51(5): 1334-5, 37-9 (17 ref)
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. (1999). "Research in peri-operative nursing care." Journal of Clinical Nursing 8(2): 123-38 (96 ref)
- McCaffery, M. (2002). "Teaching your patient to use a pain rating scale." Nursing 32(8): 17 (3 ref)
- Meeker, B. (1994). "Preoperative patient education: evaluating postoperative patient outcomes." Patient Education and Counseling 23(1): 41-7 (17 ref)
- Mitchell, M. (1997). "Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery." Journal of Advanced Nursing 26(2): 356-63 (49 ref)
- Shuldhham, C. (1999). "1. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery." International Journal of Nursing Studies 36(2): 171-7 (21 ref)
- Spalding, N. (1995). "A comparative study of the effectiveness of a preoperative education programme for total hip replacement patients." British Journal of Occupational Therapy 58(12): 526-31 (22 ref)