

Master –Thesis

Stressverarbeitungsstrategien des Pflegepersonals in Pflegeheimen

Verfasserin: Dr. Ulrike Schuller-Schreib

Hauptstraße 43, 2120 Wolkersdorf

Geboren: 05.12.1964 in Wien

Matr. Nr.: 8301134

Universitätslehrgang: Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft (MSc)

Abgabedatum: 30.06.2008

zur Erlangung des akademischen Grades

MSc (Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft)

am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen

der Donau-Universität Krems

Begutachter: Dr. Cornel Binder-Krieglstein

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

1. dass ich die Master-Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. dass ich dieses Master-Thesis Thema weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung:

Unterschrift:

Abstract

Die körperlichen, psychischen, sozialen und organisatorischen Stressoren in der Pflege in Pflegeheimen stellen hohe Anforderungen an die Belastbarkeit des Pflegepersonals. Das Burnout-Syndrom ist in diesem beruflichen Umfeld entsprechend häufig. Um neben strukturellem Stressmanagement, das nur zu oft durch die Rahmenbedingungen an Grenzen stößt, vor allem das individuelle Stressmanagement fördern zu können, wurde die Studie zur Erfassung der Stressverarbeitungsstrategien konzipiert. Es wurden 145 Pflegenden (diplomiertes Personal, AltenfachbetreuerInnen und PflegehelferInnen) in 4 Pflegeheimen des Landes NÖ mittels SVF 120 und Fragebogen auf Typ-A-Verhalten schriftlich befragt. Das Ergebnis deckt sich weitgehend mit anderen Studien aus dem Bereich der Pflege und der Altenpflege und kann wie folgt zusammengefasst werden: Signifikante Abnahme von stressvermehrenden und Zunahme an stressvermindernden Bewältigungsstrategien mit zunehmendem Alter sowie mit zunehmender Berufserfahrung, deutliche Häufung von Negativ-Strategien bei unter 30-jährigen, Abnahme dieser Strategien mit Erreichen höherer hierarchischer Positionen, ein Zurückgehen von Aggression als Bewältigungsmechanismus mit zunehmendem Alter, signifikante Zunahme der Nutzung von Entspannungsstrategien mit zunehmendem Alter und eine deutliche Häufung von stressvermehrenden Strategien bei Teilzeitbeschäftigten. Das Typ-A-Verhalten befand sich in einem mittelgradigen Bereich, nahezu 40% zeigten starkes Typ-A-Verhalten, außerdem korrelierte es in 65% mit dem Ergebnis der Stressbewältigungsstrategien. Ein auf die Ergebnisse zugeschnittenes Interventionskonzept wurde ausgearbeitet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Belastungsfaktoren / Stressoren in der Pflege	6
2.1	Körperliche Belastung	6
2.2	Psychische Belastung	7
2.3	Personalmangel	9
2.4	Unregelmäßige Dienstzeiten	11
2.5	Soziale Belastung	13
3	Stressreaktion / Stressverstärker	14
3.1	Stressreaktion auf körperlicher Ebene	14
3.2	Stressreaktion auf behavioraler Ebene	15
3.3	Stressreaktion auf kognitiv-emotionaler Ebene	15
3.4	Stressreaktion, Belastungssituation und Bewertung	15
4	Stressbewältigung	17
4.1	Ressourcen	17
4.2	Einteilung der Stressbewältigungsstrategien	19
4.3	Effektivität von Stressbewältigungsstrategien	23
4.4	Studien Belastungen und Stressbewältigung in der Pflege	27
5	Burnout	32
5.1	Wege ins Burnout / Burnout und Persönlichkeit	32
5.2	Das Burnout-Syndrom	37
6	Studie Stressbewältigungsstrategien des Pflegepersonals in 4 Pflegeheimen des Landes NÖ	40
6.1	Methodik	40
6.1.1	Teilnehmende Beobachtung	41
6.1.2	Fragebogen SVF 120	41
6.1.2.1	Zielsetzung und Beschreibung	42
6.1.2.2	Beantwortung	44
6.1.2.3	Auswertung	44
6.1.3	Fragebogen Typ-A-Verhalten	45
6.2	Stichprobe	46

6.3	Ergebnisse Fragebogen SVF 120	53
6.4	Ergebnisse Fragebogen Typ-A-Verhalten	63
7	Diskussion	65
8	Maßnahmen	68
9	Zusammenfassung und Forschungsausblick	72
	Quellenverzeichnis	73

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Stressverarbeitungsstrategien erstellt nach Auswertungsblatt Rohwerte zu SVF 120 (Janke et al, 1985)
- Abb. 2: Bezeichnung, Abkürzung und Kennzeichnung der Subtests des SVF 120, sowie ein Beispiel-Item (Janke et al., 1997)
- Abb. 3: Fragebogen Typ-A-Verhalten (Domnowski, 2005)
- Abb. 4: Verteilung der Berufsgruppen gesamt
- Abb. 5: Verteilung der Berufsgruppen in den einzelnen Heimen
- Abb. 6: Geschlechtsverteilung gesamt
- Abb. 7: Geschlechtsverteilung in den einzelnen Heimen
- Abb. 8: Durchschnittsalter in den einzelnen Heimen
- Abb. 9: Verteilung der Altersgruppen gesamt
- Abb. 10: Verteilung der Altersgruppen in den einzelnen Heimen
- Abb. 11: Verteilung der Arbeitsjahre in der Pflege über bzw. unter 15 Jahre gesamt
- Abb. 12: Verteilung der Arbeitsjahre in der Pflege über bzw. unter 15 Jahre in den einzelnen Heimen
- Abb. 13: Verteilung der Wochenarbeitszeit (Vollzeit / Teilzeit) gesamt
- Abb. 14: Verteilung der Wochenarbeitszeit in den einzelnen Heimen
- Abb. 15: Gesamtergebnis der Subtests des SVF 120
- Abb. 16: Durchschnittswerte der 3 Subtestkategorien der Positiv-Strategien gesamt
- Abb. 17: Verteilung der Items des Subtests „Aggression“
- Abb. 18: Ergebnis Fragebogen Typ-A-Verhalten
- Abb. 19: Korrelation des Grades des Typ-A-Verhaltens mit den Negativ-Strategien aus SVF 120

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Ergebnisse der positiven Strategien und des Subtests „Soziales Unterstützungsbedürfnis“
- Tab. 2: Ergebnisse der negativen Strategien, sowie der Subtests „Vermeidung“ und „Aggression“
- Tab. 3: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der Führungskräfte in der Pflege mit der Stichproben-Untergruppe 50 plus und dem Gesamtkollektiv
- Tab.4 : Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der PflegehelferInnen über 40 und unter 40 Jahren mit dem Gesamtkollektiv
- Tab. 5: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der männlichen Pflegekräfte mit dem Gesamtkollektiv (90,4% Frauen)
- Tab. 6: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien von Vollzeit- und Teilzeitkräften mit dem Gesamtkollektiv
- Tab. 7: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der Pflegekräfte mit mehr und mit weniger als 15 Jahren Pflegearbeit und dem Gesamtkollektiv
- Tab. 8: Vergleich der durchschnittlichen Werte der 10 Positiv- und 6 Negativ-Strategien aller Stichproben-Untergruppen mit dem Gesamtkollektiv

1 Einleitung

Die starke Zunahme der älteren Bevölkerungsschichten stellt unser Gesundheitssystem vor wachsende Probleme. Die aktuelle Pflegedebatte zeigt den bereits akuten Handlungsbedarf in diesem Bereich.

In mehr als 10 Jahren arbeitsmedizinischer Tätigkeit in Pflegeheimen des Landes NÖ, konnten positive, aber auch viele negative Entwicklungen, was die Situation des Pflegepersonals betrifft, beobachtet werden. Da trotz des steigenden Bedarfs an Pflege aufgrund der demografischen Entwicklung eine deutliche Verbesserung der finanziellen und personellen Rahmenbedingungen in diesem Bereich nicht sehr

wahrscheinlich ist, sollten Strategien der Förderung von MitarbeiterInnen im Pflegedienst darauf abzielen, ihre Kompetenzen so weiter zu entwickeln, dass sie den steigenden Anforderungen gerecht werden können. Dazu sind Fort- und Weiterbildung im Bereich von fachlichen, organisatorischen, sozial-kommunikativen und vor allem auch personalen Kompetenzen unumgänglich (Zimber et al., 2000). Bei der Ergebnisevaluation eines Trainingsprogramms, in dem es um den Umgang mit „schwierigen“ Bewohnern, dem Umgang mit Stress und persönlichen Problemen sowie um Kommunikation und Führung des Pflegepersonals ging, zeigten sich bei den beruflichen Handlungskompetenzen deutliche Defizite bei der personalen Kompetenz (Zimber et al., 2000). Allerdings ist die Fähigkeit reflektieren zu können, was mit sich und anderen passiert, und angemessen damit umzugehen, im Bereich der Pflege von herausragender Bedeutung. Diese Kompetenz entwickelt zu haben, ermöglicht wesentlich effektiver Stress zu bewältigen, Erkrankungen, die daraus resultieren und in weiterer Folge Burnout zu vermeiden. Denn sehr häufig gehen Erkrankungen, die aus den hohen Belastungen in der Altenpflege erwachsen, wie z.B. die degenerativen Erkrankungen des Stützapparates, psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie das Burnout, mit langen Krankenständen, Absentismus und einer extremen Fluktuationsrate einher. In Folge ergibt sich für den Träger eines Pflegeheimes eine weitere Kostensteigerung in einem an sich schon sehr kostenintensiven Bereich. Diesen bedeutenden wirtschaftlichen Faktor gilt es besonderes Augenmerk zu schenken.

Die Studie über die Stressverarbeitungsstrategien des Pflegepersonals in 4 Pflegeheimen des Landes NÖ soll den notwendigen Handlungsbedarf im Bereich Belastung und Belastungsbewältigung untermauern und folgenden Fragen nachgehen:

- Welche Stressbewältigungsstrategien verwendet das Pflegepersonal in Pflegeheimen?
- Korrelieren die Stressbewältigungsstrategien mit Alter, Berufsgruppenzugehörigkeit, Arbeitsjahren in der Pflege sowie mit Wochenarbeitszeit?
- Korrelieren die Stressbewältigungsstrategien mit Persönlichkeitsmerkmalen (Typ-A-Verhalten)?

2 Belastungsfaktoren in der Pflege

Als Belastungsfaktoren auch Stressoren genannt werden alle jene äußeren Anforderungen und Bedingungen bezeichnet, die eine Stressreaktion auslösen können. Nach Bamberg et al. (2003, S.47) lässt sich menschliches Handeln durch Prozesse der Zielbildung, der Zielkonkretisierung und der Planung, der Ausführung und der Kontrolle beschreiben. Wenn diese Prozesse beeinträchtigt werden, liegen Stressoren vor. Stressoren sind demnach Beeinträchtigungen der Handlungsregulation.

In der Pflege besteht eine Reihe von Stressoren in Form von körperlichen, leistungsbezogenen, sozialen und auch organisatorischen Belastungsfaktoren. Außerdem stellt die Betreuung und Pflege alter Menschen im Vergleich zur Pflege in Krankenhäusern andere, teilweise noch wesentlich höhere Anforderungen an die psychophysische Belastbarkeit der Pflegenden. Die Abgrenzung der einzelnen Belastungsfaktoren im Folgenden gestaltet sich insofern schwierig, als dass man persönliche und strukturelle Stressoren nicht leicht getrennt betrachten kann, da diese meist miteinander verbunden sind und sich teilweise gegenseitig bedingen.

2.1 Körperliche Belastung

Heben, Drehen, Lagern und Transfer von Pflegebedürftigen wird zwar einerseits durch entsprechende technische Hilfe erleichtert, andererseits nimmt gerade die Zahl der Bewohner mit hohen und höchsten Pflegestufen, sowie die Intensivpflege in Pflegeheimen rasant zu. Nach einer vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag des Forums Gesundes Österreich (1994) durchgeführten Literaturstudie („Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus“) sind die vom Pflegepersonal am häufigsten genannten körperlichen Beschwerden:

- Kreuz- und Rückenschmerzen
- Schlafstörungen
- Gereiztheit / Nervosität
- Kopfschmerzen

➤ Magen- und Darmbeschwerden

Einer Studie von Jenull-Schiefer (2006) zufolge stehen die Erkrankungen des Bewegungsapparates beim älteren Pflegepersonal, Lungen-, Infektions- und psychiatrische Erkrankungen sowie Unfälle bei Jüngeren im Vordergrund.

Auch das Durchschnittsalter des Pflegepersonals und damit die gesundheitliche Problematik (z.B. im Bereich des Stützapparates) sind in Pflegeheimen höher als in Krankenhäusern. Das Durchschnittsalter in der Altenpflege beträgt 42,6 Jahre, im Krankenhaus 38,3 Jahre. Der Anteil der Altersgruppe über 50 Jahre wird im Pflegeheim mit 25%, im Krankenhaus mit 12% angegeben (Simon et al, 2005).

Die Pflegeheime besitzen im Vergleich zu anderen Institutionen (diversen Stationen im Krankenhaus) und den ambulanten Diensten mit Abstand das höchste Niveau, was die Höhe der körperlichen Arbeitsanforderung betrifft. Genauso verhält es sich mit den quantitativen Arbeitsanforderungen (Simon et al., 2005).

Ungünstige Arbeitsbedingungen durch bauliche Gegebenheiten (z.B. zu kleine Funktionsräume, wie Stützpunkt, Sanitärräume), unzureichende Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln und wenige Möglichkeiten sich in Pausen zur Regeneration zurückziehen zu können, bedeuten zusätzliche Belastungen in diesem Bereich.

2.2 Psychische Belastung

Ein Teil der psychischen Belastung im Pflegeheim ergibt sich aus der permanenten Konfrontation mit Verfall, Demenz, Aggression, Hilflosigkeit und Tod. Diese ist intensiver als im Krankenhaus, Betreuungszeiten sind oft im Bereich von Jahren, wodurch die wesentlich engere Beziehung zum Bewohner auch psychisch alterierend sein kann. „Besonders jüngere Krankenpflegekräfte erleben das Leiden und Sterben der Patienten als besonders belastend (Hirsch und Zander, 1991(b)). Mit zunehmender Berufserfahrung steigt zumindest die Fähigkeit, diese negativen Eindrücke zu verarbeiten“ (Albert, 1998).

Wenige Erfolgserlebnisse, was Gesundung von betreuten Menschen betrifft bzw. wenig Anerkennung der Leistungen tragen zur Belastung bei. Wesentlich verschärft wird dies durch Personalmangel und die damit verbundene durchgehende Zeitnot, in der häufig gearbeitet wird. Nicht selten mündet dies noch immer in eine „Warm – satt – sauber“ – Pflege, die bei Personal, das in zahlreichen Pflegekonzepten gut geschult ist und noch dazu häufig die Pflege als seine Berufung sieht, große Frustration hervorruft. Das Gefühl nicht genug getan, sich nicht ausreichend um das Bedürfnis des Bewohners nach Zuwendung gekümmert zu haben, löst im Pflegepersonal ethischen Stress aus. Jenull - Schiefer (2006) meint dazu: „Ethischer Stress resultiert daraus, dass Pflegende nicht so handeln können, wie sie es aufgrund ihrer Haltung und ihres Wissens eigentlich wollen bzw. müssen. Diese Theorie-Praxis-Diskrepanz führt immer wieder dazu, dass eine ethisch anspruchsvolle Altenpflege an den Bedingungen der Praxis scheitern.“ Diese Form von Stress führt zu einem permanent schlechten Gewissen und dem Gefühl des Versagens. Ein Teufelskreis ergibt sich auch daraus, dass aus unzufriedenem Pflegepersonal unzufriedene Bewohner resultieren, die häufig gerade deshalb wiederum mehr Pflegeaufwand benötigen.

Die Zunahme der Demenzerkrankungen bei jüngeren Alterstufen, die zu einem Großteil noch sehr mobil sind, stellt zusätzlich hohe Anforderungen an die Pflegekräfte, da freiheitsbeschränkende Maßnahmen nur in Ausnahmefällen erlaubt sind, demente Bewohner aber häufig unter einem erhöhten Bewegungsdrang leiden. Diese Situationen ergeben ein häufiges Unterbrechen der Arbeit, ein Hin- und Her auf der Station, Arbeiten können nicht zu Ende gemacht, Dinge leicht vergessen werden. All dies bedeutet wiederum Belastungen für Personal und Bewohner. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Pflegenden nicht selten Aggressionen und sexuellen Übergriffen der Bewohner ausgesetzt sind, sei es selbst als Ziel von Attacken als auch, weil es notwendig ist, in Aggressionen, die sich zwischen den Bewohnern abspielen, eingreifen zu müssen. Ein zunehmender Anteil der Bewohner leidet an psychischen Erkrankungen: „Die aus ärztlicher Sicht als behandlungsbedürftig eingestuft psychischen Erkrankungen steigen ab dem 45. Lebensjahr auf fast ein Viertel der Bevölkerung (Weyerer / Dilling 1984). Dieser Krankheitstyp führt in der

Regel zu einem lang andauernden Betreuungs- und Pflegebedarf“ (Zellhuber, 2003, S.48). „Im Pflegeheim sind knapp 65 Prozent von Demenz betroffen sind. Eine Kategorisierung der Demenz in eine leichte, mittelschwere und schwere Ausprägung führte zu dem Ergebnis, dass 44,6 Prozent der Pflegeheimbewohner an einer schweren Form der Demenz litten (vgl. Jakob et al. 2002)“ (Zellhuber, 2003, S.53). Die Anzahl der Pflegekräfte mit psychiatrischer Ausbildung hält damit aber in keiner Weise Schritt. Was aggressive und unfreundliche Bewohner betrifft, hat laut NEXT-Studie (Simon et al., 2005) das Personal in Pflegeheimen und auf Psychiatrien ähnlich hohe Konfrontationszahlen, wesentlich höher als in anderen Institutionen, wobei diese Belastung von der Studie als ein wichtiger Aspekt beim Burnout betrachtet wird.

Eine in den nächsten Jahren zunehmende Belastung betrifft auch die Angst vor Infektionserkrankungen, wie Hepatitis C und AIDS, da Bewohner mit diesen Erkrankungen in Zukunft vermehrt im Pflegeheim aufgenommen werden. Die NEXT-Studie (Simon et al., 2005) spricht von 37 % der Befragten, die sich durch die Infektionsgefährdung belastet fühlen.

2.3 Personalmangel

Mit den oben besprochenen Belastungen untrennbar verknüpft ist, wie schon erwähnt, der immer wieder auftretende Personalmangel im Pflegebereich, der im Pflegeheim verschiedene Gründe hat.

Zum einen erweist sich das Pflegeheim für viele junge diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen als unattraktiv, das Krankenhaus mit seinen vielfältigen und interessanteren Arbeitsmöglichkeiten, den besseren Karrierechancen und Weiterbildungsmöglichkeiten wird vorgezogen. Der zunehmende Bedarf an Pflegekräften kann von den Schulen für Gesundheits – und Krankenpflege überdies derzeit nicht gedeckt werden. Zum anderen entscheiden sich diplomierte Pflegekräfte eher erst mit zunehmendem Alter für eine Arbeit im Pflegeheim. Allerdings nehmen mit dem Alter auch naturgemäß die chronischen Gesundheitsprobleme zu und damit

die längeren Fehlzeiten aufgrund von Krankenständen, oft Langzeitkrankenständen und Kuraufenthalten. PflegehelferInnen sind bei ihrer Ausbildung oft bereits älter und haben meist weniger Vorbehalte gegen die Arbeit im Pflegeheim.

In diesem Zusammenhang interessant ist eine Studie, die von Zellhuber (2003, S.107) beschrieben wird: „Becker / Meifort (1997) befragten anlässlich ihrer Längsschnittuntersuchung AltenpflegeschülerInnen auch zum Thema „Abbruch der Ausbildung“. Erstaunlicherweise antwortete etwa ein Drittel der Befragten darauf mit ja. Dies bedeutet, dass sich 1.180 Schülerinnen mit dem Gedanken an einen Ausstieg vor Beendigung der Ausbildung befasst hatten. Vorwiegende Gründe für diese Reaktion waren u.a. schwierige Praxiserfahrungen, eine erlebte Überforderung durch die Ausbildung selbst, allgemeine psychophysische Belastungen etc. Im Rahmen der Längsschnittstudie führten Becker / Meifort (1997) eine gesonderte „Aussteigerinnen-Befragung“ (N=79) durch. 63 % der schwangeren Altenpflegerinnen gaben an, dass sie nicht planen, jemals wieder in den Beruf zurückzukehren. 37 % der Aussteigerinnen nennen als Hauptgrund eine psychische Überlastung. Knapp ein Viertel gibt an, dass die Diskrepanz zwischen erlerntem Wissen und dessen Umsetzungsmöglichkeit in der Praxis zur Berufsaufgabe geführt habe. Statistisch gesehen verlässt jede(r) vierte Befragungsteilnehmer(in) bereits am Ende des ersten Berufsjahres den Altenpflegeberuf“ (Zellhuber, 2003, S.109/120).

Höhere Arbeitsbelastung ergibt sich auch daraus, dass das Personal nach Pflegestufen berechnet wird, aber z.B. demente, mobile Patienten einen wesentlich höheren Personalaufwand benötigen, von den Sozialversicherungen jedoch nicht entsprechend eingestuft werden. Außerdem wird das Personal vom Erhalter zwei Jahre im Voraus voranschlagt, und es wird nur tendenziell berücksichtigt, dass derzeit hauptsächlich Bewohner mit hohen Pflegestufen aufgenommen werden. Ein Teil der Ressourcen für die Pflege der Bewohner steckt nun auch in Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Die Einschulung und korrekte Durchführung wird als sehr zeitintensiv erlebt.

