

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG
IN DER INTENSIVPFLEGE**

24.November 2008 bis 27.November 2009

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, Copingstrategien
und Berufsmotivation von Pflegenden im Intensivbereich**

vorgelegt von: Bernhard Putzinger
 LKH Klagenfurt
 Intensivstation Ost

begutachtet von: Osr. MMag. Dr. Maria Warmuth
 LKH Villach
 Neurologie

12. September 2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

.....

Klagenfurt, 12.09.2009

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Pflegenden im Intensivbereich. Darüber hinaus werden individuelle Copingstrategien als gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie die Berufsmotivation der Pflegekräfte beschrieben. Es wird näher auf den Stand der Forschung im Hinblick auf Stressoren und Stressreaktionen sowie deren Auswirkungen auf das Pflegepersonal eingegangen. Zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitszustandes, den Hilfen zum Stressabbau und zur Berufsmotivation, wurde ein theoriegeleiteter Fragebogen entwickelt. Die Befragung wurde an diplomierten Pflegekräften (n = 22) mit Zusatzausbildung in der Intensivpflege durchgeführt. Das Alter der Befragten liegt zwischen 24 und 37 Jahren. Der Durchschnitt der Befragten ist seit 6,6 Jahren an Intensivstationen tätig. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zeigen eine positive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes der TeilnehmerInnen. Körperliche Aktivitäten und Unterstützung durch die Familie helfen den Probanden Stress abzubauen, um die Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Als Hauptmotivation in einem pflegeintensiven Bereich zu arbeiten, werden folgende Gründe angeführt: die speziellen Tätigkeiten am Patienten, gefolgt von der fachlichen Herausforderung, die dieser Spezialbereich bietet und schlussendlich ist auch das Gehalt ein Motivationsgrund für eine berufliche Tätigkeit auf einer Intensivstation.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	
5	
1. EINLEITUNG	6
2. GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND RISIKOVERHALTEN	7
2.1 Begriffsdefinitionen	8
2.2 Einflussfaktoren	10
2.2.1. Persönlichkeitsmerkmale	11
2.2.2. Gesellschaftlicher Einfluss	11
2.2.3. Arbeitsbedingungen	12
2.2.4. Private Lebensführung	13
3. STRESSOREN UND STRESSTHEORIE	
14	
3.1 Stressdefinitionen	14
3.2 Stressreaktionen	15
3.3 Belastungen in der Pflege	19
4. COPING	20
4.1 Gesundheitsfördernde Maßnahmen	21
4.2 Maßnahmen zur Stressbewältigung	23
5. MOTIVATION	24
5.1 Begriffsdefinition	24
5.2 Bedürfnispyramide nach Maslow	26
5.3 Zwei Faktoren Theorie nach Herzberg	27
6. EMPIRISCHER TEIL	29
6.1 Mitarbeiterbefragung	29
6.2 Ergebnisse	30
6.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	33
7. ZUSAMMENFASSUNG	34
8. LITERATURVERZEICHNIS	35
9. ANHANG	37
Anhang 1: Fragebogen	

VORWORT

Die intrinsische Motivation um diese Arbeit zu verfassen, ist meine langjährige Erfahrung und Arbeit mit PatientInnen auf der Intensivstation. Durch die Technisierung der Medizin – d.h. die ständige Neuerungen von Maschinen, wie Beatmungsgeräte oder Dialysegeräte – wurde auch die Pflege der PatientInnen zusehends technisierter. Durch die technischen Veränderungen entstand für das Intensivpflegepersonal, zusätzlich zu der adäquaten und professionellen Hilfe der schwer erkrankten oder verletzten Patienten, eine Mehrbelastung. Diese zusätzliche Belastung und die veränderten Arbeitsbedingungen hatten Auswirkungen auf den gesundheitlichen – psychisch wie physischen – Zustand des Personals. Durch den aufkommenden Stress und die Überforderung verließen viele MitarbeiterInnen die Abteilung bzw. gingen für längere Zeit in den Krankenstand.

Diese Veränderungen im Intensivpflegebereich sind der Motivationsgrund für das Verfassen dieser Abschlussarbeit. Die vorliegende Arbeit sollte aufklären und darauf hinweisen, dass der Fokus nicht nur auf den PatientInnen liegen sollte, sondern, dass auch das Personal in Überlegungen die Gesundheit betreffend miteinbezogen werden muss. Denn es stellt eine wesentliche Säule des Krankenhausbetriebes dar. Das Lesen dieser Abschlussarbeit sollte zum Nachdenken anregen. Im Gegensatz zu bereits publizierten Arbeiten, in denen es um Krankheiten oder Behandlungsmethoden geht, sollte sich diese Abschlussarbeit speziell dem Krankenpflegepersonal auf der Intensivstation widmen.

Klagenfurt, am 12.09.2009

Bernhard Putzinger

1. EINLEITUNG

Klitzing (1995) meint, dass sich das pflegerische Tun dem Menschen in seiner Ganzheit verpflichtet und dass es dadurch zu einer großen Nähe zwischen Krankenpflegepersonal und PatientInnen kommt. Das Krankenpflegepersonal kann sich nicht hinter Diagnosen, Befunden und Apparaten verstecken, sondern es ist dauernd mit den menschlichen Bedürfnissen, den Gefühlen, Ängsten und Hoffnungen der PatientInnen konfrontiert. Krankenpflegende sind auch oftmals Vermittler zwischen den Bedürfnissen der PatientInnen und der wissenschaftlichen Medizin. Dies kann einerseits motivierend, aber andererseits auch sehr belastend sein. Die Krankenpflege hat somit keine einfache Position, denn sie muss mit der Technisierung der Medizin mithalten und darf doch nicht das Menschliche in der Krankheit und im Sterben aus den Augen verlieren. Dies kann zu Überforderung der Pflegepersonen führen, zumal sie oftmals in dieser Situation alleine gelassen werden (vgl. Klitzing, 1995, S.14 ff).

Diese Überforderung erzeugt Stress, der durch verschiedenste Faktoren beeinflusst wird. Wenn also diese Faktoren, die bekanntlich Stress auslösen, über längere Zeit bestehen bleiben und nicht durch Copingstrategien neutralisiert werden, kann es unweigerlich zum „Burnout Syndrom“ kommen. Gerade da das Krankenpflegepersonal eine so wesentliche und wichtige Rolle im Krankenhaus spielt, und das Bindeglied zwischen Medizin und Patienten repräsentiert, will diese vorliegende Arbeit den Fokus darauf richten, wie es dem Personal mit seiner zugeschriebenen Rolle geht.

Darum beschäftigt sich diese Arbeit mit der Erforschung der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Pflegenden im Intensivbereich und geht der Frage nach, welche individuellen Copingstrategien Pflegende anwenden, um Stress abzubauen.

Darüber hinaus werden auch Gründe erhoben, die entscheidend für die Berufsmotivation der Pflegenden im Intensivbereich sind.

Im Hinblick auf die Zukunft – demografische Entwicklungen, Überalterung der Bevölkerung – sollte auf die Gesundheitserhaltung des Personals mehr geachtet werden. Nur wenn eine Pflegeperson gesund ist, kann diese eine qualitativ hochwertige Arbeit am Patienten leisten, damit dieser rasch wieder nach Hause entlassen werden kann. Die Abschlussarbeit gliedert sich in zwei größere Teilbereiche. Der erste Teil widmet sich der Theorie und der zweite stellt die durchgeführte empirische Studie vor.

Das Theoriekapitel beschränkt sich auf deutschsprachige Literatur, da deren Inhalte am besten auf die Strukturen der Intensivpflege anwendbar sind. Als Grundlage für die Bearbeitung dieses Themas, wurden eine Reihe von Fachbüchern, die das Thema ausführlich beschreiben, herangezogen.

2. GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND RISIKOVERHALTEN

Krankenpflege bewegt sich in ihren Aufgabenbereichen zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit; sie ist also beiden verpflichtet.

Tätigkeiten, die sich auf Krankheit beziehen, sind beispielsweise die Pflege von Wunden, die Verabreichung von Medikamenten, die Überwachung und die Kontrolle der Vitalzeichen des Patienten auf der Intensivstation. Tätigkeiten, die eher zur Gesundheitspflege zählen, sind Körperpflege, Mundpflege, Mobilisation, Ernährungshilfestellung, Hilfe bei der Orientierung sowie Information und Aufklärung (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 11).