Die hohen psychophysischen Belastungen bedingen allgemein hohe Fehlzeiten und eine extreme Fluktuationsrate. Laut NEXT-Studie (Simon et al., 2005) haben 25% der Befragten die Absicht, das Pflegeheim zu verlassen, bzw. die Einrichtung zu wechseln. Für den Erhalter bringt dies enorme Kosten mit sich, erstens durch den Rückgang der Arbeitsleistung der Station, zweitens durch die zusätzliche Belastung des verbliebenen Teams bis die fehlende Pflegekraft ersetzt ist, drittens durch Suche, Einstellung und Einschulung neuer Pflegekräfte, und viertens nicht zu vergessen durch den Verlust an Wissen. Eine hohe Fluktuation zwingt die einzelnen Teammitglieder zu Mehrleistung und häufigem Einspringen, was wiederum oft zusätzliche Krankenstände, ein schlechteres Arbeitsklima und weitere Abgänge aus dem Team nach sich zieht. „Bartholomeyczik (1990) kommt in ihrer Studie über Arbeitsbelastung zum Ergebnis, dass in keinem anderen dieser typischen Frauenberufe Überstunden ein dermaßen selbstverständlicher Bestandteil des Berufes sind und in keinem der Berufe Personalmangel als so intensive Belastung erlebt wird wie bei den Krankenschwestern" (Albert, 1998).

Eine weitere unbeachtete Belastung in Pflorgeteams besteht in der Ausbildungspflicht von Praktikanten, die meistens nur zwischen vier und sechs Wochen an einer Station eingeschult werden und zusätzlich nicht über einen einheitlichen Ausbildungsstand verfügen. Für die Belehrung von KrankenpflegeschülerInnen, PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen und Heimhilfen muss sich das Stammpersonal zusätzlich Zeit nehmen.

2.4 Unregelmäßige Dienstzeiten

Da Pflege rund um die Uhr sowie auch an Sonn- und Feiertagen zu organisieren ist, ergeben sich oft familienfeindliche Dienstzeiten. Nach Zellhuber (2003, S.133) beschreibt Weisbrod-Frey (1991) „arbeitszeitliche Belastungen bei Altenpflegerinnen im Schicht- und Nachtdienst. Die Hauptproblematik liegt bei der Unregelmäßigkeit des Dienstes, den nicht ungestört einhaltbaren Pausen, sowie den zu kurzen Ruhephasen zwischen den einzelnen Arbeitsperioden. Die

Untersuchungsauswertung von Güntert et al. (1989) ergab, dass sich 348 Befragte (43 %) durch unregelmäßige Arbeitszeit und Schichtdienste stark belastet fühlten.“

Besonders schwierig wird es in Situationen, in denen Teammitglieder fehlen und eingesprungen werden muss. Besonders Teilzeitkräfte, die an sich oft unter erhöhtem Arbeitsdruck stehen aber z.B. gerade aus familiären Gründen Teilzeitbeschäftigung gewählt haben, werden zum Einspringen herangezogen. In einem Bereich, wo der überwiegende Anteil der Beschäftigten weiblich ist, sind hier intrapersonale Konflikte vorprogrammiert. Die notwendige Entscheidung zwischen dem Vernachlässigen der Familie oder des Teams, was vor allem für Alleinerziehende oft ein unlösbares Problem darstellt, zieht wiederum nicht selten Konflikte im Team nach sich.

„Das Problem der Teilzeitbeschäftigung ist die Akzeptanz und Integration im Team. Die mangelnde Integration führt aufgrund der komplexen Tätigkeit, die auf einem hohen Maß an Kommunikation und Kooperation aufbaut, zu erheblichen Einschränkungen. Teilzeitkräfte werden dadurch oft als „Springer“ mit Handlungsfunktion eingesetzt und sind somit vom ganzheitlichen Ablauf der Pflege abgeschnitten. Dies hat negative Auswirkungen auf die Motivation, Arbeitszufriedenheit und das psychische wie physische Wohlbefinden (vgl. Büssing et al., 1997). (...) Je nach Gestaltung der Arbeitszeit kann ein größerer Abstimmungs- und Koordinationsaufwand entstehen, da die Gefahr des Informationsverlustes zwischen den Arbeitnehmern steigt und keine engere Beziehung zu den Patienten besteht.“ Teilzeitkräfte weisen eine höhere Arbeitsproduktivität und –intensität als Vollzeitarbeitskräfte auf, ihre Fehlzeiten durch Krankheiten sind geringer (Schmidlin, 2002, S.18). Allerdings haben Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte wesentlich weniger Chancen eine Führungsposition zu erlangen (Edwards et al., 2002).

2.5 Soziale Belastungen

Was ebenfalls belastet, ist das noch immer schlechte Image der Altenpflege, wobei dieses Bild durch die negative gesellschaftliche Einstellung zum Alter und Altern unterstützt wird (Domnowski, 2005, S.113).

Probleme mit Angehörigen, die meist selbst unter einem schlechten Gewissen leiden, dass sie Mitglieder ihrer Familie nicht selbst versorgen können oder wollen, sind an der Tagesordnung. Konflikte in diesem Bereich geraten immer wieder durch die Schuldgefühle auf beiden Seiten und das permanente Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, außer Kontrolle.

Vielfältige Konflikte innerhalb eines Teams verschärfen die enormen Belastungen zusätzlich. „Das in Pflegeheimen übliche heterogene Pflegeteam setzt sich zusammen aus Personen verschiedener Altersgruppen und Ausbildungen, differierender Fähigkeiten, Kenntnisse und Wertvorstellungen sowie unterschiedlicher Berufswahlmotive. Die geringe Qualifikation einzelner Mitarbeiterinnen muss von Kolleginnen aufgefangen werden und trägt zu deren individuellen Überforderung bei“ (Zellhuber, 2003, S.123). Akzeptanzprobleme zwischen jungen, die mit Energie und neuen Ideen beginnen und alten Teammitgliedern, die oft keine Veränderungen zulassen können, die Hierarchie auf der Station, mangelnde Führungsqualitäten, die unterschiedlichen Auffassungen, was Pflegekonzepte betrifft, Knappheit der Ressourcen sowie Meinungsverschiedenheiten in Hinblick auf Pflegedokumentation und Pflegeplanung sind nur einige Beispiele für Eskalationsmöglichkeiten.

Auch die rechtliche Situation im Pflegealltag hat sich verschärft. „Bei der Behandlung und Pflege alter Menschen werden juristische Belange immer bedeutender. Aspekte aus dem Straf- und Zivilrecht tangieren den Pflegealltag“ (Zellhuber, 2003, S.25). Die Arbeitsunzufriedenheit steigend und damit als demotivierend gelten auch die geringe Eigenverantwortung und die eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten in diesem Bereich der Pflege (Simon et al., 2005).

3 Stressreaktion und Stressverstärker

Nach Kaluza (2005, S.14) werden unter Stressreaktion die körperlichen und psychischen Antworten des Organismus auf diese Belastungen bezeichnet. Diese Antworten können auf der körperlichen, der behavioralen und der kognitiv-emotionalen Ebene ablaufen.

3.1 Stressreaktion auf körperlicher Ebene

Auf der körperlichen Ebene kommt es zu Reaktionen, die der Vater der modernen Stressforschung Selye als Allgemeines Anpassungssyndrom (AAS, Selye, 1936, 1981) bezeichnet, eine unspezifische Reaktion eines Organismus auf jedwede Art von Belastung, die der Anpassung an diese Belastung dient (Kaluza, 2005, S.16). Die umfassende körperliche Stressreaktion wird ermöglicht durch ein kompliziertes Zusammenspiel zwischen dem zentralen Nervensystem, dem vegetativen Nervensystem und dem Hormonsystem (Kaluza, 2005, S.17). Das Gehirn ist aber nicht nur Ausgangspunkt der Stressreaktion sondern zugleich deren Zielorgan. Laut Kaluza spricht der Göttinger Neurobiologe Hüther in diesem Zusammenhang vom Zentralen Adaptationssyndrom. Von besonderem Interesse sind dabei die Auswirkungen der Stresshormone auf die neuronale Verschaltung im Gehirn. Durch die Aktivierung des noradrenergen Systems kommt es zu einer Steigerung der zerebralen Durchblutung, einer vermehrten Glukoseaufnahme und einem erhöhten Energiestoffwechsel. Noradrenalin fördert des Weiteren die Abgabe von neurotrophen Faktoren (wachstumsfördernden Substanzen für Nervenzellen), die ihrerseits ein verstärktes Auswachsen von Axonen und die Bildung von Synapsen induzieren. Die wiederholte noradrenerge Aktivierung während kurzfristiger kontrollierbarer Belastungen führt im Ergebnis dazu, dass all diejenigen Verschaltungen, die in unserem Gehirn zu Bewältigung einer Herausforderung benutzt werden, besser ausgebaut, gebahnt und effektiver gemacht werden. Die mit langanhaltendem, unkontrollierbarem Stress einhergehende Kortisolausschüttung führt hingegen zur Unterdrückung der Synthese und Ausschüttung von neurotrophen Faktoren. Unter chronischem Stress reduziert sich ferner die Zahl der Rezeptoren für

eine Reihe von Neurotransmittern, wodurch die Kommunikation zwischen den Nervenzellen gestört wird. Stresshormone formen somit das plastische menschliche Gehirn. Sie fördern die Anpassung, indem sie die Bildung von Erfahrungen ebenso wie die Verarbeitung neuartiger Reize erleichtern (Kaluza, 2005, S.21).

3.2 Stressreaktion auf behavioraler Ebene

Die behaviorale Ebene der Stressreaktion umfasst nach Kaluza (2005, S.14) das so genannte „offene“ Verhalten, das von Außenstehenden beobachtbar ist: alles das, was die betreffende Person in einer belasteten Situation tut oder sagt, z.B. Betäubungsverhalten (z.B. Alkohol, Rauchen, Medikamente) oder konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen (z.B. aggressives Verhalten).

3.3 Stressreaktion auf kognitiv-emotionaler Ebene

Unter der kognitiv-emotionalen Ebene der Stressreaktion versteht Kaluza (2005, S.14) das so genannte „verdeckte“ Verhalten, intrapsychische Vorgänge, die für Außenstehende nicht direkt sichtbar sind. Also alle Gedanken und Gefühle, die bei der betroffenen Person in einer belastenden Situation ausgelöst werden können, z.B. sind damit Gefühle der Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe, kreisende „grüblerische“ Gedanken gemeint.

Oft schaukeln sich die körperlichen, behavioralen und kognitiv-emotionalen Stressreaktionen wechselseitig auf, so dass es zu einer Verstärkung oder Verlängerung der Stressreaktion kommt. Aber auch günstige gegenseitige Beeinflussung im Sinne einer Dämpfung von Stressreaktionen ist möglich (Kaluza, 2005, S.14).

3.4 Stressreaktion, Belastungssituation und Bewertung

Stressreaktionen variieren darüber hinaus auch in Abhängigkeit von der jeweiligen Belastungssituation. „Nach Hüther (1997) wird die Art der Stressreaktion

entscheidend durch die Kontrollierbarkeit der jeweiligen Belastungssituation bestimmt. Bei kontrollierbaren Belastungen, also immer dann, wenn zwar Verhaltensstrategien zur Vermeidung oder Beseitigung des Stressors verfügbar sind, deren Effizienz jedoch (noch) nicht ausreicht, um die Anforderung durch eine zur Routine gewordene Reaktion zu bewältigen, kommt es zu einer Aktivierung der Sympathikus-Nebennierenmark-Achse (Ausschüttung Adrenalin / Noradrenalin). (...) Zu einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und damit zu langfristigen Erhöhungen zirkulierender Kortisolspiegel kommt es immer dann, wenn die Belastung sich als nicht kontrollierbar erweist, wenn also keine der vorhandenen Verhaltensstrategien geeignet ist, das ursprüngliche Gleichgewicht wiederherzustellen. (...) Die möglichst differenzierte und frühzeitige Wahrnehmung eigener Aktivierungsreaktionen wird als eine zentrale Voraussetzung effektiver Stressbewältigung angesehen“ (Kaluzza, 2005, S.22/23).

„Ein Stressor z.B. in Form einer bestimmten Leistungsanforderung oder eines psychosozialen Konfliktes kann aufseiten der betroffenen Person eine Stressreaktion mit längerfristig u.U. gesundheitsschädlichen Folgen auslösen.“ Die Alltagserfahrung lehrt aber, dass verschiedene Menschen auf ein- und dieselbe Situation in durchaus unterschiedlicher Weise reagieren können. „Die Qualität einer Situation als Stressor hängt primär von seiner individuellen Bewertung ab. Die kognitive und emotionale Stellungnahme zu einer gegebenen Anforderungsbedingung hat entscheidenden Einfluss darauf, ob und mit welcher Intensität und Qualität neuroendokrine Stressreaktionen ausgelöst werden. (...) In seinem transaktionalen Stressmodell geht Lazarus (Lazarus, Launier, 1981) davon aus, dass Personen den Stressoren in ihrer Umwelt nicht passiv ausgesetzt sind, sondern dass sie sich zu gegebenen Anforderungen selbst aktiv ins Verhältnis setzen. Dabei spielen kognitive Prozesse in Form von bewertenden Wahrnehmungen, Gedanken und Schlussfolgerungen die entscheidende Rolle“ (Kaluzza, 2005, S.33).

„Personen setzen sich selbst durch entsprechende Bewertungsprozesse zu einer gegebenen Anforderungsbedingung ins Verhältnis. Ein stressbezogenes Verhältnis liegt dann vor, wenn die Person die Anforderung (den potentiellen Stressor) als Bedrohung, Schaden-Verlust oder Herausforderung wertet und zugleich die eigenen

Bewältigungskompetenzen als nicht ausreichend einschätzt“ (Kaluza, 2005, S.35). „Individuelle Motive, Einstellungen und Bewertungen, mit denen das Individuum an die potentiell belastende Situation herangeht, und die häufig mitentscheidend sind dafür, ob überhaupt und wie heftig Stressreaktionen in diesen Situationen auftreten“ sind die „Bindeglieder zwischen äußeren Belastungssituationen (Stressoren) und den Stressreaktionen“ und werden als persönliche Stressverstärker bezeichnet (Kaluza, 2005, S.13). „Stressverschärfende Bewertungen von situativen Anforderungen und eigenen Kompetenzen sowie die mit ihnen verbundenen individuellen Sollwerte und Einstellungen zu reflektieren und in stressvermindernde Bewertungen zu transformieren, ist ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Stressbewältigung“ (Kaluza, 2005, S.35).

4 Stressbewältigung

„Stressoren und Ressourcen beeinflussen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse und haben damit Wirkung auf die Gesundheit. (...) Stress ist damit ein transaktionaler Prozess“ (Bamberg et al., 2003, S.42).

4.1 Ressourcen

„Ressourcen sind „Hilfsmittel“ oder Möglichkeiten, mit Belastungen umzugehen. Durch Ressourcen können Belastungen reduziert und gesundheitliche Folgen von Belastungen kompensiert werden. Ressourcen sind wesentliche Voraussetzungen für effektives Bewältigungsverhalten. Häufig diskutierte Ressourcen sind zum Beispiel soziale Unterstützung oder Handlungsspielraum“ (Bamberg et al., 2003, S.42). „Ressourcen können durch Merkmale der Situation (situative Bedingungen) oder durch Merkmale der Person (personale Bedingungen) gegeben sein.“ Wichtige situative Ressourcen sind zum Beispiel eine gesunde Umwelt, materielle Sicherheit, funktionierende familiäre und soziale Beziehungen sowie gute Wohnverhältnisse. Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Bewältigungsstil und Problemlösekompetenz zählen zu den wichtigen personalen Ressourcen, die noch folgendermaßen zu unterscheiden sind:

1. „Ressourcen können durch Kompetenzen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten gegeben sein. Dazu gehören z.B. Problemlösekompetenz, Änderungskompetenz oder soziale Kompetenzen.
2. Verhaltens- oder Handlungsstile und Bewältigungsstile sind wichtige Ressourcen. Zielorientierung, Handlungsorientierung oder Bewältigungsstile sind z.B. für die Entstehung und Verarbeitung von Stress von Bedeutung.
3. Ressourcen, die in generalisierten Einstellungen, Haltungen und Bewertungen bestehen, kommt im Stressgeschehen eine besondere Bedeutung zu.“

(Bamberg et al., 2003, S.55)

„Salutogenetische Ansätze, wie das Konzept Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987), gehen insofern über stresstheoretische Konzepte hinaus, als dass sie thematisieren, was Menschen gesund hält, welche Wirkung Ressourcen allgemein für die Entwicklung von Gesundheit und Persönlichkeit haben. (...) Am Beispiel Kohärenzsinn lässt sich zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen personalen und situativen Ressourcen besteht.“ Er ergibt sich zum Beispiel dadurch, „dass personale Ressourcen bei der Nutzung situativer Ressourcen eine Rolle spielen. Handlungsspielräume können beispielsweise nur dann positive Wirkung im Stressgeschehen haben, wenn sie erkannt und genutzt werden“ (Bamberg et al., 2003, S.56).

„Ressourcen haben mehrfachen Einfluss im Stressgeschehen.

- Ressourcen wirken, wie in salutogenetischen Modellen betont wird, direkt auf die Gesundheit. So besteht eine positive Wirkung von Kohärenzsinn auf Wohlbefinden.
- Sie haben ferner eine direkte Wirkung auf Stressoren. Durch Handlungsspielraum können z.B. Belastungen reduziert werden.
- Das Wissen um die verfügbaren Ressourcen beeinflusst Bewertungsprozesse: wenn ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, werden Situationen weniger als Bedrohung und eher als Herausforderung erlebt.
- Schließlich sind Bewältigungsprozesse ganz wesentlich von Ressourcen abhängig. Selbstwirksamkeitserwartung, Problemlösekompetenz und Handlungsspielraum bestimmen den Umgang mit Stress.“

(Bamberg et al., 2003, S.56/57)

Nach Kaluza zeigt die als wichtige situative Ressource angesehene soziale Unterstützung (vor allem der qualitative nicht der quantitative Aspekt) nach einer Meta-Analyse (Schwarzer & Lepin, 1989) „die höchsten korrelativen Zusammenhänge mit Gesundheits- und Krankheitsvariablen. Alltägliche Belastungen und kritische Lebensereignisse werden eher bewältigt, wenn die betroffenen Individuen ihre erlebte soziale Unterstützung als zufriedenstellend beschreiben. (...) Auch soziale Unterstützung ist als ein transaktionales Geschehen aufzufassen. Sie kann nur positiv wirksam werden, wenn sie als solche wahrgenommen wird. (...) Dies erfordert soziale Kompetenz, die es dem Einzelnen beispielsweise ermöglicht, Signale der Hilfsbedürftigkeit auszusenden oder direkt um Hilfe zu bitten. Hierzu gehört dann auch die Überwindung der „Einzelkämpfer-Mentalität“ und solcher Einstellungen, wonach die Suche nach emotionaler Unterstützung als Ausdruck persönlicher Schwäche oder eines Versagens abgewertet wird“ (Kaluza, 2003, S.42). Allerdings kann soziale Unterstützung auch stressverschärfend sein. „Zu einem gesundheitsförderlichen Umgang mit sozialer Unterstützung gehört daher u.U. auch die Fähigkeit, sich von einem (Über-)Angebot an Hilfe abzugrenzen, Hilfsangebote abzulehnen und sich vor Eingriffen in die Autonomie, die mit einer erbetenen Hilfeleistung verbunden werden, zu schützen“ (Kaluza, 2003, S.42).

Verschiedene Zugänge zum Thema Stressbewältigung werden im folgenden Kapitel näher beschrieben.

4.2 Einteilung der Stressbewältigungsstrategien

Kaluza (2005, S.50) unterscheidet primär

- individuelle Belastungsbewältigung
- strukturelles Stressmanagement

Ob und wie weit sich Belastungen auf die Gesundheit auswirken, hängt auch davon ab, welche Strategien der Auseinandersetzung mit den Belastungen die Person hat. Diese Strategien werden unter dem Begriff Bewältigung („coping“)

zusammengefasst, der neben dem der Bewertung („appraisal“) das zweite Konzept in der Stresstheorie von Lazarus darstellt. Er spricht von verhaltensorientierter und intrapsychischer Bewältigung, wobei der Begriff nicht nur aktive Meisterung umfasst, sondern auch alle Reaktionen, die ein Aushalten, Tolerieren und auch Vermeiden und Verleugnen zum Ziel haben (Kaluza, 2005, S.50).

Der Autor beschreibt drei Hauptwege zur individuellen Belastungsbewältigung.

1. Instrumentelles Stressmanagement: Der Ansatzpunkt liegt bei den Stressoren (z.B. Umorganisation des Arbeitsplatzes, Veränderung von Arbeitsabläufen, Organisation von Hilfe). Es kann reaktiv auf konkrete oder auch präventiv auf zukünftige Belastungssituationen erfolgen. Ausreichende Sachkompetenz, auch sozial-kommunikative Kompetenz und Selbstmanagement sind dabei erforderlich.
2. Kognitives Stressmanagement: Hier wird an der Änderung der eigenen Merkmale (persönlichen Motiven, Einstellungen und Bewertungen), den persönlichen Stressverstärkern angesetzt. Es geht darum, „diese bewusst zu machen, kritisch zu reflektieren und in stressvermindernde Bewertungen zu transformieren“ und zwar „sowohl die Bewertung des „Istzustands“ (primäre Bewertung sensu Lazarus), die eigener Regulationsmöglichkeiten (sekundäre Bewertung sensu Lazarus) als auch die bestehender „Sollwerte“ in Form von Normen, Werten, Zielen und generalisierter Einstellungen.“
3. Palliativ-regenerierendes Stressmanagement: „Dabei steht die Kontrolle der physiologischen und psychischen Stressreaktion im Vordergrund. (...) Emotionsregulierende Bewältigung ist jedoch nicht auf die Reduktion negativer Gefühle wie Ärger, Angst, Schuld usw. begrenzt, sondern kann darüber hinaus auch positive Gefühlsqualitäten wie Stolz, Freude, Begeisterung usw. anstreben“ (Kaluza, 2005, S.51). „Die Anforderung, Emotionen zu regulieren“, bezogen auf eigene Emotionen, wird benötigt, um „trotz Ärger, Langeweile oder Frustration handlungsfähig zu bleiben“ (Bamberg et al., 2003, S.54). Zu unterscheiden ist „zwischen solchen Bewältigungsversuchen, die zur kurzfristigen Erleichterung und Entspannung auf die Dämpfung einer akuten Stressreaktion anzielen (Palliation), sowie

eher längerfristige Bemühungen, die der regelmäßigen Erholung und Entspannung dienen (Regeneration)“ (Kaluzka, 2005, S.50).

„Einzelne konkrete Bewältigungsreaktionen sind dabei nicht einer der beschriebenen Bewältigungsfunktionen a priori fest zugeordnet, sondern können vielmehr in einem Fall der Problemregulierung und in einem anderen Fall der Reaktionskontrolle oder der kognitiven Umstrukturierung und Distanzierung dienen.“ Zum Beispiel kann „ein Gespräch mit Freunden zur emotionalen Entlastung und zur Ablenkung (palliativ) oder auch mit dem Ziel einer Problemklärung (instrumentell) oder eines Perspektivenwechsels (kognitiv) geführt werden. Entscheidend ist die Intention, mit der die jeweilige Bewältigungsreaktion eingesetzt wird“ (Kaluzka, 2005, S.51).

„Strukturelles Stressmanagement zielt auf eine Veränderung von überindividuellen belastenden Strukturen ab, die außerhalb des unmittelbaren Einflussbereiches des Einzelnen liegen. Auch strukturelles Stressmanagement kann wie individuelle Bewältigungsbemühungen an allen drei Ebenen des Stressgeschehens ansetzen:

- an den Stressoren
- den Einstellungen und Bewertungen sowie
- den Stressreaktionen“

Kaluzka (2005, S.56) gibt als Ansatz an ersterem folgende Beispiele an: gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen, -zeiten und -abläufen, Teamentwicklung und fachliche Qualifizierung, Beispiele für ein Ansetzen an Einstellungen und Bewertungen sind gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung, transparente Rückmeldung und Partizipation. Fitness- und Wellness-Angebote, Förderung von „work-life-balance“ und Bewegungspausen sind Möglichkeiten an der Stressreaktion etwas zu ändern. Als entscheidend hierfür sieht der Autor die Entwicklung einer Führungskultur, in der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter als Führungsaufgabe verstanden wird.

Janke et al. (1985) teilt im Zuge der Handanweisung für den SVF Stressbewältigungsstrategien nach folgenden Gesichtspunkten ein:

„Stressverarbeitungsweisen können nach ihrer Art, ihrer Zielrichtung und Funktion und nach ihrer Wirksamkeit unterschiedlich sein. Der Art nach können sie in aktionale (handlungsbezogene) und intrapsychische differenziert werden. Grundlegende aktionale Strategien sind Angriff, Flucht, Inaktivität, soziale Kontaktaufnahme und sozialer Rückzug (Abkapselung) sowie vielerlei komplexe Handlungen und Handlungsketten, die auf die Veränderung und Beseitigung der Belastungssituation und / oder –reaktion abzielen. Intrapsychische Strategien sind kognitive Prozesse wie Wahrnehmungs-, Denk- und Vorstellungsprozesse und motivational-emotionale Vorgänge. Wichtige intrapsychische Verarbeitungsweisen sind Ablenkung, Abwertung, Leugnen und Umwertung der Stressreaktion und des Stressors sowie Betonung und Aufwertung der eigenen Ressourcen in Bezug auf die Möglichkeiten, den Stressor und / oder den Stress zu überwinden.“

„Ebenso wichtig wie die Unterscheidung der Stressverarbeitungsstrategien nach ihrer Art ist die Betrachtung unter der Perspektive „Zielrichtung und Funktion“. Hier sind Differenzierungen vor allem danach möglich, ob sich die Maßnahmen eher direkt auf die Belastungsreaktion oder eher auf die Belastungssituation, den Stressor, und damit indirekt auf die Belastungsreaktion richten. Alle aktionalen und intrapsychischen Verarbeitungsweisen, wie sie eben erläutert wurden, können dementsprechend differenziert werden in situationsbezogene (stressorbezogene) oder reaktionsbezogene (stressbezogene)“ (Janke et al., 1985). Einteilung nach Wirksamkeit siehe Kap. 4.3.

Bamberg et al. (2003, S.60) trennen bei der Bewältigung kognitive und behaviorale Prozesse. „Behaviorale Prozesse umfassen aber immer auch kognitive Bewältigung. Bewältigung kann sich ferner auf die Regulierung von Problemen und / oder von Emotionen beziehen.“ Die Autoren beschreiben problembezogenes Coping als dem emotionsbezogenen Coping überlegen, allerdings impliziere problembezogene Bewältigung z.B. häufig emotionsbezogene Prozesse.

4.3 Effektivität der Stressbewältigungsstrategien

Die Frage nach effektiven Stressbewältigungsstrategien ist aufgrund von verschiedenen situativen Kontexten, die wiederum verschiedene Bewältigungsstrategien bedingen, und verschiedenen anderen Merkmalen wie Kultur, Rasse usw. differenziert zu beantworten. „Zu heterogen sind die in Frage stehenden Anforderungsbedingungen und zu unterschiedlich auch die betroffenen Personen mit ihren individuellen Zielen, Werten und Normen und damit verbundenen Bewältigungspräferenzen“ (Kaluza, 2005, S.55).

Janke et al. (1985) teilen Bewältigungsstrategien auch nach Wirksamkeit ein: „Aktionale und intrapsychische auf den Stressor oder die Stressreaktion bezogene Verarbeitungsweisen können sehr unterschiedlich wirksam sein, d.h. in unterschiedlichem Maße den Stresszustand und / oder die Folgen beeinflussen. Sie können hinsichtlich ihrer Wirkrichtung in stresserniedrigende und -erhöhende unterteilt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Wirkungsrichtung wie auch die -intensität in der Regel zeitabhängig sein wird. Bestimmte Verarbeitungsstrategien können etwa kurzfristig stressreduzierend und langfristig stresserhöhend wirken, etwa Vermeidung oder Bagatellisierung. Weiterhin sind die Richtung und die Stärke der Wirksamkeit einer Verarbeitungsweise abhängig vom situativen Kontext, von der Art und Stärke des Stressors und von den Merkmalen der Person. Man wird jedoch davon ausgehen können, dass bestimmte Bewältigungsstrategien in der Regel, d.h. in der Mehrheit der Bedingungen, entweder stresserhöhend oder -erniedrigend wirken. So etwa wird Resignation wohl praktisch immer Stress erhöhen oder aufrechterhalten, während Handlungen, die zur Ausschaltung oder Beseitigung des Stressors führen, immer Stress reduzieren werden.“

Die Autoren unterscheiden bei der Rohdatenermittlung ihres Fragebogens zur Stressverarbeitung auch zwischen positiven und negativen Bewältigungsstrategien, wobei positive durch die Fähigkeit, mit kritischen Situationen oder Belastungen konstruktiv umzugehen, was als eher stressmindernd gilt, und die negativen durch

belastungsverstärkende Einstellungen wie Selbstvorwürfe, Abkapselung von Mitmenschen, was als eher stressfördernd gilt, gekennzeichnet sind.

Kaluza (2005, S.53ff) unterteilt die Bewältigungsstrategien in effektive und ineffektive, deren Wirksamkeit eindeutig beschrieben werden kann, sowie in defensive und expressive, die differenziert zu betrachten sind.

„Als in der Regel effektive Wege der Bewältigung (der Gesundheit auf Dauer dienlich) erweisen sich aktives Problemlösen, kognitives Umstrukturieren (positives Neubewerten einer Situation), das Bemühen um und die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung sowie „nicht-antagonistischer“ Umgang mit negativen Emotionen“ (Kaluza, 2005, S.55). Aktives, problemlösungszentriertes Handeln ist nur in solchen Situationen möglich, in denen objektiv eine Kontrollmöglichkeit für den Betroffenen gegeben ist. „So erweist sich auch die Möglichkeit, sich mit Unabänderlichem abfinden zu können, als ein Merkmal des Bewältigungsverhaltens Gesunder in den Situationen, in denen tatsächlich keine eigenen Kontrollmöglichkeiten gegeben sind. Dies ist jedoch nicht mit einer verallgemeinerten passiv-resignativen Haltung zu verwechseln. (...) Erfolgreiches Bewältigungsverhalten ist mit der Fähigkeit verbunden, eigene Kontrollmöglichkeiten der jeweiligen Situation entsprechend realistisch einschätzen zu können“ (Kaluza, 2005, S.53). Von den emotionsbezogenen Strategien, die den problembezogenen als unterlegen gelten, wird positives Umdeuten als besonders erfolgreiche Strategie genannt (Bamberg et al., 2003, S.60).

„Als durchgängig ineffektiv erweisen sich - zumindest auf Dauer - „eskapistische Strategien“ in Form von realitätsfliehenden Wunschfantasien, verbunden mit Alkohol- und Medikamentenkonsum“, sowie die Strategie, „emotionale Belastung und Spannung an anderen in aggressiver Weise auszulassen. Dies schafft zumeist weitere Belastungen zwischenmenschlicher und emotionaler Art (Schuldgefühle). Bei den intrapsychischen Bewältigungsformen sind v.a. Selbstabwertung, Selbstbeschuldigung und Selbstmitleid, die häufig mit grüblerischer gedanklicher Weiterbeschäftigung und Resignation verbunden sind, als ungünstig zu betrachten“ (Kaluza, 2005, S.53). „Ineffektives Coping zeichnet sich durch ein ungünstiges Kosten-Nutzenverhältnis und durch unerwünschte Nebeneffekte aus. Dadurch

können Ressourcen reduziert und Stressoren verstärkt werden oder weitere Belastungen entstehen (Schönpflug, Battmann, 1988)“ (Bamberg et al., 2003, S.61).

„Differenziert ist die Effektivität „defensiver Strategien“ zu betrachten, die ein Ausweichen vor oder eine Vermeidung und Verleugnung belastender Situationen beinhalten. (...) Erkrankte Personen zeigen stärkere Vermeidungstendenzen als Gesunde“, was oft zu einer weiteren Erhöhung des Belastungsniveaus führt, da die Quellen der Belastung bestehen bleibt. Allerdings kann diese Art des Copings in gewissen Lebenssituationen durchaus zumindest kurzfristig effektiv sein (z.B. bei Verlust eines Lebenspartners Schutz vor dem Zusammenbruch) (Kaluza, 2005, S.54). Bamberg et al. (2003, S.61) bezeichnen diese Strategien auch als realitätsverzerrend (Weber, 1992).

„Expressive Strategien“ sind auch einer differenzierten Betrachtung zu unterziehen. „Mangelnde emotionale Abreaktion führe zu anhaltender, langfristig pathogener physiologischer Aktivierung“. Andererseits „erweist sich, wie oben erwähnt, das unkontrollierte, gereizt-aggressive Ausagieren an anderen als ineffektiv“ (Kaluza, 2005, S.54). „Weber (1993,1994) kommt nach umfangreichen Untersuchungen zur Ärgerbewältigung zu folgendem Ergebnis: „Antagonistische“ Reaktionen, die gegen etwas – den ärgerauslösenden Menschen, die eigene Person, Dritte oder Objekte – gerichtet sind, konservieren den Ärger und beeinträchtigen das Wohlbefinden. Dies gilt z.B. für die Reaktion „Ärger herauslassen“ ebenso wie für „den Ärger in sich hineinfressen“. Positiv hingegen wirken sich alle Bewältigungsformen aus, die dazu beitragen, dass der Ärger ein Ende findet. Dies kann durch Ablenkung, Umdeutung, Humor ebenso geschehen wie durch ein offenes, klärungsorientiertes Gespräch“ (Kaluza, 2005, S.54). Mangelnder Gefühlsausdruck kann als Konfliktvermeidung dienen, Konflikte bleiben aber ungelöst und als „erregungssteigernde Belastungsquelle“ bestehen. „Insofern kann mangelnde emotionale Äußerungsbereitschaft als ein Mangel an präventivem Bewältigungsverhalten betrachtet werden (Florin, 1985)“ (Kaluza, 2005, S.55).

Nach Kaluza (2005, S.55) lässt sich effektive Bewältigung zusammenfassend durch ein „möglichst breites Repertoire verfügbarer Strategien“ charakterisieren, „durch eine ausgewogene Balance zwischen instrumentellen, kognitiven und palliativen Copingstrategien sowie durch Flexibilität des Bewältigungshandelns. Flexibilität beinhaltet dabei die Orientierung des aktuellen Bewältigungshandelns sowohl an objektiven Situationsmerkmalen bzw. deren möglichst realistischer Wahrnehmung insbesondere mit Bezug auf die vorhandenen Kontrollchancen als auch an der momentanen subjektiven Bedürfnis- und Interessenlage. In jedem Falle setzt ein solches flexibles Bewältigungsverhalten die prinzipielle Verfügbarkeit einer möglichst breiten Palette unterschiedlicher, instrumenteller, kognitiver und palliativ-regenerativer Strategien voraus. Auf der Basis einer realistischen Einschätzung eigener Kontrollmöglichkeiten und eines breiten Repertoires an verfügbaren Bewältigungsstrategien zeichnen sich gesunde Personen durch die Fähigkeit aus, in belastenden Situationen eine große Anzahl von Lösungsalternativen generieren zu können und die – im Hinblick auf die jeweilige Situation – jeweils optimale Alternative auszuwählen. (...) Flexibilität in der Wahl der Bewältigungsstrategien ermöglicht es dem Einzelnen, eine ausgewogene Balance zwischen Phasen der Aktivierung und des Engagements während direkter Problemlösung und Phasen der Erholung, Entspannung und Problemdistanzierung aufrecht zu erhalten“ (Kaluza, 2005, S.55/56).

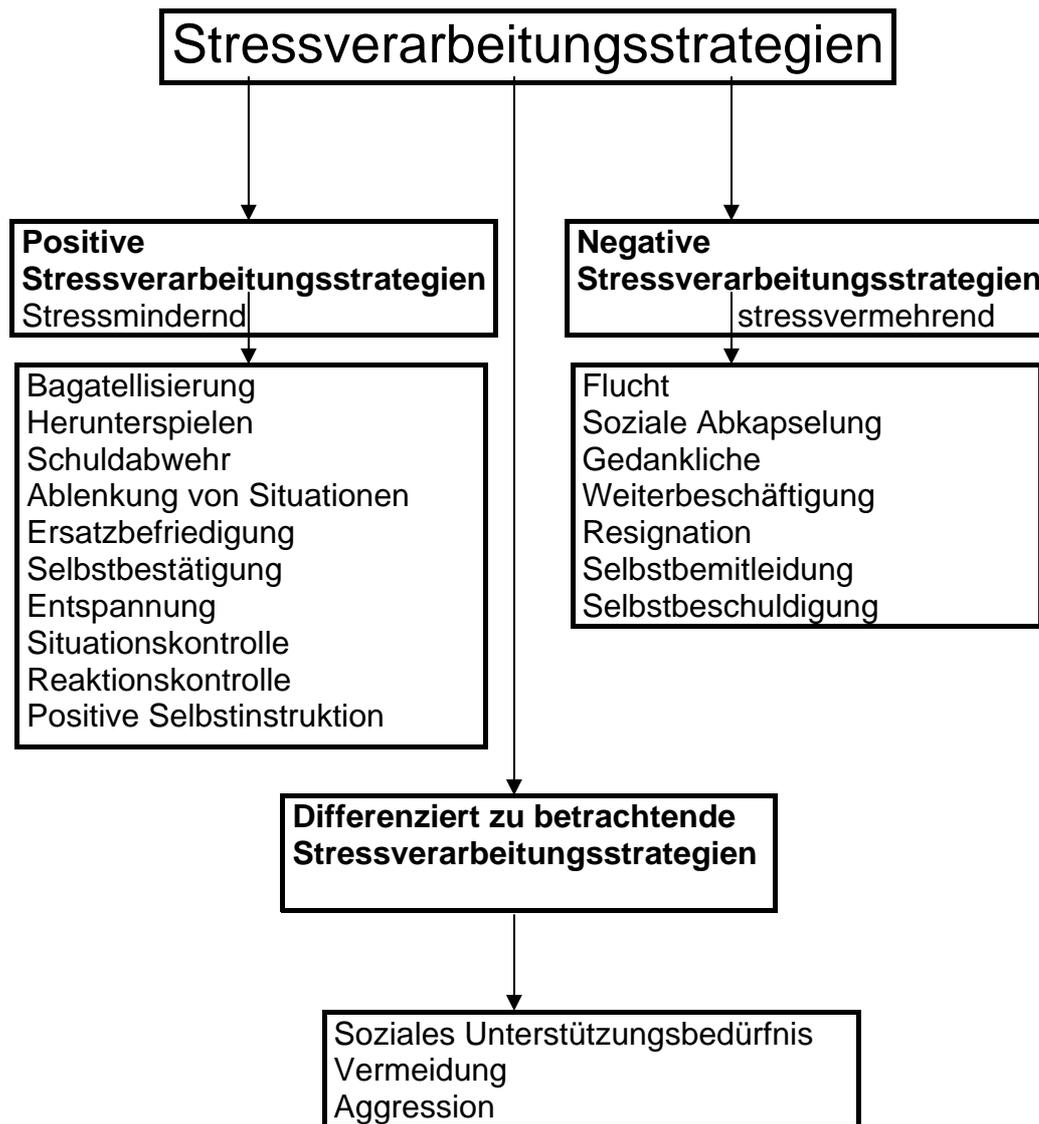


Abb. 1: Stressverarbeitungsstrategien erstellt nach Auswertungsblatt Rohwerte zu SVF 120 (Janke et al., 1985)

4.4 Studien Stressbewältigung

Viele Studien beschäftigen sich mit der Stressbewältigung des Pflegepersonals, allerdings nur ein geringer Teil mit jener des Pflegepersonals in der Altenpflege. Die Ergebnisse sind jedoch vergleichbar.

Die Meta-Analyse von Bernardi et al. (2005), die einen Überblick über 40 internationale Studien zum Thema Burnout beim Pflegepersonal gibt, sagt aus, dass

Burnout stark mit Bewältigungsstrategien, Stressindex und personaler Kompetenz korreliert. Sie ergibt auch, dass diplomiertes Personal unter allen anderen in Gesundheitsberufen Tätigen das höchste Risiko hat, ein Burnout zu erleiden.

Die Untersuchung von Jenull-Schiefer (2006) diente zur Erfassung einerseits der Arbeitsbedingungen und der Beanspruchung in der Altenpflege und andererseits des Gesundheitsverhaltens und der Bewältigungsstrategien. Sie ergab die bereits im Kapitel 2 erwähnten körperlichen Probleme und als Bewältigungsstrategien in erster Linie körperliche Aktivität, wie Sport und soziale Unterstützung durch die Familie. Das Pflegepersonal in dieser Studie nannte kognitives Coping kaum als Bewältigung. Als maladaptives Coping erscheint Rauchen im pflegerischen Kontext einen hohen Stellenwert zu haben. 47% der Pflegenden gaben an RaucherIn zu sein, im Gegensatz zu 23% in der Allgemeinbevölkerung.

Eine amerikanischen Studie (Kennedy, B.R., 2005) ging unter anderem der Frage nach, welche Beziehung zwischen Stress, Burnout und den verschiedenen Berufsgruppen in der Pflege besteht bzw. ob es eine Beziehung zwischen Stress, Burnout und Alter, Geschlecht, Rasse, Familienstand, Turnusdienst, Arbeitsjahren, Krankenstandstagen sowie außerplanmäßiger Aktivität gibt. Festgestellt wurde dabei, dass Stress signifikant mit Burnout korrelierte. Diplomiertes Pflegepersonal hatte mehr Stress und eine höhere Burnout-Rate als nachgeordnetes Personal. Eine signifikante Korrelation mit Stress ergab auch die inadäquate Ausbildung, um mit den emotionalen Bedürfnissen der Bewohner umgehen zu können, vor allem diplomiertes Personal gab eine negative Korrelation zwischen Burnout und persönlichen Kompetenzen an. Pflegepersonal, das seine Arbeitsumgebung als unterstützend empfand, zeigte mehr Arbeitszufriedenheit.

In einer englischen Studie (Usha Rani Rout, 1999) erwies sich als die am meisten verwendete Copingstrategie „mit jemandem darüber sprechen, wie man sich fühlt“, gefolgt von „nur darauf konzentrieren, was als nächstes zu tun ist“ und „mit jemandem über das Problem sprechen, der behilflich sein kann“. Die am wenigsten populären Methoden waren „Gesellschaft meiden“, „weitermachen, als wäre nichts gewesen“

und „sich selbst beschuldigen“. Zusätzlich wurde in dieser Stichprobe von Krankenschwestern das Typ-A-Verhalten analysiert, welches in einem mittleren Bereich lag.

Eine australische Studie von Chang et al. (2006) fasst viele verschiedene Studien auf diesem Gebiet zusammen und kommt zu dem Ergebnis, dass die Verwendung von Vermeidungsstrategien sich generell nachteilig auf die Gesundheit von Pflegenden auswirkt. Die Autoren gehen bei ihrer Untersuchung Folgendem nach: a) der Beziehung zwischen Rollenstress, Bewältigungsstrategien, demographischen Charakteristika und der psychischen und physischen Gesundheit des Pflegepersonals; b) welche unabhängigen Variablen treffen die beste Voraussage für die physische und psychische Gesundheit des Pflegepersonals. Als die wichtigsten Quellen für Stress stellten sich das Arbeitspensum und die Konfrontation mit Tod und Sterben heraus. Problemlösung war die am häufigsten verwendete Bewältigungsstrategie, gefolgt von Selbstkontrolle und dem Suchen sozialer Unterstützung. Ein eindeutiger Zusammenhang ergab sich zwischen Abnahme körperlicher Gesundheit und zunehmendem Alter. Was die psychische Gesundheit betraf, konnte festgehalten werden, dass sie eindeutig positiv mit den Arbeitsjahren und Distanzierung als Bewältigungsstrategie (fehlende gedankliche Weiterbeschäftigung) sowie negativ mit Flucht / Vermeidung, Mangel an Unterstützung, Arbeitspensum und Selbstkontrolle (Probleme und Gefühle bei sich behalten) korrelierte.

Eine zweite australische Studie (Healy & McKay, 2000) bestätigt einen Teil der Ergebnisse. Auch diese Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Gefühl von Arbeitsüberlastung und die Verwendung von Vermeidungsstrategien psychische Störungen verstärken, während durch problemzentriertes Coping das Gegenteil der Fall ist.