Wenn ein Patient gewaschen bzw. dabei unterstützt wird, dann, weil er krank und selbst dazu nicht in der Lage ist. Gleichzeitig aber besteht die Absicht, seine gesundheitliche Funktion zu erhalten bzw. zu aktivieren. Die oben genannten Aufgabenbereiche können nicht nur nach Krankenpflege und Gesundheitspflege, sondern auch nach Tätigkeitsbereichen unterschieden werden – kurative Tätigkeitsbereiche, die eher auf Heilung bezogen sind sowie präventive Tätigkeiten, die eher auf Verhinderung von Krankheit gerichtet sind (Brieskorn-Zinke, 2006, S. 11).

Die Aufgabenbereiche „Gesundheit fördern“ und „Krankheiten verhüten“ sind eindeutig präventiv orientiert, während die beiden Aufgabenbereiche „Gesundheit wiederherstellen“ und „Leiden lindern“ auf Umgang mit der Krankheit gerichtet sind, in dem Pflegende unterstützend und begleitend tätig sind. In der Berufsrealität der Krankenpflege wird vorwiegend im Bereich der Krankheitsbewältigung gearbeitet. Brieskorn-Zinke (2006) meint, dass es für präventives Handeln, wie zum Beispiel der Gesundheitserziehung, der Gesundheitsberatung und andere Bereichen der Gesundheitsförderung, oft nur wenig Spielraum und auch Voraussetzungen gibt. Als Resümee kann festgestellt werden, dass die Krankenpflege sich auf Menschen bezieht, die sich zwischen Gesundheit und Krankheit bewegen. Gesundheit und Krankheit sind dynamische Größen ohne scharfe Trennlinien.

Wie es verschiedene Ausprägungen von Krankheit gibt, so existieren auch unterschiedliche Ausprägungen und Abstufungen von Gesundheit – sowohl bei den PatientInnen als auch bei den Pflegenden. Krankheits- und Gesundheitsbilder bestimmen das Handeln in der Pflege. In der theoretischen Weiterentwicklung der Pflege spielt der Fokus auf die Gesundheit eine wesentliche Rolle. Oberstes Ziel in der Gesundheits- und Krankenpflege sollte eine größtmögliche Gesundheit des einzelnen Patienten und seiner Umgebung sein. Mit dieser Zielsetzung wird deutlich, dass die Krankenpflege als Profession auch den gesellschaftlichen Auftrag übernimmt, die Gesundheit aller Menschen zu fördern. Während in der Medizin der Schwerpunkt auf der Heilung von Krankheiten gerichtet ist, richtet die Pflege heute ihren Schwerpunkt wieder neu auf die Gesundung und auf die Gesundheit der ihr anvertrauten Personen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 14).

2.1. Begriffsdefinitionen

Der Begriff Gesundheit kommt vom lateinischen Wort „sanitas“ und bedeutet körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden.

Gesundheit ist ein Zustand, der nicht nur einen bestimmten Teil unseres Lebens betrifft. Sie hat sehr viel mit dem Körper zu tun, dennoch sind auch andere Bereiche, wie die Seele, der Geist, die Umwelt, wichtig und haben großen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen. Gesundheit ist daher als ein mehrdimensionaler Begriff zu verstehen. Alle angeführten Bereiche stehen miteinander in Beziehung und wirken auf das Individuum. Gesundheit ist ein ganzheitliches Konzept; dies bringt auch die WHO in ihrer Definition zum Ausdruck (vgl. Steinbach, 2007, S. 24). Nach Ohm (1997) und Steinbach (2007) formulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1946 zu ihrer Gründungszeit folgende Definition:

„Gesundheit ist ein Zustand völliger physischer, geistiger und sozialen Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Sich am bestmöglichen Gesundheitszustand zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Ansehen der Rasse, Religion, politischer Überzeugung, ökonomischer und sozialer Situation“ (vgl. Ohm, 1997, S. 11 und Steinbach, 2007, S. 27). Steinbach (2007) schreibt weiter, dass die WHO im Laufe der Jahre ihre Definition weiterentwickelte, wobei auch persönliches Empfinden, d.h. wie jeder Mensch individuell Gesundheit erlebt, Eingang in die Überlegung fand.