In einer irischen Studie (Ryan & Quayle, 1999) wurden folgende Copingstrategien bei psychiatrischen Krankenschwestern untersucht: „Konfrontatives Coping“, „Distanzieren“, „Selbstkontrolle“, „Suche nach sozialer Unterstützung“,

„Verantwortung übernehmen“, „Flucht / Vermeidung“, „planvolles Problemlösen“ und „positive Bewertung“. Am meisten wurden Strategien der „Selbstkontrolle“, gefolgt von „planvollem Problemlösen“, „Suche nach sozialer Unterstützung“ und „positive Bewertung“, am wenigsten „Verantwortung übernehmen“ verwendet.

Isikhan et al. (2004) untersuchten den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren und Stress im Job bei Krankenschwestern und Ärzten auf Krebsstationen in der Türkei, und welche Strategien zur Stressbewältigung eingesetzt wurden. Die meisten der Befragten verwendeten eine selbstsichere Einstellung (Evaluierung der Situation, Lösung des Problems ohne Rücksicht auf Umstände, Eintreten für ihre Rechte), die wenigsten eine unterwürfige Einstellung (Fatalismus, kämpfen nicht für ihre Rechte, der Glaube nichts zur Lösung tun zu können). Auch Vermeidung wurde kaum genannt. In Bezug auf das Alter wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt (21-36a / 36 plus). Es zeigte sich, dass subjektiv empfundener Stress mit höherem Alter abnahm und auch, dass Stress mit zunehmender Arbeitserfahrung geringer wurde.

Die Studie von Richaud de Minzi & Sachi (2005) beschäftigte sich mit der Korrelation zwischen Stressbewältigungsstrategien und Alter unabhängig vom Beruf in einer argentinischen Stichprobe. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass es erstens einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alter und Art der Stresssituation gibt, was mit der Veränderung des Entwicklungsstandes einhergeht (sie verweisen auf Lazarus & Folkman, 1984), und zweitens, dass die Situation die Bewältigungsmethode beeinflusst. Außerdem stellten sie fest, dass ältere Befragte mehr problemorientiertes Coping verwendeten, und dass jüngere eine starke Tendenz zu passivem Coping (darauf warten, dass das Problem sich von selbst löst) haben. Ihre Meinung deckt sich mit der vieler anderer Forscher, nämlich dass Vermeidungs- und Fluchtverhalten mit zunehmendem Alter verschwindet.

Eine chinesische Studie (Hsieh et al., 2004) kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass „hardiness“ positiv korreliert mit konfrontativen, optimistischen, unterstützenden und selbstbewussten Bewältigungsstrategien, die wiederum entsprechend mit

personaler Kompetenz in Zusammenhang stehen. Vermeidungsverhalten und emotionale Erschöpfung gehen Hand in Hand.

Einen negativen Zusammenhang zwischen Burnout und problemorientierter Bewältigung, sowie einen positiven zwischen Burnout und emotionalorientierter Bewältigung stellte auch die Studie von Jaracz et al. (2005) fest.

Zellhuber (2003, S.149) beschreibt das Ergebnis einer Befragung, die Rimann et al. (1993) im Rahmen des SALUTE-Projektes (u.a. wurden 158 Pflegekräfte eines Spitals befragt) gemacht hat: „Bei den Copingformen lag der Situationskontrollversuch an erster Stelle (86,8 Prozent), gefolgt von positiver Selbstinstruktion (74,2 Prozent). Soziale Unterstützung erhofften sich jedoch nur 40,4 Prozent der Befragten. Rimann et al. (1993) konnten keine Unterschiede im Belastungsempfinden der befragten Männer und Frauen nachweisen. Ebenso sind personale Ressourcen bei beiden Geschlechtern im selben Umfang vorhanden. Eine Person kann auch unter hohen Belastungen gesund bleiben, wenn sie ausreichend personale und / oder situative Ressourcen zur Bewältigung des Stresses zur Verfügung hat. Rimann et al. (1993, S. 140) konstatierten eine Abhängigkeit der Gesundheit von Freizeit- und Arbeitsbelastungen. Dieses Ergebnis zeigt wie bedeutsam der Einbezug des Privatlebens bei der Bewertung von Belastungsfolgen ist.“

Eine genaue Differenzierung zwischen den einzelnen Copingstrategien in der Altenpflege, vor allem was das emotionale Coping betrifft, wurde bisher wenig untersucht. Die prinzipielle Feststellung, dass problemorientierte Bewältigung der emotionalorientierten überlegen ist, genügt insofern nicht, als dass beide Strategien meist gemeinsam verwendet werden, und lässt auch nicht zu, differenzierte Maßnahmen ergreifen zu können. Auch die Strategie Vermeidungsverhalten, die in vielen Studien mit Burnout korreliert, muss genauer betrachtet werden, da dieses in manchen Situationen durchaus angebracht sein kann und sich auch teilweise mit positiv bewerteten Strategien wie „Schuldabwehr“ überschneidet.

5 Burnout

Die enormen Belastungsfaktoren, denen das Pflegepersonal in Pflegeheimen ausgesetzt ist, die eventuell problematische individuelle Reaktion darauf bei entsprechender Persönlichkeitsstruktur (siehe 5.1) und der Mangel an entsprechenden Bewältigungsstrategien führen schnell ins Burnout. In der NEXT-Studie (Simon et al., 2005) wurde die Gefahr von Burnout mittels sechs Fragen aus dem Copenhagener Burnout Inventory erfasst, wobei die Burnout-Werte in Pflegeheimen deutlich höher lagen als in Krankenhäusern.

5.1 Wege zum Burnout / Burnout und Persönlichkeit

Maslach und Leiter (2005, S.13-18) sehen die wesentlichen Ursachen für das Burnout-Syndrom in sechs Bereichen, die an sich strukturelle Bedingungen der modernen Arbeitswelt sind, und vergleichen das Verhältnis zum Job mit einer kaputten Beziehung, die zu langanhaltenden Belastungen und schließlich zur Erschöpfung führt:

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Unzureichende Belohnung
- Zusammenbruch von Gemeinschaften
- Fehlen von Fairness
- Widersprüchliche Werte

Ähnlich beschreibt Kaluza (2005, S.31) besonders stressgefährdete Arbeitsplätze: „Sie können durch eine Kombination von hohen quantitativen und / oder qualitativen Anforderungen mit geringem Handlungs- und Entscheidungsspielraum und fehlender sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz sowie mangelnder Anerkennung der Arbeitsleistung gekennzeichnet sein.“

Für ihn tragen drei stressverschärfende Einstellungen zum Burnout bei:

- perfektionistische Kontrollambitionen
- Arbeitssucht
- Enttäuschte Erwartungen

Die übersteigerten Kontrollambitionen zeigen sich in Perfektionismus (eigene Fehler sind nicht tolerabel, da sie möglichen Kontrollverlust anzeigen), die Unfähigkeit zu delegieren, Ungeduld, Reizbarkeit, Irritierbarkeit bei Störungen (bedeuten ebenfalls Kontrollverlust) und dem Verdrängen von Entspannungsbedürfnissen (das permanente Bemühen um Kontrolle geht mit der mangelnden Wahrnehmung von eigenen Entspannungsbedürfnissen einher, Entspannung würde außerdem heißen, Kontrolle abzugeben) (Kaluza, 2005, S.37).

„Arbeitssüchtige arbeiten nicht einfach viel, sie gewinnen ihren Selbstwert, ihre Identität über Arbeit und Leistung.“ Die Merkmale der Arbeitssucht sind typische Suchtkennzeichen: Verleugnung und Bagatellisierung, Zwanghaftigkeit, Anlegen von Vorräten, Dosissteigerung und Entzugserscheinungen, (Auto-)Destruktivität, zusätzlich oft Mehrfachsucht. Gründe für die Arbeitssucht sind in der (Sehn-)Sucht nach Anerkennung, im labilen Selbstbewusstsein und in Versagensängsten, in der Flucht vor innerer Leere bzw. vor persönlichen Problemen zu suchen (Kaluza, 2005, S. 38/39).

Enttäuschte Erwartungen entstehen durch Zielblockierung, Ausbleiben von Belohnung oder einem nicht erwarteten Ergebnis (negative Nebenwirkungen). Dieser Weg ins Burnout wird vor allem für die so genannten „Helferberufe“ beschrieben. „Die konstruktive Verarbeitung der Enttäuschung setzt das Eingeständnis einer Täuschung voraus“, der Burnout-Gefährdete scheitert aber am mangelnden Eingeständnis, das einer persönlichen Niederlage gleichkäme. Das Unerreichbare wird bis zur Erschöpfung weiterverfolgt (Kaluza, 2005, S.39/40).

Die wichtigsten Elemente, die für die Entwicklung eines Burnouts relevant sind, lassen sich folgendermaßen nach Demerouti (1999) zusammenfassen:

- Hohe Motivation: Zumindest zu Beginn eines Burnout-Prozesses war eine hohe Berufsmotivation vorhanden.

- Frustration: Häufig enttäuschte Erwartungen oder nicht erreichte Ziele, wie z.B. den Menschen helfen wollen.
- Die Arbeitsumgebung: Eine über einen längeren Zeitraum als ungünstig wahrgenommene Arbeitsumgebung kann zu Burnout führen. Z.B. werden hohe oder widersprüchliche Anforderungen an die Arbeitstätigkeit gestellt, es gibt aber geringe Ressourcen.
- Bewältigung: Die Burnout-Gefährdeten haben ineffektive Bewältigungsstile. Sie weichen z.B. den Konflikten aus und tauschen sich nicht über ihre Probleme mit anderen Menschen aus.
- Prozesscharakter: Das Burnout entsteht aus einer langfristigen und erfolglosen Auseinandersetzung mit der Arbeit, Voraussetzung ist ein ständiges Scheitern.

(Stadler, 2001/2006)

Für Domnowski (2005, S.35) steht die Möglichkeit ein Burnout zu entwickeln unter anderem im direkten Zusammenhang mit dem „Helfersyndrom“, das seine Ursache im frühkindlichen Erleben einer tiefen Kränkung des Selbstwertgefühls hat. „Als Helfersyndrom bezeichnet man eine zur Persönlichkeitsstruktur gewordene Unfähigkeit, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu artikulieren und weiterzugeben. Begleitet wird dieses Phänomen von einer allmächtigen und unangreifbaren Fassade. Seine Merkmale:

- Eine Fassade der Stärke muss aufrecht erhalten werden
- Schwäche darf nicht zugelassen werden
- Vermeiden von Gegenseitigkeit und Nähe in Beziehungen
- Vorlieben für Beziehungen mit schwächeren / hilfebedürftigen Partnern
- Hohe Ansprüche / Ehrgeiz an sich selbst
- Seltene Zufriedenheit mit der eigenen Leitungsfähigkeit / Leistung
- Ständiges Schwanken zwischen Allmacht und Ohnmacht
- Überhöhte Resignation beim Scheitern
- Übersteigerte Minderwertigkeitsgefühle im Wechsel mit negativen Größenphantasien“

Der Autor beschreibt auch zwei Typen von Verhaltensmustern, die im Rahmen der „Life-Event-Forschung“ identifiziert wurden. Im Gegensatz zum Typ B, der sich durch so genannte „hardiness“ (zeigt Engagement und Selbstverpflichtung, übt Kontrolle über sein Leben aus, betrachtet Veränderung als Herausforderung nicht als Bedrohung, (Scheppach, 1994)) auszeichnet, reagiert Typ A heftiger und destruktiver auf die Einwirkung von Stress. Menschen mit diesem Verhaltensmuster zeigen, so die Forschung, eine Kombination von ganz bestimmten Eigenschaften:

- Konkurrenzdenken
- Ungeduld
- Perfektionismus
- Hohes Leistungsstreben
- Hektik
- Aggressionsbereitschaft
- Hohes Verantwortungsbewusstsein
- Starke Zielorientiertheit
- Überhöhtes Streben nach Anerkennung und Prestige
- Emotionsleugnung
- Arbeit als Lebensinhalt
- Minderwertigkeitsgefühle
- Gefühl, benachteiligt zu werden
- Schuldgefühle
- Ehrgeiz
- Ängste

Nach Domnowski (2005, S.72ff) reagieren Personen mit Typ-B-Verhaltensmuster eher gelassen, besonnen und ruhig auf Stress. Sie nehmen Zeitdruck dosiert wahr, zeigen eher ein „spielerisches“ Verhalten, ohne gleichzeitig ein schlechtes Gewissen zu bekommen. Ständige Hektik, das Gefühl, der Mitmensch sei ein Gegner, sowie dauernde Kampfbereitschaft fehlen ihnen. Ihre Einstellung ermöglicht eine entspanntere Wahrnehmung und Lebenssituation (Olschewski, Wagner-Link).

Bamberg et al. (2003, S.69) meinen dazu: „Bewertungs- und Bewältigungsprozesse werden durch Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst. Neurotizismus kann dazu führen, dass Situationen verstärkt als bedrohlich oder schädigend beurteilt werden; Optimismus, Hardiness, Sensation-Seeking können bewirken, dass Stresssituationen als weniger bedrohlich und riskant eingeschätzt werden. Es gibt ferner Hinweise darauf, dass Extraversion und Selbstwirksamkeitsüberzeugung problembezogene Bewältigung begünstigen, und dass Neurotizismus mit Vermeidungsverhalten einhergeht (vgl. Vollrath,1997)“. Neurotizismus und Typ-A-Verhalten gehören zu den Merkmalen, die zu Erhöhung von Stress und / oder Stressvulnerabilität beitragen.

Der chinesischen Studie von Xu et al. (2006) nach korreliert die individuell empfundene berufliche Belastung negativ mit Bewältigungsstrategien sowie der sozialen Unterstützung und positiv mit Typ-A-Verhalten und schlechtem Gesundheitszustand.

Abgesehen von den vielen Belastungsfaktoren in der Pflege erwähnt Domnowski noch drei von Pines et al. (1993) beschriebene allgemeine Ursachen des Ausbrennens in helfenden Berufen, „die sich durch bestimmte Merkmale zeigen und für Helfer charakteristisch sind“:

1. Emotional belastete Arbeit: Bei der Arbeit mit Menschen sind die Betroffenen über lange Zeit „allen psychischen, sozialen und physischen Problemen ihrer Klienten ausgesetzt. Diese erwarten kompetente Hilfe in Form von Fachkenntnis und persönlichem Engagement. Folge für den Helfer ist ein Stresserleben auf breitester Ebene, da er neben Gefühlsinvestitionen auch noch eine Vielzahl an Rollenerwartungen erfüllen muss.“
2. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zur Berufswahl: „Dazu gehören Menschen, die besonders „gefühlbegabt“ sind, das Leiden anderer mitfühlen und nachvollziehen können und so eine Profession wählen, in der eine Minderung des Leidens anderer möglich ist. Je ausgeprägter allerdings diese Fähigkeit ist, umso größer die Gefahr, dass aus Mitgefühl ein Mit-Leiden wird.“
3. Eine klientenzentrierte Orientierung: Der Mensch, der Hilfe benötigt, ist Mittelpunkt des Interesses. (Domnowski, 2005, S.108)

Hohe, oft unrealistische Erwartungen an den Beruf stellen nach Burisch (1994) eine erhöhte Gefahr dar, zu einem späteren Zeitpunkt an einem Burnout zu leiden. Davon betroffene Menschen sind auch oft nicht in der Lage passende Copingstrategien zu entwickeln. D.h. sie können den unerwartet hohen Stress nicht durch geeignete Handlungsstrategien bewältigen (Stadler, 2006).

„Burnout wird somit auch in Zusammenhang mit Stress und Formen der Stressbewältigung gebracht. Demnach ist das Syndrom das Resultat eines Prozesses, der sich aus Arbeitsbelastung, Stress und psychologischer Anpassung zusammensetzt (Cherniss, 1980)“ (Stadler, 2006).

5.2 Das Burnout-Syndrom

Zellhuber (2003, S.35) beschreibt, dass in einer Studie von Zimber (1997b, Zimber / Weyerer 1998) 30% der befragten Pflegekräfte Beeinträchtigungen aufwiesen, die dem Burnout-Syndrom entsprachen.

Nach Kaluza wird mit dem Begriff „Burnout-Syndrom“ „ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom infolge einer chronischen, beruflich bedingten Beanspruchungsreaktion bezeichnet (Burisch, 1994). Die ersten Beschreibungen stammen aus interaktionistischen Arbeitsfeldern, besonders den helfenden Berufen. Burnout wurde hier eng gefasst und als Erschöpfung aufgrund emotionaler Belastung durch Helfen ohne adäquate Belohnung verstanden“ (inzwischen sind Burnout-Symptome bei vielen anderen Berufen und auch bei langanhaltenden Belastungen im familiären Bereich bestätigt). Das Burnout-Syndrom ist kein fest umschriebenes Krankheitsbild, vielmehr bestehen vielfältige symptomatische Überlappungen insbesondere zu depressiven Störungsbildern und psychosomatischen Störungen“. Ein Hauptmerkmal ist „der Verlust der natürlichen Fähigkeit zur Regeneration. Man kann sich nicht mehr erholen“ (Kaluza, 2005, S.25-27).

Kaluza fasst die Symptome wie folgt zusammen:

- Körperliche Erschöpfung (z.B. chronische Müdigkeit, psychosomatische Symptome)

- Emotionale Erschöpfung (z.B. Niedergeschlagenheit, ev. im Wechsel mit Reizbarkeit)
- Geistig-mentale Erschöpfung (z.B. Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit, Zynismus)
- Soziale Erschöpfung (z.B. andere werden nur mehr als Belastung erlebt, Rückzug)

„Als Kernbestandteil von vielen Versuchen, Burnout zu definieren, lassen sich drei Symptomgruppen zusammenfassen (Maslach & Jackson, 1984; Jüptner, 1993; Nerdinger, 1994):

- Emotionale Erschöpfung, die mit dem subjektiven Erleben von Kraftlosigkeit, Ohnmacht, dem Gefühl nicht verstanden zu werden, am Ende zu sein, einhergeht.
- Reduzierte Leistungsfähigkeit (bzw. Antriebsverlust), die sich in mangelnder Tatkraft äußert.
- Depersonalisation beschreibt die gefühllose, „abgestumpfte“ Reaktion auf Menschen, die gewöhnlich Empfänger der Dienstleistung sind. D.h. der Kunde oder Patient wird als unpersönliches Objekt behandelt.“ (Stadler, 2006)

Nach Domnowski (2005, S.101ff) beschreibt Burisch (1994) den Verlauf in sieben Phasen:

1. Warnsymptome der Anfangsphase

- vermehrtes Engagement für Ziele des Unternehmens (z.B. Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit)
- Erschöpfung (z.B. chronische Müdigkeit)

2. Reduziertes Engagement

- für Klienten und Patienten (z.B. Desillusionierung, größere Distanz)
- für andere Personen allgemein (z.B. Verlust der Empathie, des Einfühlungsvermögens)
- für die Arbeit (z.B. Fehlzeiten)
- erhöhte Ansprüche

3. Emotionale Reaktionen

- in Form von Depressionen (z.B. Schuldgefühle, Selbstmitleid)
- in Form von Aggressionen (z.B. Ungeduld, Launenhaftigkeit)

4. Abbau

- der kognitiven Leistungsfähigkeit (z.B. Konzentrationsschwäche)
- der Motivation (z.B. Dienst nach Vorschrift)
- der Kreativität (z.B. verringerte Phantasie)
- Entdifferenzierung (z.B. rigides Schwarzweißdenken)

5. Verflachung

- des emotionalen Lebens (z.B. Gleichgültigkeit),
- des sozialen Lebens (z.B. Einsamkeit),
- des geistigen Lebens (z.B. Desinteresse).

6. Psychosomatische Reaktionen

- in Form von Schlafstörungen, Atembeschwerden etc.

7. Verzweiflung

- Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit etc.

Ähnlich ist die Unterteilung von Freudenberger und North (1995, S.123). Sie unterscheiden zwölf Stadien und stellen sie im so genannten Burnout-Zyklus dar:

Stadium 1: Zwang sich zu beweisen

Stadium 2: Verstärkter Einsatz

Stadium 3: Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Stadium 4: Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen

Stadium 5: Umdeuten von Werten

Stadium 6: Verstärkte Verleugnung aufgetretener Probleme

Stadium 7: Rückzug

Stadium 8: beobachtbare Verhaltensänderungen

Stadium 9: Depersonalisation

Stadium 10: Innere Leere

Stadium 11: Depression

Stadium 12: Völlige Erschöpfung

Der Ehrgeiz, die große Motivation und der verstärkte Einsatz werden in unserer Berufswelt als sehr positiv bewertet, solche Mitarbeiter sind auch meist beliebt und begehrt, was jene in ihrem Tun bestärkt. Die Anfangsphasen des Burnout-Syndroms und das schleichende Abgleiten in die Problematik werden damit nur allzu leicht übersehen.

Einigkeit herrscht darüber, dass in jeder Phase des Burnouts eingegriffen werden kann. Umso wichtiger erscheint hier die Früherkennung und der rechtzeitige präventive Einsatz verschiedener Interventionen, was die Förderung individueller Bewältigungskompetenzen und struktureller Maßnahmen betrifft.

6 Studie Stressbewältigungsstrategien des Pflegepersonals in Pflegeheimen

Der primäre Ansatz der arbeitsmedizinischen Maßnahmen in Pflegeheimen beschäftigt sich mit dem Bereich des strukturellen und instrumentellen Stressmanagements (Kaluza, 2005, S.56), er besteht in der Reduktion von Stressoren und Stressreaktion (z.B. Ansetzen an der körperlichen Belastung bzw. deren Auswirkungen, in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und -abläufen, Unfallverhütung, die Erstellung von Gesundheitsförderprogrammen sowie individuelle Gesundheitsberatung). In Einzelgesprächen mit Pflegenden stellt sich aber immer wieder heraus, dass der Umgang mit den Stressoren in der Pflege sehr individuell ist, die Bewältigung einer bestimmten Belastung, die für den einen kein Problem darstellt, lässt den anderen in Richtung Burnout gehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, vermehrt am individuellen Stressmanagement anzusetzen, da die Annahme bestand, dass Pflegepersonal in Pflegeheimen in einem hohen Maße auf negative Copingstrategien zur Bewältigung ihres pflegerischen Alltags zurückgreift.

6.1 Methodik

Gerade was das individuelle Stressmanagement betrifft, gibt es eine Unzahl an Interventionsmöglichkeiten und Trainingsprogrammen. Leider zeigt unsere

Erfahrung, dass Programme, die falsch konzipiert werden, auch genau das Gegenteil des Beabsichtigten bewirken können.

Um einen Maßnahmenkatalog entwerfen zu können, der dazu geeignet ist, eine Verbesserung des individuellen Stressmanagements zu bewirken, wurde zuerst die Ist-Situation, was die Belastungen und deren Bewältigung betrifft, analysiert.

6.1.1 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung als offene Methode der Feldforschung „dient der Exploration. Sie ist eine Vorstufe zu systematischeren Untersuchungen“ und „ermöglicht relevante Forschungsfragen zu finden“ (Beer, 2003, S.45).

In einer ersten Phase wurde eine Sondierung mittels teilnehmender Beobachtung vorgenommen. Über drei Monate nahmen wir nach Rücksprache mit den Pflegedienstleitungen und Stationsführenden an den Dienstbesprechungen der insgesamt 14 von uns betreuten Stationen teil (mindestens einmal pro Station). Außerdem besuchten wir zwei Stationen bei jeweils zwei Team-Supervisionen als Teilnehmer.

Es wurden während den teilnehmenden Beobachtungen Protokolle verfasst, und die Stressoren, die in den Teambesprechungen diskutiert wurden, in Belastungskategorien (Kap. 2) zusammengefasst. Die mit Abstand am häufigsten besprochenen Belastungen waren Personalmangel bzw. Belastungen sozialer und psychischer Natur. Die Bewältigung dieser entpuppte sich als sehr unterschiedlich und augenscheinlich nicht immer effektiv. Konflikte verschärften die diversen Belastungssituationen zusätzlich.

6.1.2 Befragung mittels Fragebogen SVF 120

In der zweiten Phase wurde wieder nach Rücksprache mit Pflegedienstleitungen und Stationsführenden, wobei Zweck und Vorgangsweise der Befragung erklärt und besprochen wurden, dem an den Teambesprechungen teilnehmenden Pflegepersonal der Fragebogen vorgelegt. Es wurde auf die Freiwilligkeit der

Teilnahme hingewiesen, diese wurde nur sehr vereinzelt abgelehnt. Obwohl der SVF 120 für die individuelle Diagnostik nur eingeschränkt verwertbar ist (Janke et al., 1985), wurde für die Befragung, die an sich anonym geplant war, eine persönliche Auswertung denjenigen, die sich für ihre Stressbewältigung interessierten, zugesichert. Auf die ärztliche Schweigepflicht wurde hingewiesen. Entsprechend der Frage nach der Korrelation der Stressbewältigungsstrategien mit Berufsgruppe (DGKS/P, PflegehelferIn und AltenfachbetreuerIn), Alter, Geschlecht, Arbeitsjahre in der Pflege und Wochenarbeitszeit war dies auszufüllen. Das Beantworten erfolgte innerhalb der Teambesprechung, was ungefähr eine halbe Stunde in Anspruch nahm.

6.1.2.1 Zielsetzung und Beschreibung

„Der SVF 120 dient der Erfassung der individuellen Tendenz, unter Belastung verschiedene Stressverarbeitungsweisen einzusetzen. Diese Verarbeitungsweisen sind durch 20 Subtests mit jeweils 6 Feststellungen (Items) definiert. (...) Die Subtests 1 – 10 beziehen sich auf Maßnahmen, die auf eine Stressreduktion abzielen und dazu auch prinzipiell geeignet sein können. Sie werden kurz als Positiv-Strategien bezeichnet. Die Subtests 13 – 18 dagegen beziehen sich auf Stressverarbeitungsweisen, die allgemein stressvermehrend wirken dürften, kurz Negativ-Strategien genannt. Die Subtests 11 „Soziales Unterstützungsbedürfnis“, 12 „Vermeidung“, 19 „Aggression und 20 „Pharmakaeinnahme“ können nicht eindeutig einem dieser Bereiche zugeordnet werden.“ (Bei letzterem ist eine wahrheitsgemäße Beantwortung fraglich, dieser Subtest ist nur sehr bedingt verwertbar, Anm. d. Verf.) „Die Ergebnisse dieser Subtests sind daher nur im Kontext des jeweiligen Profils interpretierbar bzw. nach der Betrachtung von Antworten auf einzelne Items. Während die Negativ-Strategien im Ganzen relativ homogen sind, lassen sich innerhalb der Positiv-Strategien drei Subbereiche differenzieren.“ Subtest 1 – 3 umfasst Strategien, „die sich auf kognitive Bewältigungsstrategien im Sinne von Abwertung / Abwehr beziehen“. Mit den Subtests 4 – 7 werden „Tendenzen zur Ablenkung von einer Belastung bzw. Hinwendung auf stressinkompatible (positive) Situationen / Zustände“ gekennzeichnet. Die Subtests 8 – 10 „beziehen sich auf

Maßnahmen zur Kontrolle des Stressors, der dadurch ausgelösten Reaktionen und die dafür nötige Selbstzuschreibung von Kompetenz“. Eine Auflistung der Subtests des SVF 120 mit Kurzkennzeichnung und einem Beispiel-Item findet sich anschließend (Janke et al., 1997, S.4).

Abkürzung	Subtestbezeichnung	Kennzeichnung / Beispiel – Item
01 BAG	Bagatellisierung	Stärke, Dauer oder Gewichtigkeit einer Belastung abwerten ... „sage ich, es geht schon alles wieder in Ordnung“
02 HER	Herunterspielen	Sich selbst im Vergleich zu anderen geringeren Stress zuschreiben, ... „nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation“
03 SCHAB	Schuldabwehr	Fehlende Eigenverantwortlichkeit betonen ... „denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten“
04 ABL	Ablenkung	Sich von stressbezogenen Aktivitäten / Situationen ablenken bzw. sich stressinkompatiblen zuwenden, ... „lenke ich mich irgendwie ab“
05 ERS	Ersatzbefriedigung	Sich positiven Aktivitäten / Situationen zuwenden, ... „erfülle ich mir einen lang ersehnten Wunsch“
06 SEBEST	Selbstbestätigung	Sich Erfolg, Anerkennung und Selbstbestätigung verschaffen, ... „verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten“
07 ENTSP	Entspannung	Sich insgesamt oder einzelne Körperteile entspannen, ... „versuche ich, meine Muskeln zu entspannen“
08 SITKON	Situationskontrolle	Die Situation analysieren, Handlungen zur Kontrolle / Problemlösung planen und ausführen, ... „mache ich mir einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räume“
09 REKON	Reaktionskontrolle	Eigene Reaktionen unter Kontrolle bringen oder halten, ... „sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren“
10 POSI	Positive Selbstinstruktion	Sich selbst Kompetenz und Kontrollvermögen zusprechen, ... „sage ich mir, du kannst damit fertig werden“
11 SOZUBE	Soziales Unterstützungsbedürfnis	Aussprache, soziale Unterstützung und Hilfe suchen, ... „versuche ich mit irgendjemandem über dieses Problem zu sprechen“
12 VERM	Vermeidung	Sich vornehmen, Belastungen zu verhindern oder ihnen auszuweichen, ... „nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Weg zu gehen“
13 FLU	Flucht	(Resignative) Tendenz, einer Belastung zu entkommen, ... „neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen“
14 SOZA	Soziale Abkapselung	Sich von anderen zurückziehen, ... „meide ich Menschen“
15 GEDW	Gedankliche Weiterbeschäftigung	Sich gedanklich nicht lösen können, grübeln ... „beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange“

16 RES	Resignation	Aufgeben mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, ... „neige ich dazu zu resignieren“
17 SEMITL	Selbstbemitleidung	Sich selbst bemitleiden mit missgünstiger (aggressiver) Komponente, ... „frage ich mich, warum das gerade mir passieren muss“
18 SESCH	Selbstbeschuldigung	Belastungen eigener Fehl-Handlungen zuschreiben ... „mache ich mir Vorwürfe“
19 AGG	Aggression	Gereizt, ärgerlich, aggressiv reagieren ... „werde ich ungehalten“
20 PHA	Pharmakaeinnahme	Psychotrope Substanzen (Medikamente, Alkohol, Nikotin) einnehmen, ... „neige ich dazu irgendwelche Medikamente zu nehmen“

Abb. 2 : Bezeichnung, Abkürzung und Kennzeichnung der Subtests des SVF 120, sowie ein Beispiel-Item (Janke et al., 1997)

6.1.2.2 Beantwortung

Der SVF mit seinen 20 Subtests mit jeweils 6 Items enthält insgesamt 120 Items. „Der Proband soll bei jedem Item entscheiden, wie wahrscheinlich die in dem Item angegebene Reaktion seiner Art zu reagieren entspricht, „wenn er durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist“. Dieser Satz, der gleichzeitig eine verallgemeinerte Belastungssituation („durch irgendetwas oder irgendjemanden“) und eine verallgemeinerte Belastungsreaktion („beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht“) kennzeichnen soll, wird auf jeder Testseite (insgesamt 11 Seiten) wiederholt.“ Die Aufteilung der 120 Items erfolgt im Hinblick auf eine möglichst gute „Durchmischung“ der 20 Subtests. „Jedes Item wird durch Ankreuzen einer Zahl auf der 5-stufigen Skala beantwortet, die von „0 = gar nicht“ bis „4 = sehr wahrscheinlich“ reicht“ (Janke et al., 1985).

6.1.2.3 Auswertung

„Zur Rohdatenermittlung wird auf dem Auswertungsblatt neben jeder Itemnummer der Punktwert (angekreuzte Ziffer) eingetragen. Die weitere Auswertung erfolgt einerseits auf der Ebene der einzelnen Subtests (pro Subtest ergeben sich maximal 24 Punkte) andererseits nach Sekundärwerten. Die sich für jeden Subtest ergebenden Spalten werden addiert.“ Als Summe ergibt sich der Subtestrohwert.

Für die Ermittlung der Sekundärwerte (Positiv- und Negativ-Strategien) werden erstens der Gesamtwert der Positiv-Strategien durch 10 dividiert (bei den Negativ-Strategien durch 6), und in einem zweiten Schritt die Durchschnittswerte der 3 Untergruppen (Subtest 1-3, Subtest 4-7, Subtest 8-10) der Positiv-Strategien errechnet (Janke et al., 1997).

6.1.3 Fragebogen Typ-A-Verhalten

Gemeinsam mit dem SVF 120 wurde ein Fragebogen über das Typ-A- und Typ-B-Verhalten (Domnowski, „Check 1 Typ-A-Verhalten und Typ-B-Verhalten“ aus „Burnout und Stress in Pflegeberufen“, 2005) ausgehändigt, welcher von 133 Personen verwertbar ausgefüllt wurde.

Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich fühle mich oft unter Zeitdruck		
2. Beim Spielen kann ich schlecht verlieren		
3. Ich möchte am liebsten mehrere Dinge gleichzeitig tun		
4. Ich ärgere mich oft über andere		
5. Mein Leben ist oft ziemlich hektisch		
6. Ich bin sehr ehrgeizig		
7. Ich kann schlecht abschalten		
8. Pünktlichkeit ist für mich besonders wichtig		
9. Ich kann schlecht „nein“ sagen		
10. Vorwürfe bringen mich leicht aus der Ruhe		

Abb. 3: Fragebogen Typ-A-Verhalten (Domnowski, 2005, S.76)

Bei der Auswertung galten bis 2 „trifft zu“ als „kein sicherer Hinweis auf Typ-A-Verhalten, 3 bis 4 als „Typ-A-Verhalten schwach ausgeprägt“, 5 bis 6 als „Typ-A-Verhalten mittelgradig ausgeprägt“ und bei mehr als 6 wurde „starkes Typ-A-Verhalten“ angenommen (Domnowski, 2005, S.76)

6.2 Stichprobe

Die Studie wurde in vier Pflegeheimen des Landes NÖ mit insgesamt etwa 240 ArbeitnehmerInnen in der Pflege und einer Gesamtzahl von 560 Betten durchgeführt. Beide Fragebögen wurden auf insgesamt 14 Stationen bei Teambesprechungen an 149 Mitarbeiter der Pflege ausgegeben. 145 Fragebögen des SVF 120 und 133 des Fragebogens Typ-A-Verhalten konnten ausgewertet werden. 58 der 145 waren mit Namen versehen (40%). Der Anteil des diplomierten Personals (DGKS/P) betrug 61 Personen (42,1%), der der PflegehelferInnen (PH) 67 (46,2%), der der AltenfachbetreuerInnen (AFB) 13 (9%) und 4 (2,8%) waren AbteilungshelferInnen (AH). In der weiteren Untersuchung wurden PflegehelferInnen und AltenfachbetreuerInnen zusammengefasst ausgewertet, da die Gruppe der AltenfachbetreuerInnen klein und in Einrichtungen des Landes NÖ den PflegehelferInnen gleich gestellt ist. 16 TeilnehmerInnen der Befragung befanden sich in leitender Position (2 Pflegedienstleitungen, 13 Stationsleitungen, 1 Stationsleiterstellvertretung)

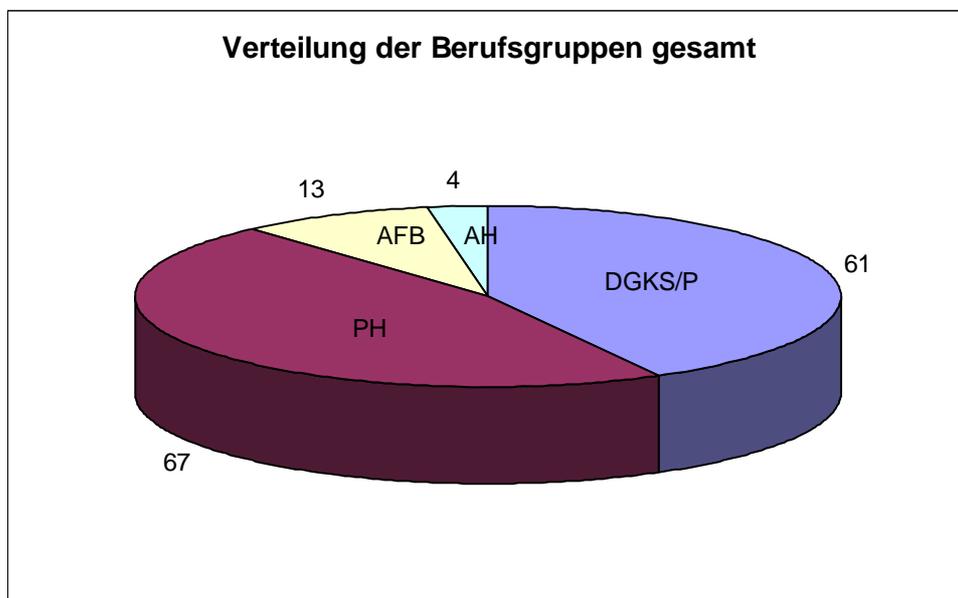


Abb. 4_ Verteilung der Berufsgruppen gesamt (Zahlen absolut), Abkürzungen im Text

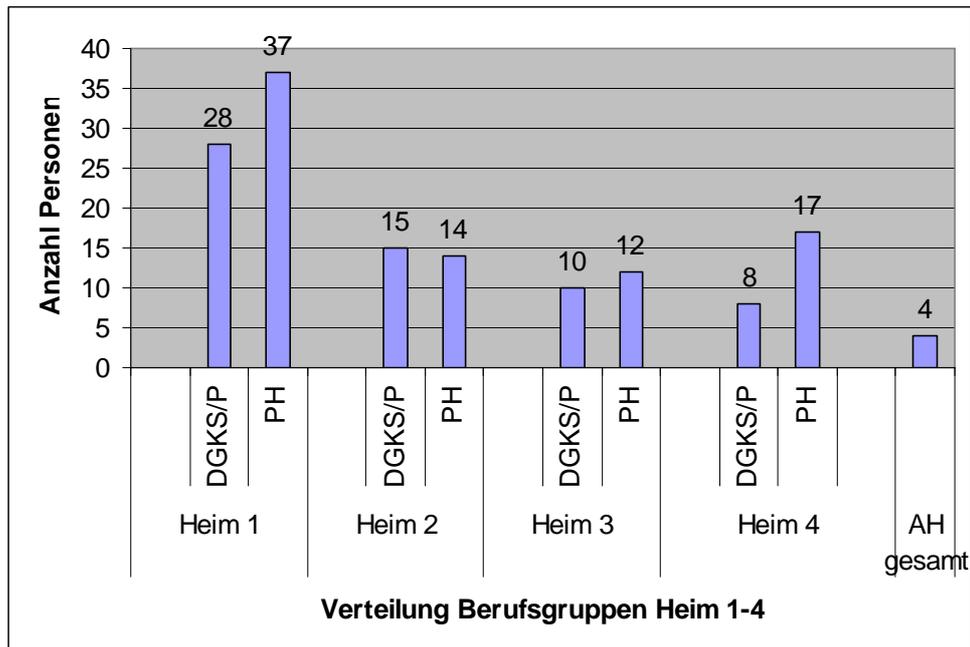


Abb. 5 Verteilung der Berufsgruppen in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

14 Teilnehmer (9,7%) waren Männer (DGKP und Pflegehelfer), was laut des Berichtes „Chancengleichheit in der Pflege“ (Gendernow, Reidl et al., 2006) ungefähr dem Anteil der Männer in der Altenpflege im niederösterreichischen Durchschnitt entspricht. 8 der Männer waren DGKP und 6 Pflegehelfer.

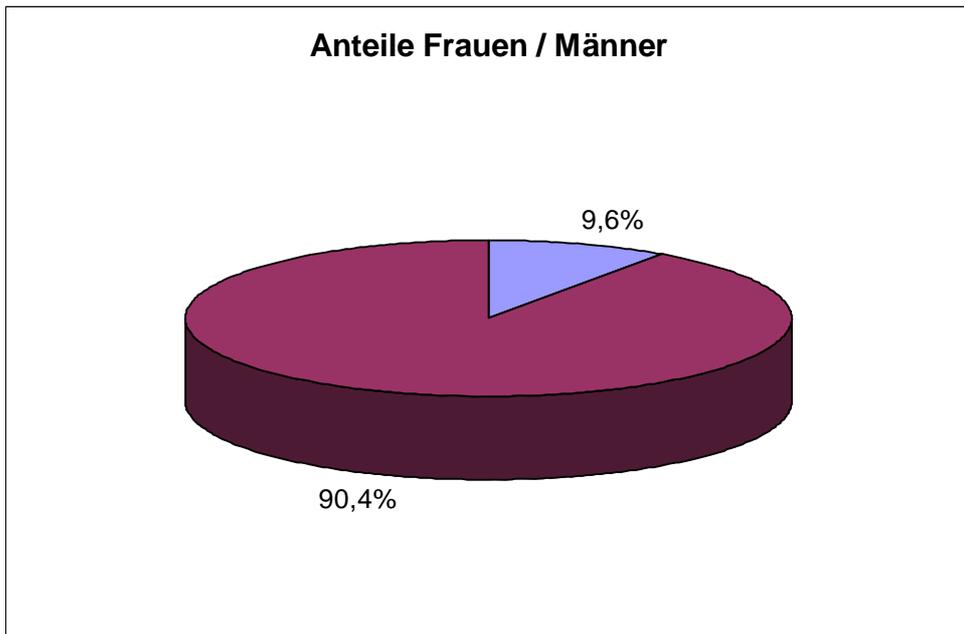


Abb.6 Geschlechtsverteilung gesamt (Zahlen in %)

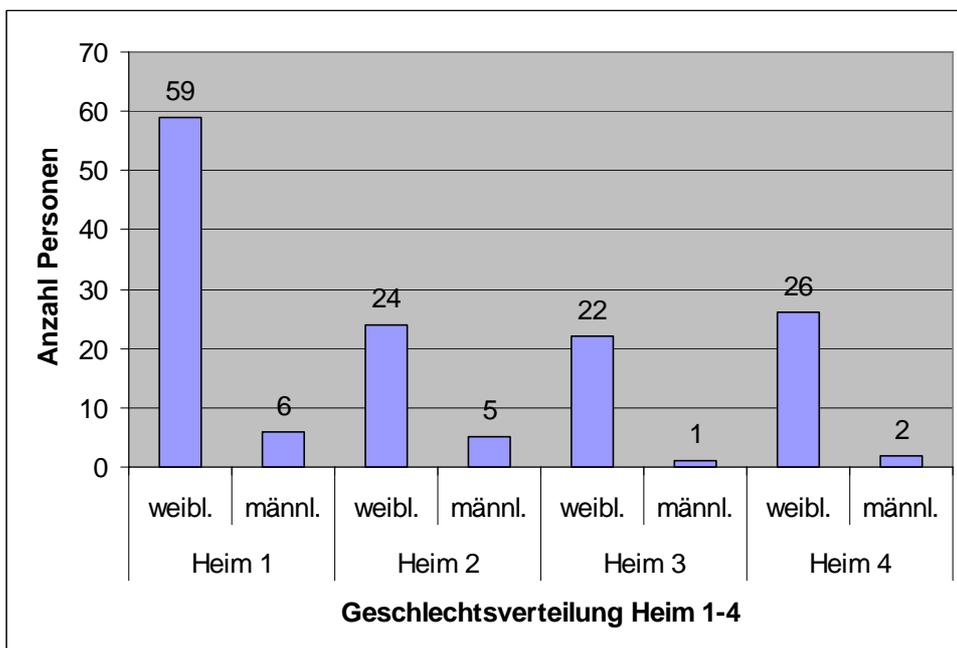


Abb. 7 Geschlechtsverteilung in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

Im Durchschnitt nahmen zehn MitarbeiterInnen der Pflege pro Teambesprechung an der Befragung teil (minimal 7, maximal 13). Das durchschnittliche Alter der Stichprobe betrug 41,3 Jahre, die jüngste Teilnehmerin war 22 und die älteste 58. Die Männer waren im Durchschnitt 37,4 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter der diplomierten Kräfte belief sich auf 39,3 Jahre, das der PflegehelferInnen bzw. AltenfachbetreuerInnen auf 42,9 Jahre.