Diese Entwicklung führte zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Themas.

Nach Schorr (1995, zit. n. Ohm 1997, S. 12) beinhaltet der heute gängige Gesundheitsbegriff drei Aspekte:

- Gesundheit stellt einen Zustand dar, der sich medizinisch feststellen lässt. Dadurch ist Gesundheit auch ein „objektivierbares“ und nicht nur ein subjektives Empfinden.
- Gesundheit beinhaltet die Fähigkeit zur optimalen Anpassung an Anforderungen der Umwelt.
- Gesundheit bedeutet außerdem zielgerichtete Aktivitäten und Veränderungen der Umwelt im Sinne von Selbstverwirklichung (Ohm, 1997, S. 12).

Der Gesundheit wird im täglichen Leben wenig Bedeutung geschenkt; erst wenn sie angeschlagen ist d.h. wenn eine Krankheit bzw. ein Leiden auftritt, wird sie thematisiert. Diesen negativen Ansatz versucht man in der Gesundheitsförderung durch einen positiven zu ersetzen. Die Gesundheitsförderung möchte, dass sich jeder Einzelne seiner Gesundheit bewusst wird. Es sollte begreiflich gemacht werden, wie viel an Wert Gesundheit hat, damit sie geschützt wird. Ein Blick auf die persönlichen Vorstellungen von Gesundheit reicht aus, um positive als auch negative Ansätze erkennen zu können. Ein positiver Ansatz wäre, wenn festgestellt wird, was Gesundheit ist und welchen Wert sie für den Menschen hat. Ein negativer wäre, wenn darauf hingewiesen wird, was sie nicht ist. Bei beiden Ansätzen kann es um körperliche als auch seelische Einflüsse auf die Gesundheit gehen. Nietzsche (zit. n. Steinbach 2007, S. 29) stellt dazu fest: „Gesund ist, wer vergessen hat, weil er seine Behinderung nicht mehr spürt“.

Steinbach (2007, S. 32) verweist auf Mussmann (et al, 1993), der den Begriff „Gesundheit“ beforschte. Als Ergebnis der Studie kategorisierten sie drei Gruppen von Menschen, die auf unterschiedliche Art und Weise mit Gesundheit umgehen:

- „Normale“ Gesunde: Die Menschen geben an, bisher nicht krank gewesen zu sein und nicht viel zu unternehmen, um gesund zu bleiben. Sie machen sich wenig Gedanken um ihre Gesundheit, vertrauen bei Belastungen zunächst auf sich selbst und verlassen sich ansonsten darauf, „einfach gesund zu sein“.
- „Präventiv“ Gesunde: Diese Personen tun aktiv etwas für ihre Gesundheit. Sie vermeiden Risikofaktoren (wie ungesundes Essen, Nikotin, Alkohol) und sorgen mit gezielten Maßnahmen (Sport, ausreichenden Schlaf) für eine Stabilisierung des

Organismus.

Sie geben an, lustbetont, aber gleichzeitig bewusst und zielstrebig zu leben.

Sie bemühen sich um eine Übereinstimmung zwischen Seele und Körper, um eine positive Einstellung und um Sinnfindung in ihrem Leben.

- „Gesunde nach Lebenskrisen“: Diese Menschen haben zum Teil schwere Lebenskrisen oder Belastungen bewältigt. Sie konnten ihrem Leben einen neuen Sinn verleihen und haben ihre Gesundheit wiederhergestellt beziehungsweise sind gar nicht mehr krank geworden (Steinbach, 2007, S. 32).

Krankheit und Behinderung werden traditionell als Gegenteil von Gesundheit gesehen. Diese Sichtweise betrachtet Gesundheit und Krankheit als gegenteilige, sich ausschließende Zustände. Heute jedoch werden Krankheit und Gesundheit nicht mehr als völlig voneinander getrennte wahrgenommen. Man kann sie sich vielmehr als Endpunkt einer langen Strecke mit fließendem Übergang vorstellen. In der zeitgemäßen Gesundheitslehre sind Krankheit und Gesundheit zudem keine statischen Zustände menschlichen Seins mehr. Sie kommen und gehen und müssen daher immer wieder neu gewonnen oder bekämpft werden (Schäffler, 1998, S. 4).