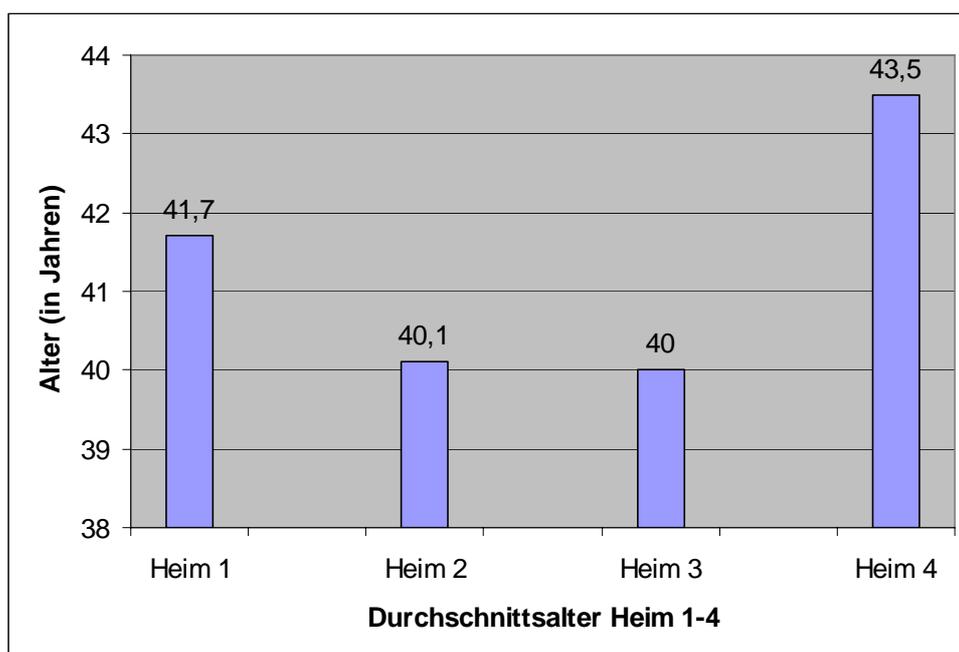


Abb. 8 Durchschnittsalter in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

Es wurden vier Altersgruppen gebildet:

- unter 30-jährige (22 MitarbeiterInnen, 15%)
- 31 – 39-jährige (30 MitarbeiterInnen, 21%)
- 40 – 49-jährige (67 MitarbeiterInnen, 46%)
- über 50-jährige (26 MitarbeiterInnen, 18%)

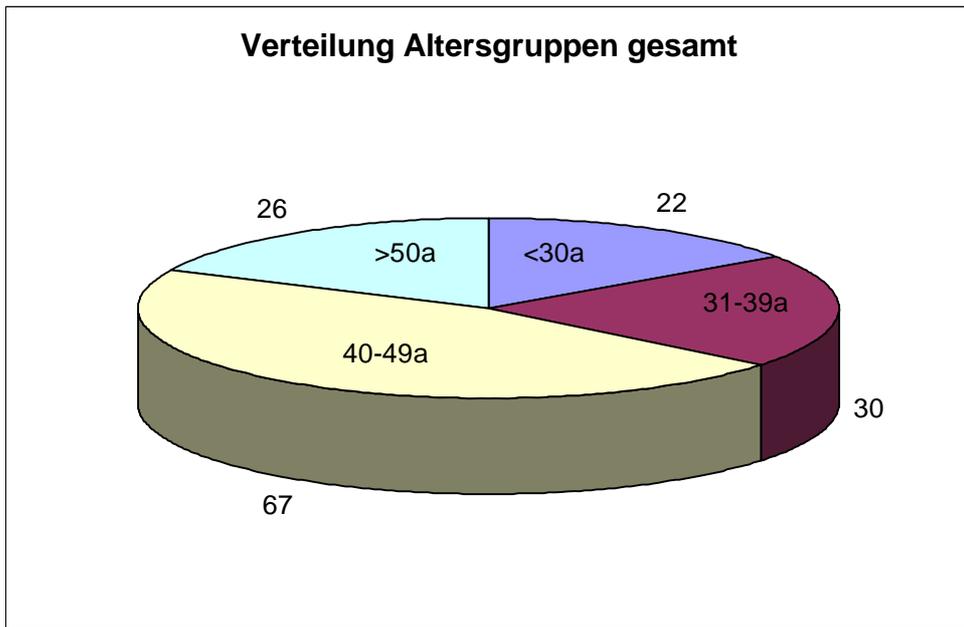


Abb. 9 Verteilung der Altersgruppen gesamt (Zahlen absolut)

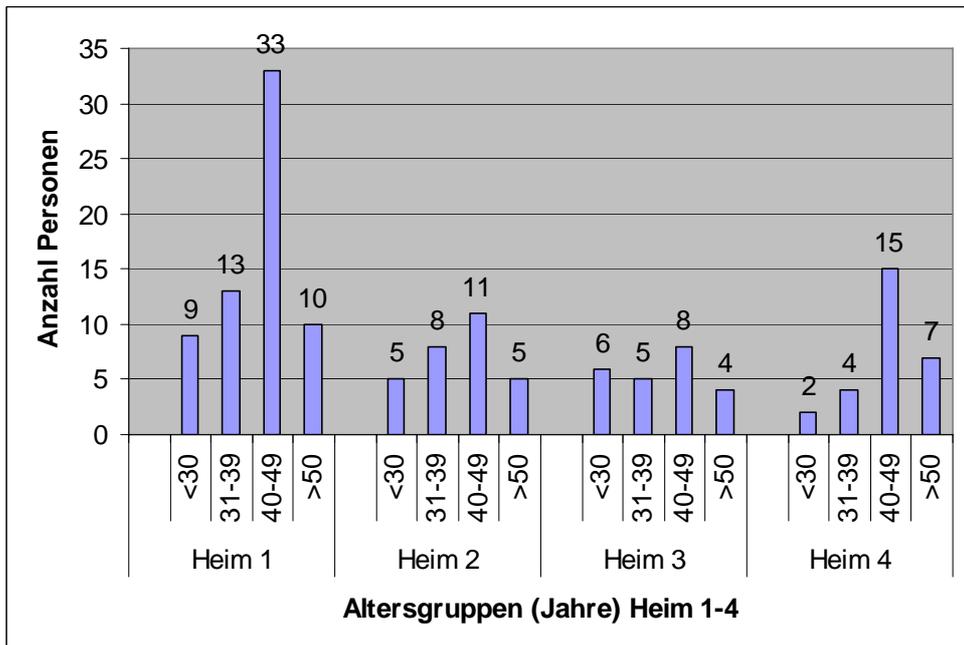


Abb. 10 Verteilung der Altersgruppen in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

In punkto Arbeitsjahren wurden zwei Kategorien gebildet, die eine, die bereits mehr als 15 Jahre in der Pflege gearbeitet hatte (68 MitarbeiterInnen, 47%) und die zweite

mit weniger als 15 Jahren im Pflegeberuf (77 MitarbeiterInnen 53%). Im Durchschnitt betragen die Arbeitsjahre in der Pflege 14 Jahre, wobei die Spanne von weniger als einem Jahr bis zu mehr als 40 Jahren reichte.

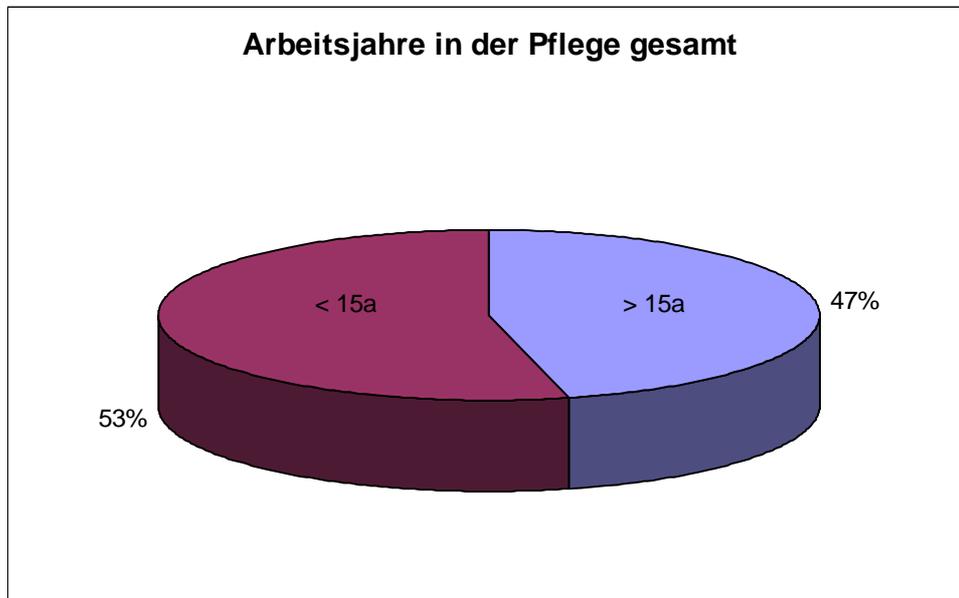


Abb. 11 Verteilung der Arbeitsjahre in der Pflege über bzw. unter 15 Jahre gesamt (Zahlen in %)

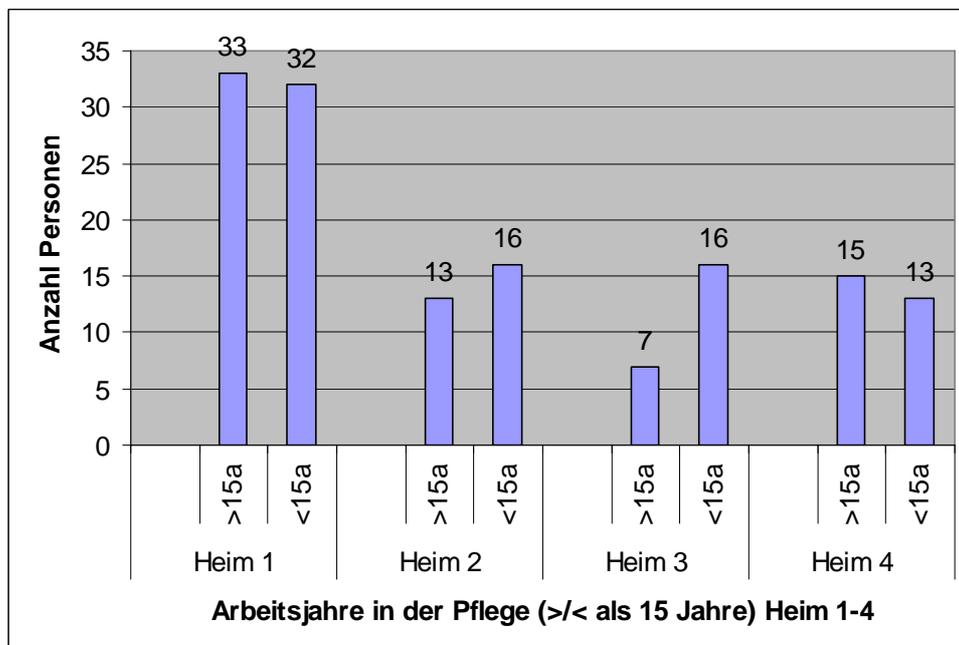


Abb. 12 Verteilung der Arbeitsjahre in der Pflege über bzw. unter 15 Jahre in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

Auch bei der Wochenarbeitszeit wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt, nämlich in Vollzeit- und Teilzeitarbeitskräfte. Erstere enthielt 77 MitarbeiterInnen (53%), die zweite 68 (47%).

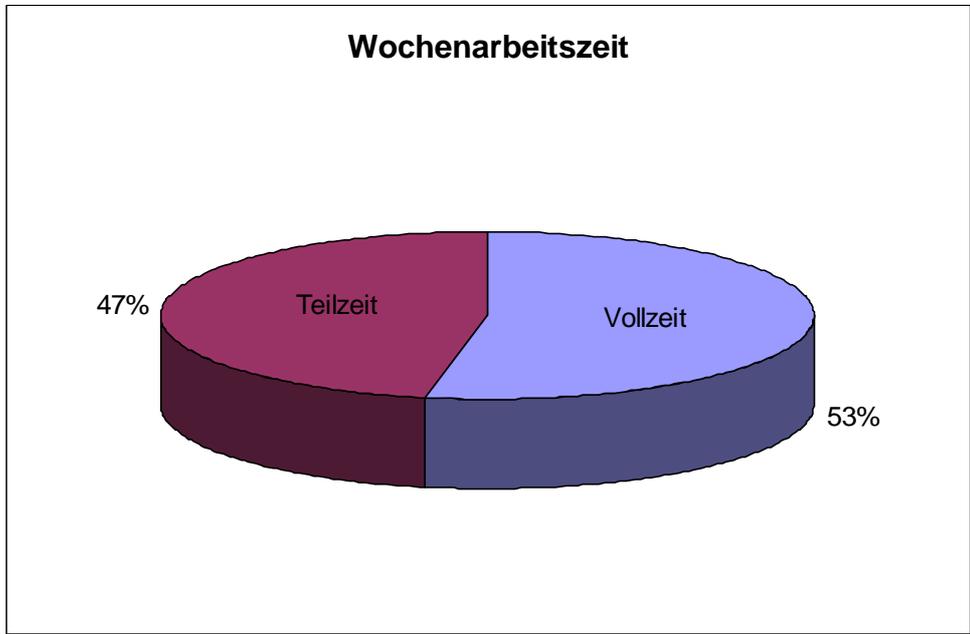


Abb. 13 Verteilung der Wochenarbeitszeit (Vollzeit - / Teilzeit) gesamt (Zahlen in %)

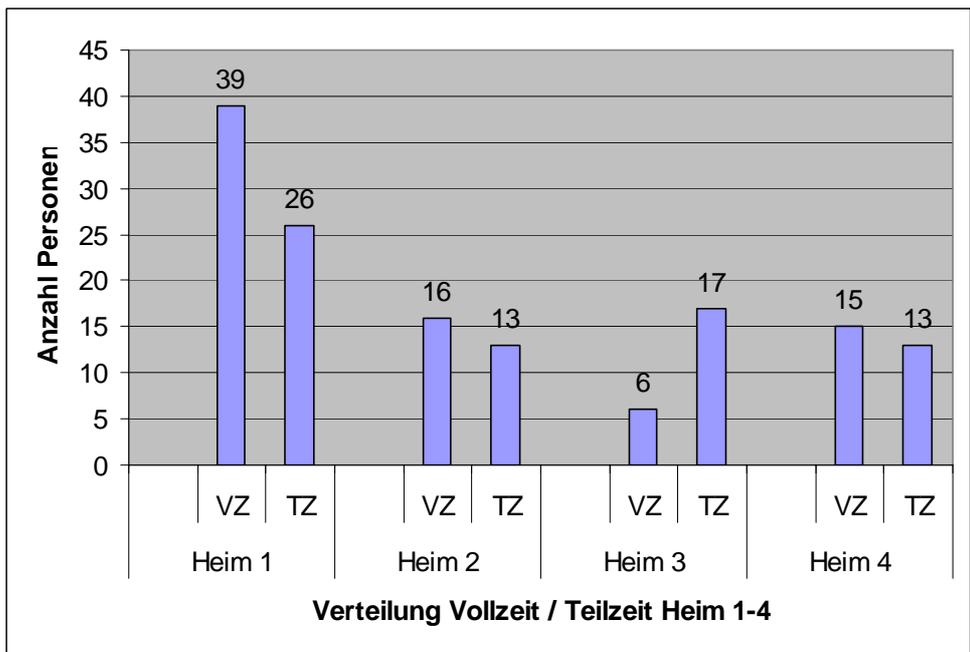


Abb. 14 Verteilung der Wochenarbeitszeit in den einzelnen Heimen (Zahlen absolut)

6.3 Ergebnisse Fragebogen SVF 120

Die Auswertung des Gesamtkollektivs von 145 Pflegekräften ergab ein deutliches Muster an bevorzugten Stressbewältigungsstrategien. „Positive Selbstinstruktion“ (... „ich sage mir, du kannst damit fertig werden“) war die meist genannte positive Strategie, gefolgt von „Situationskontrolle“ (... „mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann“). „Bedürfnis nach sozialer Unterstützung“ (... „versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen“), das weder zu den positiven noch zu den negativen Strategien der Stressbewältigung gezählt wird, reihte sich an die dritte Stelle. Des Weiteren häufig wird „Reaktionskontrolle“ (... „sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren“) als Coping verwendet. Signifikant oft benutzt das Pflegepersonal auch noch „Entspannung“ (... „versuche ich, meine Muskeln zu entspannen“). Von den positiven Copingstrategien wird „Herunterspielen“ (... „werde ich schneller damit fertig als andere“) am wenigsten angewandt.

Führend bei den negativen Stressbewältigungsstrategien zeigte sich „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ (... „kann ich lange Zeit an nichts anderes denken“), danach folgte „Selbstbeschuldigung“ (... „frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe“). An die dritte Stelle gelangte „Selbstbemitleidung“ (... „tue ich mir selber ein bisschen leid“). Zwischen „Gedanklicher Weiterbeschäftigung“ und „Selbstbeschuldigung“ reihte sich noch die differenziert, weil kurzfristig durchaus stressvermindernd wirksam, zu betrachtende Strategie „Vermeidung“ (... „vermeide ich von nun an solche Situationen“). Die am wenigsten genannte negative Strategie war „Soziale Abkapselung“ (... „gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg“).

Ergebnis gesamt:

Positive Strategien:

1. Positive Selbstinstruktion	17,37
2. Situationskontrolle	16,74
3. (Soziales Unterstützungsbedürfnis)	15,86
4. Reaktionskontrolle	15,09
5. Entspannung	13,72
6. Ablenkung	12,80
7. Selbstbestätigung	12,72
8. Bagatellisierung	12,43
9. Schuldabwehr	12,12
10. Ersatzbefriedigung	11,84
11. Herunterspielen	11,03

Negative Strategien:

1. Gedankliche Weiterbeschäftigung	14,12
2. (Vermeidung)	12,66
3. Selbstbeschuldigung	10,63
4. Selbstbemitleidung	9,46
5. Flucht	8,34
6. (Aggression)	7,69
7. Resignation	7,59
8. Soziale Abkapselung	7,14
9. (Pharmakaeinnahme)	1,79

Durchschnittswerte Positiv / Negativ – Strategien:

Positiv-Strategien (10)	13,59
Negativ-Strategien (6)	9,55

Abb. 15 Gesamtergebnis der Subtests des SVF 120 (Zahlen absolut, Durchschnittswerte der Subtestrohwerte des Gesamtkollektivs, siehe Kap. 6.1.2.3 Auswertung)

Die drei Subtestgruppen, nämlich

1. kognitive Bewältigungsstrategien im Sinne von Abwertung / Abwehr,
2. Ablenkung von einer Belastung bzw. Hinwendung auf stressinkompatible (positive) Situationen / Zustände und
3. Maßnahmen zur Kontrolle des Stressors, der dadurch ausgelösten Reaktionen und die dafür nötige Selbstzuschreibung von Kompetenz,

ergaben folgende Durchschnittswerte:

1. Bagatellisierung, Herunterspielen, Schuldabwehr	11,86
2. Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Entspannung	12,77
3. Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, Positive Selbstinstruktion	16,40

Abb.16 Durchschnittswerte der 3 Subtestkategorien der Positiv-Strategien gesamt (Zahlen absolut, siehe Kap. 6.1.2.3 Auswertung)

Die Strategie „Aggression“ wurde näher beleuchtet, da auch sie nicht eindeutig den positiven oder negativen Strategien zuzuordnen ist. Die Items 1 bis 3 sind als konfrontativ („antagonistisch“, vgl. Kaluza, 2005, S.54) zu betrachten (... „möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen“), die Items 4 bis 6 reflektieren lediglich die Emotion (... „reagiere ich gereizt“), wobei auffiel, dass die letzteren Items signifikant häufiger als zutreffend angekreuzt wurden. Die prozentuelle Verteilung der ersten drei zu den letzten drei Items betrug 37,5 % zu 62,5%. Man könnte annehmen, dass Aggression in einem hohen Maß vorhanden ist, aber meist unterdrückt wird.

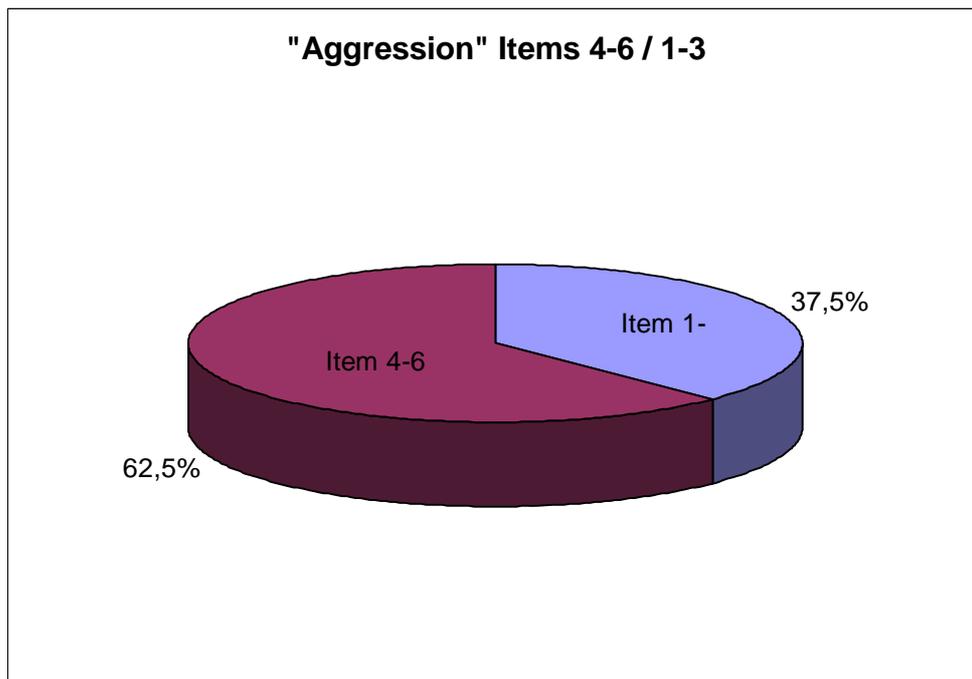


Abb. 17 Verteilung der Items des Subtests „Aggression“ (Zahlen in %)

Sehr interessante Ergebnisse erhielten wir bei der Korrelation der Bewältigungsstrategien mit den vier Altersgruppen (in Klammern: die Zahlen der Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe (30 minus–50 plus), im Vergleich dazu die Durchschnittswerte (\emptyset) des Gesamtkollektivs). Bei den Strategien „Positive Selbstinstruktion“ (Posi) und „Reaktionskontrolle“ (Rekon) gab es von der Altersgruppe „30 minus“ eine geringe Zunahme bis zur Altersgruppe „50 plus“ (Posi: 17,05 – 18,15 / \emptyset 17,37 bzw. Rekon: 14,86 – 15,62 / \emptyset 15,09), allerdings eine deutlichere, was die Strategie „Situationskontrolle“ (15,82 – 18,35 / \emptyset 16,74) betraf. Auch „Selbstbestätigung“ (11,64 – 14,42 / \emptyset 12,72) nahm mit dem Alter wesentlich zu. Die höchste Zunahme in diese Richtung verzeichnete „Entspannung“ (11,86 – 15,35 / \emptyset 13,72). Das „Soziale Unterstützungsbedürfnis“ nahm eher ab (16,27 – 15,42 / \emptyset 15,86), „Ablenkung“ (12,77 – 14,08 / \emptyset 12,80) und „Herunterspielen“ (10,32 – 11,88 / \emptyset 11,03) mit dem etwas Alter zu. Keine Tendenz zeigte sich bei „Bagatellisierung“, „Schuldabwehr“ und „Ersatzbefriedigung“.