2.2. Einflussfaktoren

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur von einzelnen Faktoren abhängig, sondern sie sind auch das Ergebnis von Wirkungen bestimmter Einflüsse.

Solche Einflüsse sind zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale (individuelle Verhaltensweisen, Vererbung, psychische Besonderheiten), aber auch gesellschaftliche Faktoren (Armut, Arbeitslosigkeit, Bildung, familiäre Situation), Arbeitsbedingungen (Arbeitsplatz, betriebliche Kommunikation) und private Lebensformen (Familienstand, Familienkonstellation). Daher ist es auch die Aufgabe der Gesundheitsförderung, sich mit diesen Dimensionen und Faktoren auseinander zu setzen (Steinbach, 2007, S. 33).

2.2.1. Persönlichkeitsmerkmale

Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale können sich auf die Gesundheit des Menschen auswirken; dies bedeutet, dass mögliche Risikofaktoren Einfluss auf den Krankheitsverlauf und auf die späte Genesung haben. Als Krankheitsursache wurden folgende Faktoren (Filipp/Aymanns, 1997 zit. n. Steinbach, 2007, S. 34) identifiziert:

- Individuelle Verhaltensweisen
- Vererbung
- Körperliche Besonderheiten
- Psychische Besonderheiten
- Umweltfaktoren

Nach Steinbach (2007) konnte in den verschiedensten empirischen Untersuchungen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gesundheit und den individuellen Persönlichkeitsmerkmalen festgestellt werden. Dies ist jedoch mit Vorsicht zu genießen, denn die Zusammenhänge können nicht die Kausalität zwischen Persönlichkeit und Krankheit erklären. Das bedeutet: es mag ein rechnerischer Zusammenhang zwischen einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen und bestimmten Krankheiten bestehen, ob die Persönlichkeitsmerkmale aber auch die Ursache für die Krankheiten sind, ist damit noch nicht geklärt (vgl. Steinbach, 2007, S. 34).

2.2.2. Gesellschaftlicher Einfluss

Steinbach (2007) schreibt in ihrem Lehrbuch, das sie auf viele Forschungsergebnisse zurückgreift, dass es einen engen Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher und sozialer Lage eines Menschen und seiner Lebenserwartung gibt. Sozial benachteiligte Menschen in unserer Gesellschaft zählen zu den gefährdeten Gruppen. Sie leiden eher unter chronischen, degenerativen Krankheiten und Infektionskrankheiten. Auch in der Schizophrenieforschung wurde festgestellt, dass es in dieser Bevölkerungsschicht eine Korrelation zwischen psychischer und schizophrener Erkrankung gibt. Viele Menschen gehen oft sehr (gesundheits-) belastenden Arbeiten nach – üben mehrere Jobs aus oder arbeiten in der Nacht und haben eine falsche Ernährung. Zusätzlich sind viele enormen

Umweltbelastung ausgesetzt.

Negative Auswirkungen können auch niedriges Selbstwertgefühl, mangelnde Bildung oder eine schwach entwickelte Fähigkeit zur Problem- und Konfliktlösung haben. Die Ursache für ihre verminderte Lebenserwartung liegt darin, dass es diesen Menschen besonders schwer fällt, auf ihre Ressourcen zurückzugreifen, um mit ihren Belastungen fertig zu werden. Viele Betroffene können sich oft nur mangelhaft ausdrücken – Kommunikative Kompetenzen wären jedoch wichtig und hilfreich, um sich mit anderen auszutauschen und über Probleme zu sprechen. Daher können sie psychische Belastungen nicht gut verarbeiten. Es ist also das Verhältnis zwischen Belastung und Ressourcen, das darüber entscheidet, ob man krank wird oder gesund bleibt (vgl. Steinbach, 2007, S. 37).