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
30 -	12,55	10,32	11,36	12,77	13,55	11,64	11,86	15,82	14,86	17,05	16,27
31 – 39	12,90	11,50	13,13	11,83	11,57	11,80	14,03	16,63	14,83	17,13	15,70
40 – 49	12,25	11,47	11,98	13,11	11,53	13,42	14,05	17,00	15,23	17,52	15,82
50 +	12,58	11,88	12,73	14,08	12,38	14,42	15,35	18,35	15,62	18,15	15,42
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

Tab. 1: Ergebnisse der positiven Strategien und des Subtests „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe), Vergleichswerte Gesamtkollektiv (Abkürzungen siehe Abb.2)

Bei den negativen Stressbewältigungsstrategien ergaben sich ähnlich interessante Zahlen. Fast durchgehend gingen diese Strategien mit zunehmendem Alter zurück. Vor allem bei „Flucht“ (10,86 – 7,19 / Ø 8,34) war dies besonders deutlich zu sehen sowie bei „Resignation“ (9,00 – 7,08 / Ø 7,59) und bei „Selbstbemitleidung“ (11,55 – 8,58 / Ø 9,46). Bei „Vermeidung“ (13,73 – 12,46 / Ø 12,66) und „Aggression“ (9,64 – 7,19 / Ø 7,69) zeigte sich ebenfalls eine negative Korrelation mit zunehmendem Alter.

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semitl	Sesch	Agg	Pha
30 minus	13,73	10,86	7,32	15,86	9,00	11,55	12,09	9,64	2,36
31 – 39	13,10	8,47	6,70	13,53	7,20	9,27	9,53	7,50	2,13
40 – 49	12,27	7,70	7,25	13,89	7,38	9,02	10,63	7,29	1,55
50 plus	12,46	7,19	6,35	13,58	7,08	8,58	10,73	7,19	2,19
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab. 2: Ergebnisse der negativen Strategien, sowie der Subtests „Vermeidung“ und „Aggression“, (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe), Vergleichswerte Gesamtkollektiv (Abkürzungen siehe Abb.2)

Als eigene Gruppe wurden die 16 Führungskräfte in der Pflege ausgewertet und ihre Bewältigungsweisen analysiert. Diese deckten sich vielfach mit den Strategien der über 50-jährigen (das Durchschnittsalter der Führungskräfte betrug 46,6 Jahre), wiesen jedoch einige Besonderheiten auf. Vor allem was „Bagatellisierung“, „Herunterspielen“ und „Schuldabwehr“ betraf, zeigte sich, dass diese Stressbewältigungsmechanismen von den Führungskräften noch seltener verwendet werden, als vom nachgeordneten Personal. Diese spezielle Gruppe kam in punkto „Situationskontrolle“ auf den höchsten Wert der ganzen Untersuchung (19,57 / Ø 16,74). Auch beim „Sozialen Unterstützungsbedürfnis“ (18,44 / Ø 15,86) erreichten sie ein Maximum. Die negativen Copingstrategien „Flucht“ (5,94 / Ø 8,34), „Soziale Abkapselung“ (5,50 / Ø 7,14), „Resignation“ (6,06 / Ø 7,59), „Selbstbemitleidung“ (6,87 / Ø 9,46) und „Selbstbeschuldigung“ (9,06 / Ø 10,63) sowie die Strategie „Vermeidung“ (8,31 / Ø 12,66) wurden von den Führungskräften noch deutlich weniger genannt.

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
50 plus	12,58	11,88	12,73	14,08	12,38	14,42	15,35	18,35	15,62	18,15	15,42
Führung	10,81	10,44	11,69	13,94	11,63	12,69	17,06	19,57	14,31	17,75	18,44
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semitl	Sesch	Agg	Pha
50 plus	12,46	7,19	6,35	13,58	7,08	8,58	10,73	7,19	2,19
Führung	8,31	5,94	5,50	13,56	6,06	6,87	9,06	8,25	1,31
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab. 3: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der Führungskräfte in der Pflege mit Stichproben-Untergruppe 50 plus und Gesamtkollektiv (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestroh-werte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

Getrennt ausgewertet wurden auch das diplomierte Personal und die PflegehelferInnen, wobei letztere im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt aller 10 Positiv-Strategien etwas besser abschnitten als erstere (DGKS/P 13,38 / PH 13,79 / Gesamtkollektiv Ø 13,59). Beim Gesamtdurchschnitt der 6 Negativ-Strategien lagen beide Gruppen gleich auf. Auffällig war lediglich, dass innerhalb der Berufsgruppe der PflegehelferInnen die unter 40-jährigen wesentlich schlechtere Werte erreichten als die über 40-jährigen und zwar bei fast allen Strategien, besonders ausgeprägt bei den negativen (40a+ 9,09 / 40a- 10,34 / Gesamtkollektiv Ø 9,55) . Beim diplomierten Personal konnte dies nicht gefunden werden.

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
PH 40+	12,98	12,02	12,40	12,93	12,23	13,40	14,19	16,95	15,46	18,14	15,77
PH 40-	12,87	10,39	12,70	11,52	10,57	11,61	13,09	15,96	14,78	17,43	15,39
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semittl	Sesch	Agg	Pha
PH 40+	12,75	7,32	7,04	13,68	7,14	8,98	10,39	6,61	1,49
PH 40-	14,13	9,87	6,74	14,57	8,43	11,52	10,91	7,83	2,39
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab.4: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der PflegehelferInnen (PH) über und unter 40 Jahren mit dem Gesamtkollektiv (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

Die Stressbewältigungsstrategien des männlichen Pflegepersonals unterschieden sich von denen des Gesamtkollektivs (90,4% Frauen) durch geringeres Verwenden von negativen Strategien. Außer bei „Flucht“ waren ihre Werte durchgehend niedriger, besonders auffällig der des Subtests „Selbstbeschuldigung“ (8,14 / Ø 10,63). Allerdings schnitten sie bei der Mehrzahl der positiven Strategien etwas schlechter ab (z.B. „Situationskontrolle“, „Reaktionskontrolle“).

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
Männer	13,00	12,93	12,64	12,64	11,07	11,64	12,29	16,00	14,43	17,43	14,14
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semitl	Sesch	Agg	Pha
Männer	11,57	8,64	6,21	12,79	7,00	7,79	8,14	7,50	2,07
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab.5: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der männlichen Pflegekräfte mit dem Gesamtkollektiv (90,4% Frauen), (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

Bei der Wochenarbeitszeit wurden die Vollzeitkräfte mit den Teilzeitkräften verglichen. Letztere verfügten in dieser Untersuchung über wesentlich weniger Positiv - Strategien zur Stressbewältigung als ihre Vollzeit beschäftigten KollegInnen, und zusätzlich verwendeten sie auffällig vermehrt Negativ - Strategien. Die Werte der stressvermehrenden Strategien und von „Vermeidung“ waren fast ohne Ausnahme höher als bei der Gruppe der 40 Stunden arbeitenden Pflegekräfte. Besonders auffällig war dies bei „Selbstbemitleidung“ (VZ: 8,74 / TZ: 10,26 / Ø 9,46) und bei „Selbstbeschuldigung“ (VZ: 9,72 / TZ: 11,65 / Ø 10,63).

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
Vollzeit	12,57	11,62	12,19	13,22	12,32	13,01	14,27	17,05	15,26	17,66	15,68
Teilzeit	12,26	10,94	12,04	12,32	11,29	12,40	13,09	16,40	14,90	17,03	16,24
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semittl	Sesch	Agg	Pha
Vollzeit	11,92	8,00	6,71	13,62	7,06	8,74	9,72	7,87	1,92
Teilzeit	13,50	8,72	6,74	14,68	8,18	10,26	11,65	7,49	1,65
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab. 6: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien von Vollzeit (VZ) - und Teilzeitkräften (TZ) mit dem Gesamtkollektiv (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

Bei der Auswertung nach Arbeitsjahren in der Pflege fand sich folgendes Ergebnis: Die Gruppe derer, die bereits über 15 Jahren in diesem Bereich gearbeitet hatten (Durchschnittsalter 45,6 a), zeigte bei den stressvermindernden Strategien bessere Werte bei „Entspannung“ (14,56 / 12,97 / Ø 13,72), „Positive Selbstinstruktion“ (17,72 / 17,05 / Ø 17,37) und „Situationskontrolle“ (17,26 / 16,29 / Ø 16,74). Auch „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ erwies sich als höher im Vergleich zu den Pflegekräften, die weniger als 15 Jahre Pflegearbeit hinter sich hatten (Durchschnittsalter 37,8 a). Letztere gaben bei allen stressvermehreren Strategien höhere Werte an, ebenso bei „Vermeidung“ und „Aggression“

	Bag	Her	Schab	Abl	Ers	Sebest	Entsp	Sitkon	Rekon	Posi	Sozube
> 15 a	12,12	11,57	12,34	13,04	11,91	12,94	14,56	17,26	15,21	17,72	16,28
< 15 a	12,70	11,23	11,94	12,58	11,78	12,53	12,97	16,29	14,99	17,05	15,49
Ø Gesamt	12,43	11,03	12,12	12,80	11,84	12,72	13,72	16,74	15,09	17,37	15,86

	Verm	Flu	Soza	Gedw	Res	Semitl	Sesch	Agg	Pha
> 15a	12,21	7,66	6,75	13,87	7,24	9,13	10,18	7,09	1,66
< 15a	13,06	8,94	7,49	14,34	7,90	9,74	11,03	8,22	1,91
Ø Gesamt	12,66	8,34	7,14	14,12	7,59	9,46	10,63	7,69	1,79

Tab. 7: Vergleich der Stressbewältigungsstrategien der Pflegekräfte mit mehr und mit weniger als 15a Pflegearbeit und dem Gesamtkollektiv (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

Es folgen die Durchschnittswerte der 10 Positiv- und der 6 Negativ-Strategien aller ausgewerteten Untergruppen des Kollektivs. Herauszuheben sind die überdurchschnittlich (Gesamtkollektiv Ø 13,59) hohen Werte der positiven Strategien der über 50-jährigen (14,56), der über 40-jährigen PflegehelferInnen (14,07), der Führungskräfte (13,99), der Vollzeit-Kräfte (13,92) und des über 15 Jahre in der Pflege arbeitenden Personals (13,87). Auffallend hohe Zahlen bei den negativen Strategien verglichen mit dem Durchschnitt (Gesamtkollektiv Ø 9,55) erbrachten die unter 30-jährigen (11,11), die PflegehelferInnen unter 40 Jahren (10,34) und die Teilzeit-Kräfte (10,04).

	Ø Gesamt	DGKS/P	DGKS/P 40a+	DGKS/P 40a-	PH	PH 40a+	PH 40a-	Führung
Pos.- Strat.	13,59	13,38	13,17	13,65	13,79	14,07	13,09	13,99
Neg.- Strat.	9,55	9,44	9,23	9,66	9,45	9,09	10,34	7,83

Männer	> 15a Pfl.	< 15a Pfl.	Vollzeit	Teilzeit	30a -	31 - 39a	40 - 49a	50a +
13,40	13,87	13,41	13,92	13,27	13,18	13,54	13,76	14,56
8,43	9,14	9,91	8,98	10,04	11,11	9,12	9,31	8,92

Tab.8: Vergleich der durchschnittlichen Werte der 10 Positiv- und der 6 Negativ-Strategien aller Stichproben-Untergruppen mit dem Gesamtkollektiv (Positiv-/Negativ-Strategien siehe Abb. 15) (Zahlen sind Durchschnittswerte der Subtestrohwerte der jeweiligen Stichproben-Untergruppe)

6.4 Ergebnisse Fragebogen Typ-A-Verhalten

Bei der Auswertung der 133 Fragebögen zum Typ-A-Verhalten ergab sich folgende Verteilung: 8 Personen (6%) zeigten kein entsprechendes Verhalten, 26 (19,5%) schwaches, 46 (34,6%) ein mittelgradiges und 53 (39,8%) starkes Typ-A-Verhalten. Der Durchschnittswert lag im mittelgradigen Bereich.

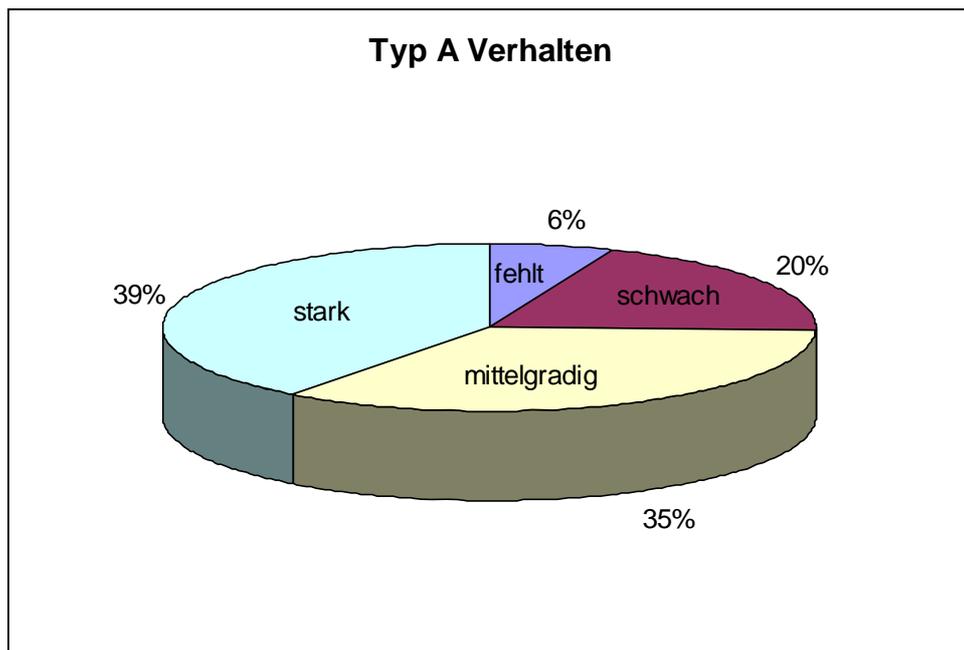


Abb. 18 Ergebnis Fragebogen Typ-A-Verhalten (Zahlen in %)

Die Ergebnisse wurden dann mit den Durchschnittswerten der Negativ-Strategien des SVF 120 auf Korrelation untersucht. Bei 65% der Befragten (86 von 133 Personen) zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Grad des Typ-A-Verhaltens und dem Durchschnittswert der Negativ-Strategien zur Stressbewältigung. 58 Befragten besaßen laut Fragebogen ein starkes bis mittelgradiges Typ-A-Verhalten, sowie einen Durchschnittswert ihrer Negativ-Strategien von 10 und darüber (9,55 entsprach dem Durchschnitt der Negativ-Strategien des Gesamtkollektivs), bei 28 Personen erwies sich das Typ-A-Verhalten als schwach bis fehlend und der Mittelwert ihrer Negativ-Strategien lag in einem Bereich unter 9.

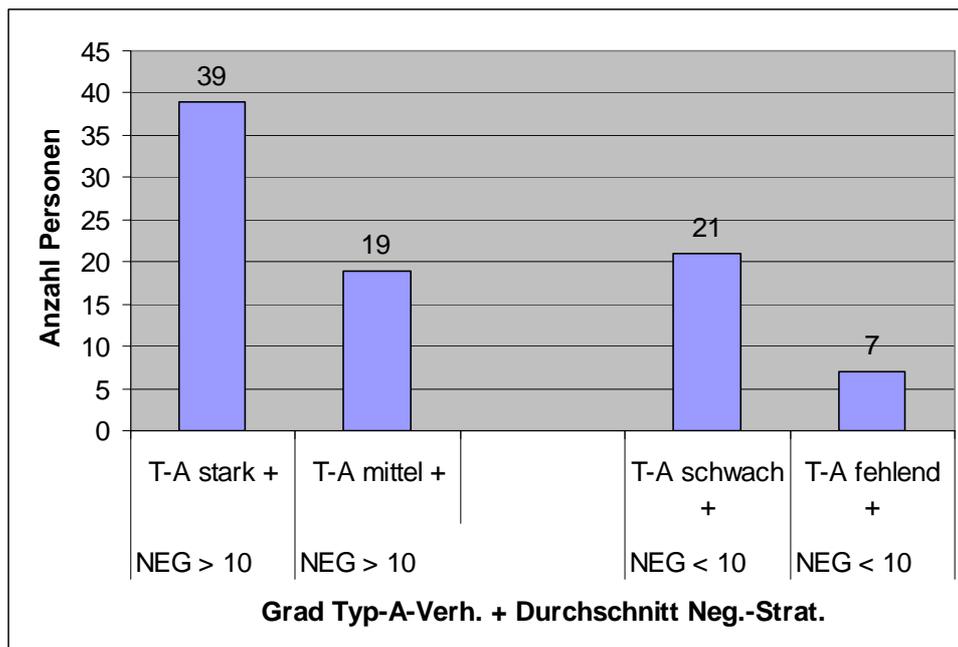


Abb. 19 Korrelation des Grades des Typ-A-Verhaltens mit den Negativ-Strategien (Durchschnittswert ~10) aus SVF 120 (Zahlen absolut)

7 Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es zu erfassen, welche Stressbewältigungsstrategien das Pflegepersonal in Pflegeheimen verwendet, um mit den enormen Belastungen ihres Berufes fertig zu werden, und inwieweit diese Strategien mit Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Wochenarbeitszeit und Arbeitsjahren in der Pflege korrelieren. Zusätzlich wurde untersucht, in welchem Ausmaß Typ-A-Verhalten in dieser Berufsgruppe vorkommt, und ob sich eine Korrelation mit dem Muster der Stressbewältigungsstrategien zeigt.

Grundsätzlich nannten die Pflegekräfte mehr Bewältigungsstrategien, die als stressvermindernd gelten, an erster Stelle „Positive Selbstinstruktion“, gefolgt von „Situationskontrolle“ und „Reaktionskontrolle“. Das bedeutet, dass „Maßnahmen zur Kontrolle des Stressors, der dadurch ausgelösten Reaktionen und die dafür nötige Selbstzuschreibung von Kompetenz“ (Janke et al., 1997) und damit auch

problemorientiertes Coping („Situationskontrolle“) einen sehr hohen Stellenwert hat, was von vielen Studien bestätigt wird (Chang et al., 2006, Isikhan et al., 2004, Ryan & Quayle, 1999, Rimann et al., 1993). Auch hohes „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ war vorhanden. Durch alle Untergruppen der Stichprobe erwies sich „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ als am häufigsten genannte stressvermehrnde Bewältigungsweise, die Werte der zweit- und drittgenannten Negativ-Strategien waren wesentlich niedriger, am wenigsten erfolgte „Soziale Abkapselung“. Letzteres entspricht auch dem Ergebnis von Usha Rani Rout (1999).

Die Abhängigkeit der Bewältigungsmechanismen vom Alter bestätigte sich in einer Zunahme der Positiv- und einer starken Abnahme der Negativ-Strategien mit dem Älterwerden (Richaud de Minzi & Sachi, 2005). Auch die Strategien „Vermeidung“ und „Aggression“ gingen deutlich zurück. Mit zunehmendem Alter erwies sich „Entspannung“ als wichtige Methode zur Stressbewältigung. Vergleichbar gute Werte wie die über 50-jährigen erbrachte das Führungspersonal in der Pflege, es verzeichnete die niedrigsten Werte aller ausgewerteten Untergruppen bei den Negativ-Strategien und auch bei den an sich positiven „kognitiven Bewältigungsstrategien im Sinne von Abwertung / Abwehr“ („Bagatellisieren“, „Herunterspielen“ und „Schuldabwehr“) (Janke et al., 1997). Insofern könnte man annehmen, dass ältere ArbeitnehmerInnen für ihre jüngeren KollegInnen in punkto Stressbewältigung eine wichtige soziale Ressource darstellen, die es zu fördern gilt.

Es konnte keine signifikante Korrelation der Stressbewältigungsstrategien mit der Berufsgruppenzugehörigkeit gefunden werden. Diplomierte Personal und PflegehelferInnen zeigten da kaum Unterschiede. Wenn von effektiver Bewältigung auf Burnout geschlossen werden kann, widerspricht dies den Ergebnissen von Kennedy (2005), in deren Studie von einer höheren Burnout-Rate für diplomiertes Personal die Rede ist. Lediglich das schlechtere Abschneiden der unter 40-jährigen PflegehelferInnen vor allem, was die Negativ-Strategien betrifft, im Vergleich zu ihren über 40-jährigen KollegInnen und den diplomierten Kräften war auffällig. Mögliche Erklärungen könnten in der kurzen Ausbildung gepaart mit jüngerem Alter, einem eventuell geringeren Selbstwert und mangelnder Erfahrung zu suchen sein.

Die männlichen Pflegekräfte unterschieden sich von ihren Kolleginnen durch ein etwas besseres Abschneiden bei den Negativ-Strategien, allerdings zeigten sie auch geringfügig weniger Positiv-Strategien.