2.2.3. Arbeitsbedingungen

Der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen und der eigenen Gesundheit liegt auf der Hand. Die meisten Menschen verbringen ein Drittel ihres Tages an ihrem Arbeitsplatz. Es ist somit einleuchtend, wenn es hier zu Problemen kommt, dass sich diese auf die Gesundheit auswirken. Dieser Zusammenhang kann durch empirische Untersuchungen belegt werden. Kornhauser z. B. führte in Detroit/USA eine Untersuchung an Arbeitern durch, in der es um physische Belastung, Aufstiegschancen im Beruf und um die Entfaltung persönlicher Fähigkeiten ging. In der Befragung korrelierten Selbstverwirklichung und Aufstiegschancen am stärksten mit persönlicher Zufriedenheit, geringen Fehlzeiten und guter gesundheitlicher Verfassung. In der heutigen Zeit geht es weniger um schwere körperliche Arbeit (Bergbau) oder Schadstoffe und andere chemisch-physikalische Einflüsse, denen man am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, sondern vielmehr um Probleme in der kommunikativen Ebene. Faktoren, die heutzutage in der Arbeitswelt eine größere Rolle spielen und zur Belastung werden können, sind die Entfaltung des eigenen Potentials oder die Unter- bzw. Überforderung. Die Fähigkeit, Konflikte auf verbaler Ebene, also mithilfe von Sprache zu lösen, ist für die Erhaltung der Gesundheit in der heutigen Gesellschaft ein wesentlicher Punkt geworden (vgl. Steinbach, 2007, S. 39).

2.2.4. Private Lebensführung

Nach Steinbach (2007) beweisen Studien, dass sich die Ehe am günstigsten auf die Erhaltung der Gesundheit auswirkt. Verheiratete Personen leben statistisch gesehen länger als ledige, geschiedene oder verwitwete Personen. In einer interessanten Studie zeigt sich, dass verheiratete Männer seltener an psychischen Erkrankungen leiden. Das Untersuchungsergebnis würde den Schluss nahe legen, dass dies auch für Frauen gilt. Dem ist jedoch nicht so, denn diese sind häufiger von psychischen und psychosomatischen Beschwerden betroffen. Auch bei Kindern wurden Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Familie belegt. Die ungünstigste Familienkonstellation „Ein-Eltern-Familie“ stellt einen Risikofaktor für die Gesundheit dar. Das kommt nicht daher, dass nur ein Familienteil das Kind betreut, sondern dass sie vielen Belastungen ausgesetzt sind, die kompensiert werden müssen. Nach der Trennung kommen Mütter meist in einen Versorgungsengpass. Hinzu kommen noch emotionale und soziale Probleme, die gelöst werden müssen. So entsteht eine Überforderung für den Erziehungsberechtigten, der das Kind versorgen muss. Werden in der Familie ältere oder behinderte Menschen gepflegt, kann das auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Die meist sehr aufwendige Pflege hat psychische, physische und zeitliche Belastungen für die gesamte Familie – hauptsächlich sind davon jedoch Frauen betroffen (vgl. Steinbach, 2007, S. 40).

3. STRESSOREN UND STRESSTHEORIEN

In dem folgenden Kapitel geht es um die Stressdefinitionen, wobei kurz der positive Stress (Eustress) und der negative Stress (Distress) mit praktischen Beispielen erläutert werden. Danach folgen nähere Ausführungen zu den Stressreaktionen, die erstmals vom kanadischen Forscher Hans Selye erforscht wurden. Den Ausführungen von Selye wird das transaktionale Stressmodell von Lazarus gegenübergestellt. Als Abschluss dieses Kapitels werden die Belastungen in der Pflege beschrieben.