Teilzeitkräften verfügten in dieser Untersuchung über wesentlich weniger Positiv-Strategien zur Stressbewältigung als ihre Vollzeit beschäftigten KollegInnen, und nutzten auffällig viele Negativ-Strategien. Die höhere Arbeitsintensität, das geringere Eingebundensein ins Team, mangelnde Akzeptanz durch Vollzeitarbeitskräfte, und häufigeres Einspringen müssen können zu einem wesentlich höheren Stresspegel führen und damit die Bewältigungsstrategien überfordern.

Bei der Auswertung nach Arbeitsjahren in der Pflege zeigte sich, dass offenbar längere Berufserfahrung (> 15 Jahre) mit einer Zunahme der stressvermindernden Strategien einhergeht. Bessere Werte erreichten diese Pflegekräfte bei „Entspannung“, „Positive Selbstinstruktion“ und „Situationskontrolle“. Pflegepersonal, das weniger als 15 Jahre in der Pflege tätig war, gab bei allen stressvermehrenden Strategien höhere Werte an, ebenso bei „Vermeidung“ und „Aggression“. Allerdings stellte schon Isikhan et al. (2004) fest, dass subjektiv empfundener Stress mit höherem Alter abnahm und auch, dass Stress mit zunehmender Arbeitserfahrung geringer wurde.

Insgesamt war Typ-A-Verhalten in einem mittelgradigen Maße vorhanden, was auch Usha Rani Rout (1999) in seiner Stichprobe von Krankenschwestern feststellen konnte. Bei fast 40% der Befragten ergab sich starkes, nur 6% zeigten fehlendes Typ-A-Verhalten. Die Untersuchung auf Korrelation mit dem Durchschnittswert der stressvermehrenden Strategien wies einen eindeutigen Zusammenhang bei 65% der Stichprobe aus. Damit bestätigt sich ein Teil der Studie von Xu et al. (2006), die einen Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und Typ-A-Verhalten feststellten.

8 Maßnahmen

„Grundsätzlich ist es möglich, an allen Elementen des Stressprozesses anzuknüpfen – an Belastungen, Ressourcen, Bewertung und Bewältigung sowie an den Stressfolgen. Die wechselseitige Beeinflussung von personenbezogenen und bedingungsbezogenen Belastungen und Ressourcen machen eine Einbeziehung von Personenmerkmalen (z.B. individuelle Bewältigungsstile) und von Arbeitsbedingungen erforderlich“ (Bamberg et al., S.72).

Das im Weiteren dargestellte Interventionskonzept basiert auf folgenden wesentlichen Ergebnissen aus der an 145 Pflegekräften durchgeführten Untersuchung der Stressbewältigungsstrategien:

1. Signifikante Abnahme von stressvermehrendem und Zunahme an stressverminderndem Verhalten mit zunehmendem Alter
2. und zunehmender Berufserfahrung
3. Signifikante Häufung von selbst schädigenden Strategien bei unter 30-jährigen
4. Signifikante Abnahme von Negativ-Strategien mit Erreichen höherer hierarchischer Positionen
5. Signifikante Abnahme von Aggressionspotential mit zunehmendem Alter
6. Signifikante Zunahme der Nutzung von Entspannungsstrategien mit zunehmendem Alter
7. Signifikante Häufung von stressvermehrenden Strategien bei Teilzeitbeschäftigten

Daraufhin wurden folgende Arbeitshypothesen getroffen:

- Je jünger, weniger arbeitserfahren und kürzer ausgebildet die betroffenen Personen sind, umso weniger sind sie gegen belastende Faktoren ihres Berufes geschützt.
- Je weniger Zeit den betroffenen Personen für die Bewältigung ihrer Arbeit zur Verfügung steht, desto mehr sind sie Stress auslösendem Druck ausgesetzt.

„Bei systemischer Betrachtung von funktionalen Einheiten (z.B. einer Station mit allen ihren Zugehörigen) kann mit folgendem Ressourcenpotential gearbeitet werden

unter der Annahme, dass es in jeder Station Personen mit korrespondierendem Entwicklungsstand gibt:

- fachliches Know-how
- Fähigkeiten zur Problemlösung in allen beruflichen Situationen
- emotionale und soziale Intelligenz
- kommunikative Fähigkeiten
- Kreativität (möglicher Denkansatz: auch oder gerade wer noch nicht sehr erfahren ist, kann sich stärker auf seine Kreativität stützen)
- Anpassungsfähigkeit
- Veränderungswillen (z.B. liegt auch aggressivem Verhalten häufig ein starker Veränderungswunsch zugrunde)
- u. v. m.

Nutzen möglicher Interventionsangebote an einzelne funktionale Einheiten oder Gesamtorganisationen:

- Förderung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und -bereitschaft
- Burnout-Prävention bzw. Früherkennung
- Verminderung von Fluktuation
- Verminderung von Konflikten und Mobbing
- Förderung von Teamarbeit und damit Förderung der Effizienz der gesamten funktionalen Einheit
- Wenig genutzte Potentiale der Einzelnen und der Gruppe erschließen
- Know-how-Transfer innerhalb der Einheit – Upskilling jedes / jeder Einzelnen
- Bewusste Integration der besonderen Fähigkeiten von jüngern und älteren Teammitgliedern
- Dadurch Förderung von Selbstwertgefühl und Wohlbefinden der einzelnen FunktionsträgerInnen im Beruf
- Förderung gewaltfreier Kommunikation, Konfliktmanagement
- Transformation von stressbedingt aggressiven Verhaltensformen

- Klarheit aller FunktionsträgerInnen über gemeinsame Ziele und deren Messbarkeit
- Klarheit darüber welchen Beitrag jeder / jede in der Lage und bereit ist, zu leisten, um gemeinsame Ziele zu erreichen
- Förderung von Entscheidungssicherheit
- Individuelle Zielsetzungen der betroffenen Personen und / oder funktionalen Einheiten
- Förderung von wertschätzender Haltung dem eigenen Berufsbild gegenüber
- Generelle Imageförderung: Menschen die mit Freude arbeiten, bewerben auf das Beste die Organisation, für die sie arbeiten

Daraus ergeben sich folgende Zielsetzungen und Interventionsstrategien:

- Ressourcenintegration: positive Strategien sollen für alle nutzbar werden. Erst wenn sie als probate Verhaltensmuster beim / bei der Einzelnen und in der Gruppe gut verankert sind, werden sie im Alltag leicht abrufbar und somit auch im Krisenfall verfügbar.
- Gemeinsame Ziele erkennen und anerkennen:
 - lernen an den gemeinsamen Erfolg zu glauben
 - erkennen was der Zielerreichung dient und was nicht
 - erfahren, dass 1+1 mehr sein kann als 2
 - den eigenen Anteil committen
 - wertschätzende Haltung für sich selbst und alle anderen als Energiequelle kennen lernen
 - Erfahrung teilen = Erfolg vermehren
 - Erfolg messbar machen
- Psychohygiene: Überprüfung der Bewertungen und persönlichen Antreiber ob förderlich oder hinderlich; Aufbau von förderlichen Werthaltungen und sinnvoller Abgrenzungsstrategien im Sinne von Reflexionsmethoden, die auch im Alltag jederzeit zur Verfügung stehen

- Kommunikationstechniken zur gegenseitigen Unterstützung durch konstruktives Feedback; Erarbeitung von verbindlichen Kommunikationsvereinbarungen im Team
- Skalierungsmethoden: neue Bewertungsmaßstäbe zur Orientierung in schwierigen Situationen und in Veränderungsprozessen
- Entspannungstechniken und körperbezogene Techniken zum Adrenalinabbau und Förderung der inneren Balance als Voraussetzung von voller Handlungsfähigkeit

Lösungsorientierte Interventionsangebote:

- Reteaming® (nach Ben Furman und Tapani Ahola / Institut für Kurzzeittherapie Helsinki) zur Erarbeitung und Konkretisierung (= sichtbar machen) von gemeinsamen Arbeitszielen; Bearbeitung und Lösung von Konflikten in Gruppen; Erarbeitung von Veränderungsstrategien; Vorteil: wenig zeitaufwändiges, lösungsorientiertes Verfahren, liefert konkrete Ergebnisse unter Commitment aller Betroffenen, daher sehr gut umsetzbar.
- Organisation von Mentoring für junge / nicht berufserfahrene Personen: KollegInnen innerhalb der Organisation (nicht aber innerhalb der unmittelbaren Hierarchie) oder außerhalb der Organisation (z.B. bereits pensionierte BerufskollegInnen) übernehmen für eine definierte Zeitspanne die Supervision und Beratung des Mentees; regelmäßige – wenn auch in größeren Abständen stattfindende – Evaluationsgespräche (alle Mentees einer Organisation in einer Gruppe) schaffen zusätzlichen Know-how-Transfer und Nutzenoptimierung
- Einzelcoaching: zur Unterstützung individueller Entwicklungsfelder ggf. auch unter Einbeziehung der nicht berufsspezifischen Einflussfaktoren.
- Fallbezogenes Gruppencoaching: bei besonderen Themenstellungen
- Arbeit mit dem Gesundheitsbild (nach Prof. Dr. Harry Merl) für Einzelpersonen oder Teams zur Lösungsfindung bei besonders schwierigen Themenstellungen, die schwer verbal abgehandelt werden können (Konflikte, Tabu-Themen, historisch stark verankerte Themen u. v. m.)“

(Nebel, 2008)

- Supervisionsangebot sicherstellen und die Bereitschaft bestärken, diese zu nutzen

9 Zusammenfassung und Forschungsausblick

Ziel der Studie war es systematisch zu erfassen, auf welche Strategien das Pflegepersonal in Pflegeheimen zur Stressverarbeitung zurückgreift, um aus den gewonnenen Erkenntnissen geeignete Maßnahmen zur Förderung ableiten zu können. Gefunden wurde signifikante Abnahme von stressvermehrende und Zunahme an stressvermindernden Bewältigungsstrategien mit zunehmendem Alter sowie mit zunehmender Berufserfahrung, deutliche Häufung von selbstschädigenden Strategien bei unter 30-jährigen, Abnahme von Negativ-Strategien mit Erreichen höherer hierarchischer Position, ein Zurückgehen von Aggressionspotential mit zunehmendem Alter, vermehrte Nutzung von Entspannungsstrategien mit zunehmendem Alter und eine deutliche Häufung von stressvermehrenden Strategien bei Teilzeitbeschäftigten. Das Typ-A-Verhalten, das nach Domnowski bedeutet, dass die betreffende Person heftiger und destruktiver auf die Einwirkung von Stress reagiert, befand sich im Gesamtdurchschnitt in einem mittelgradigen Bereich, nahezu 40% zeigten starkes Typ-A-Verhalten, außerdem korrelierte es in 65% mit dem Ergebnis der Stressbewältigungsstrategien. Die Ergebnisse, die dringenden Handlungsbedarf anzeigen, sind deutliche Häufung von stressvermehrenden Strategien bei unter 30-jährigen und bei Teilzeitbeschäftigten.

Ein auf die Ergebnisse zugeschnittenes Interventionskonzept wurde ausgearbeitet. Idealerweise sollte nach Implementierung in den Pflegeheimen eine Evaluierung nach etwa einem Jahr durchgeführt werden, um gegebenenfalls Programmänderungen vornehmen zu können. Um die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu gewährleisten, wäre es wünschenswert in regelmäßigen Abständen mit Hilfe der Evaluierung zu überprüfen, inwieweit personale Kompetenzen bereits integriert wurden, um danach die Trainingsmodule abstimmen und aufbauen zu können. Auch sind bei dieser Untersuchung diverse Aspekte der Stressverarbeitung offen geblieben bzw. hätten den Rahmen gesprengt. Eine Vertiefung der Analyse wie

zum Beispiel, ob sich eine Korrelation mit dem Familienstand zeigt, ist im Rahmen der Evaluierung angedacht.

Von Interesse wäre es auch, zu untersuchen, inwieweit die Erkenntnisse, die hier von einer sehr stressgefährdeten Berufsgruppe gewonnen wurden, auf andere Berufsbereiche, in denen Burnout häufig zu finden ist, übertragbar sind (z.B. Lehrer, MitarbeiterInnen in Callcenter u.a.).

Quellenverzeichnis

Literatur:

Albert, M., (1998). Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg. Genehm. Diss.

Zitiert:

1. Hirsch, H., Zander, J.(b): Belastungen in der Krankenpflege - 2. Teil, in: Die Schwester / Der Pfleger, 5/1991, S. 446-450
2. Bartholomeyczik, S.: Lebensqualität-Arbeitsqualität, in: Hauke, E./Ludwig Boltzmann-Forschungsstelle für Krankenhausorganisation (Hrsg.), Qualität im Krankenhaus, Wien, 1990, S. 363-382

Bamberg, E., Busch, C., Ducki, A., (2003). Stress - und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. 1. Auflage 2003, Bern, Verlag Hans Huber.

Zitiert:

1. Vollrath, M. (1997). Stressbewältigung und Persönlichkeit. Swiss Journal of Psychology, 56, (1), 3-19.
2. Antonovsky, A., (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco.
3. Schönpflug, W., Battmann, W., (1988). The costs and benefits of coping. In Fisher & J. Reason (Hrsg), Handbook of life stress, cognition and health. (p699-713). Chichester: Wiley

4. Weber, H., (1992). Belastungsverarbeitung. Zeitschrift für klinische Psychologie, 21, 17-27
- Beer, B., (Hg.), (2003). Methoden und Techniken der Feldforschung. 2003, Berlin, Dietrich Reimer Verlag GmbH
- Domnowski, M., (2005). Burnout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise. 2. Auflage 2005, Hannover, Brigitte Kunz Verlag.
- Zitiert:
1. Burisch, M., (1994). Das Burnout-Syndrom. Springer Verlag Berlin, Heidelberg 1994.
 2. Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D., (1993). Ausgebrannt – vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Klett-Cotta Verlag Stuttgart 1993
 3. Olschewski, A., (1995). Stress bewältigen. Haug Verlag, Heidelberg 1995.
 4. Scheppach, J. (1994). Der seelische Kampf, der Menschen gesund hält. In PM-Magazin 07/94. Verlag Gruner + Jahr, Hamburg, München 1994.
 5. Wagner-Link, A., (1993). Der Stress – TK Schriftreihe zur gesundheitsbewussten Lebensführung. Hamburg 1993
 6. Freudenberger, H., North, G., (1995). Burnout bei Frauen. Fischer Verlag, Frankfurt 1995.
- Janke, W., Erdmann, G., Boucsein, W., (1985). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF), Handanweisung. 1985, Göttingen, Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G., Kallus, K.W., Boucsein, W., (1997). Stressverarbeitungs-Fragebogen (SVF 120), Kurzbeschreibung und Grundlegende Kennwerte. 1997, Göttingen, Hogrefe.
- Kaluza, G., (2004). Stressbewältigung, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Nachdruck 2005, Heidelberg, Springer Medizin Verlag.
- Zitiert:
1. Florin, I., (1985). Bewältigungsverhalten und Krankheit. In H.D. Basler & I. Florin (Hrsg) Klinische Psychologie und körperliche Krankheit (S. 126-145). Stuttgart: Kohlhammer.
 2. Hüther, G., (1997). Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 3. Lazarus, R.S., Launier, R., (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen

- Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg) Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-259). Bern: Huber
4. Schwarzer, R., Leppin, A., (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe.
 5. Selye, H., (1936). A syndrom produced by diverse nocuous agents. Nature 138, 32.
 6. Seyle, H., (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzeptes. In J.R. Nitsch (Hrsg) Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 163-187). Bern: Huber
 7. Weber, H., (1993). Ärgerausdruck, Ärgerbewältigung und subjektives Wohlbefinden. In V. Hodap & Schwenkmezger (Hrsg) Ärger & Ärgerausdruck (S. 253-271). Bern: Huber.
 8. Weber, H., (1994). Ärger. Psychologie der alltäglichen Emotion. Weinheim, München: Juventa.
- Leiter, M.P., Maslach, C., (2005). Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern. 2007, Wien, Springer-Verlag
- Nebel, E., (2008), Interventionskonzept zur Stressbewältigung im Pflegebereich.
- Zitiert:
1. Furman, B., Ahola, T., Reteaming, Helsinki Brief Therapy Institute.
www.reteaming.com
 2. Merl, H., (1996). Das Gesundheitsbild. Video, Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg.
- Schmidlin, H., (2002). Arbeitszeitgestaltung im Rahmen des revidierten Arbeitszeitgesetzes, am Beispiel eines privaten Alters- und Pflegeheimes in Basel. Lizentiatsarbeit an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel.
- Zitiert:
- Büssing, A. et al (1997). Arbeitszeiten in der Krankenpflege im Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Normalität, in Büssing, A., (Hrsg): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege, Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Stadler, P., (2001/2006), Das Phänomen Burnout und was man dagegen tun kann.

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. (aktualisiert 2006).

Zitiert:

1. Demerouti, E. (1999). Burnout: Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten. Frankfurt: Peter Lang.
2. Burisch (1994). Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung (2. Aufl.). Berlin: Springer.
3. Cherniss, C., (1980) Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger
4. Maslach, C., Jackson, S. E.,(1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), Applied Social Psychology Annual (pp. 133-153). Beverly Hills, Ca: Sage.
5. Nerdinger, F.W., (1994). Dienstleistungspsychologie. Stuttgart: Poeschel.
6. Jüptner, H. (1993). Burnout: Gesundheitsbildung durch physische und psychische Aktivierung und Entspannung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 2, 93-97.

Zellhuber, B., (2003), Altenpflege – ein Beruf in der Krise. Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich, Dortmund, Univ., Diss. 2004.

Zitiert:

1. Becker, W., Meifort, B. (1997), Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berichte zur beruflichen Bildung Heft 200, Berlin/Bonn.
2. Güntert, B., Orendi, B., Weyermann, U. (1989), Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Startegien zur Verbesserung, Bern/Stuttgart/Toronto.
3. Jakob, A., Busse, A. et al. (2002), Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 5, S. 474-481, Darmstadt.
4. Rimann, M., Udris, I. et al. (1993), Belastungen und Gesundheitsressourcen

- im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie, Forschungsprojekt SALUTE. Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese. Bericht Nr. 3, Zürich.
5. Weisbrod-Frey, H. (1991), „Handlungsbedarf“ und „Handlungsmöglichkeiten“ zur Reduktion arbeitszeitlicher Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus und Heim. In Landau, Kurt (Hrsg.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim (S. 291 - 299). München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung
 6. Weyerer, S., Dilling, H. (1984), Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In: Nervenarzt 55, S. 30-42.
 7. Zimmer, A., (1997b). Auch Helfer brauchen Hilfe. Harter Arbeitsalltag gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals. In: Altenpflege Forum 5, S. 18-27, Hannover.
 8. Zimmer, A., Weyerer, S.,(1998). Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. KDA vorgestellt 64, Köln.

Zeitschriften:

- Chang, E.M., Daly, J., Hanock, K.M., Bidewell, J., (2006). The Relationship Among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics, and Health in Australian Nurses. Journal of Professional Nursing, Vol. 22, No I, 2006, pp 30-38, Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.
- Isikhan, V., Comez, T., Danis, M.Z., (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. European Oncology Society (2004) 8, 234-244, Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.
- Jenull-Schiefer, B., (2006). Gesundheitsförderung beginnt am Arbeitsplatz. Stress in der Altenpflege – Studie zeigt Schutzfaktoren. Pflegezeitschrift 2/2006, S. 118-121, Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.
- Kennedy, B.R., (2005). Stress and Burnout of Nursing Staff Working With Geriatric Clients in Long-Term Care. Journal of Nursing Scholarship, 2005; 37:4, 381-

382. Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.

Richaud de Minzi, M.C., Sacchi, C., (2005). Stressful Situations and Coping Strategies in Relation to Age. *Psychological Reports*, 2005, 97(2), 405-418.

Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.

Ryan, D., Quayle, E., (1999). Stress in psychiatric nursing: fact or fiction?

Nursing Standard 14, S.32-35

Usha Rani R., (1999). Stress amongst district nurses: a preliminary investigation.

Journal of Clinical Nursing 2000; 9: 303±309

Zimber, A., Rudolf, A., Teufel, S., (2000). Arbeitsbelastung in der Altenpflege reduzieren: Ein Trainingsprogramm für Mitarbeiter und Führungskräfte.

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 5 (2001), S. 401-7

Steinkopff Verlag. Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, Köln.

Internet:

Bernardi, M., Catania, G., Marceca, F., (2005). The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Infirm* 2005 Apr-Jun; 58(2):75-9. www.medline.de

Edwards, C., McLaren, S., Robinson, O., Whittock, M., (2002). Nursing workforce.

Skirting the issue. *Health Serv J* 2002 Feb21;112(5793):28-9. www.medline.de

Healy, C.M., McKay, M.F., (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies

and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced*

Nursing Vol.31, Nr.3, March 2000, pp 681-688/8. www.ingentaconnect.com

Hsieh, C.J., Hsieh, H.Y., Chen, P.H., Hsiao Y.L., Lee, S. (2004). The relationship

between hardiness, coping strategies and burnout in psychiatric nurses. *Hu Li*

Za Zhi (China 2004 Jun; 51(3):24-33. www.medline.de

Jaracz, K., Gorna, K., Konieczna, J. (2005). Burnout, stress and styles of coping

among hospital nurses. *Rocz Akad Med Bialymst* 2005;50 Suppl 1:216-9.

www.medline.de

Pelikan, J.M., Krajik, K., Lobnig, H., (1994). *Gesundes Krankenhaus, Strategien zur*

Verbesserung der Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus, ein

Literaturbericht, Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheits-

soziologie im Auftrag des Forums Gesundes Österreich. www.univie.ac.at

- Reidl, S., Schaffer, N., Woitech, B., Gendernow: Chancengleichheit im Pflegebereich. Wien, Nov. 2006. www.gendernow.at
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H-M., Kümmerling, A., Büscher, A., Müller, B.H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland Universität Wuppertal. www.next.uni-wuppertal.de
- Xu, CY., Wang, P., Zheng, ZH., Zhang ZL. (2006). Relativity between occupational stress and psychosocial factors in nurses. In Process Citation. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi 2006 Dec;24(12):745-8. www.medline.de