3.1. Stressdefinitionen (Distress und Eustress)

Nach Litzcke und Schuh (2007) ist der Begriff Stress seit mehr als 40 Jahre ein öffentliches Thema und daher mehr als eine gesellschaftliche Modeerscheinung. Immer mehr Menschen erkennen oder erahnen zumindest, dass die Art und Weise wie sie ihr Leben führen – unter den gegebenen ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen – gravierende Auswirkungen auf ihre körperliche und seelische Gesundheit hat. Die Wissenschaft hat immer mehr Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen sozioemotionalen Belastungserfahrungen und der physischen und psychischen Gesundheit in Erfahrung gebracht. Es wird gesellschaftlich angesehen und akzeptiert keine bzw. wenig Zeit und einen vollen Terminkalender zu haben. Jeder hat Stress – so etwa der Vater mit seinen Arbeitskollegen oder die Tochter in der Schule. Meist werden banale Ursachen mit Stress verknüpft, und die Gefahr wächst, die Folgen von echtem Stress zu bagatellisieren. Die Weltgesundheitsorganisation hat Stress daher zu einer der großen Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts erklärt. Sie beziffert die Stressfolgekosten alleine in Deutschland auf beeindruckende 20 Milliarden Euro pro Jahr mit steigender Tendenz. Jeder kennt Situationen, in denen mit Überforderung, Hektik und Nervosität auf Stress reagiert wird. Dies zeigt sich durch Ärger, Wut, Ohnmacht und Niedergeschlagenheit. Im Normalfall kann man mit diesen Situationen gut umgehen. Belastungen werden erst zum Problem, wenn Zeitdruck, und Überforderung Dauerstress erzeugen. Dieser beeinträchtigt das Wohlbefinden, schränkt unsere geistige Leistungsfähigkeit ein und gefährdet unsere Gesundheit. Veränderungen erzeugen bei vielen Menschen Stress, besonders dann, wenn

diese sich ausgeliefert fühlen und die Kontrollmöglichkeit über die Situation verlieren.

Der Wandel der Arbeitswelt fordert seinen Tribut und es zeigt sich die negative Seite des Stress. Dieser negative Stress wird „Distress“ genannt (vgl. Litzcke/Schuh, 2007, S. 3).

Aber Druck und Anspannung müssen nicht immer krank machen, denn sie gehören zum alltäglichen Leben dazu und erfüllen wichtige Aufgaben. Die Stressreaktion ist ein hoch entwickeltes System, das der Mensch mit höheren Tieren gemeinsam hat. Stressreaktionen sind lebensnotwendig. Wir wollen in unserem Leben gefordert werden und unser Können unter Beweis stellen – auch das beinhaltet Stress, der jedoch nicht schädlich, sondern motivierend sein kann. Wir können z. B. zufrieden von der Arbeit nach Hause zurückkehren, wenn wir uns für eine Sache einsetzen konnten.

Jeder kennt das Gefühl von positivem Stress – wenn man etwa bei der Arbeit so richtig gefordert wird und ein wenig an seine Grenzen geht. Diese positive Seite des Stress wird „Eustress“ genannt. Je einfacher die Arbeit ist bzw. je unterforderter man sich fühlt, desto seltener macht man die Erfahrung mit Eustress. Während leitende Angestellte öfter Eustress im Beruf, aber auch im Privatleben erleben, so empfinden angelernte Arbeiter diesen nur selten. Im Gegensatz zum negativen Distress, wo es zu Anspannung und zur physischen Vorbereitung zum Kampf oder zur Flucht kommt, ist der Eustress eher motivierend und mobilisiert Energie (vgl. Litzcke/Schuh, 2007, S. 3). Wir kennen ihn als „Lampenfieber“ oder „Nervenzitter“ mit genau jenem Maß an Spannung, das aktiviert, statt zu hemmen. Herausforderungen zu Höchstleistungen, die zum Beispiel von AbenteurerInnen, SchauspielerInnen, aber auch DenksportlerInnen angenommen werden, bewirken Euphorie und letztendlich Zufriedenheit.

3.2. Stressreaktionen

Stressreaktionen können sowohl physiologisch als auch psychisch sein. Der erste moderne Forscher, der die Auswirkungen von andauerndem Stress auf den Körper untersuchte, war der Kanadier Hans Selye. Er fand heraus, dass Reize bei Menschen und Tieren auf verschiedenste Weise verarbeitet werden. Er entdeckte die sogenannten Verarbeitungsmechanismen. Sein Modell zeigt, dass Erkrankungen nicht aufgrund spezifischer Einflüsse auf den Organismus entstehen, sondern sich aus unspezifischen

Reaktionen auf Reize entwickeln. Er ist überzeugt, dass die Art des Reizes – ob angenehmen oder unangenehm für den Stress – nicht von wesentlicher Bedeutung ist. Vielmehr kommt es auf das Ausmaß an, in dem Anpassung oder Wiederanpassung erforderlich sind. Es kann sein, dass ein Organismus nicht angemessen reagiert. Die Folge wäre Krankheit bzw. Symptome einer Krankheit (vgl. Steinbach, 2007, S.95).

Daher verlangen alle Stressoren nach Anpassung bzw. Adaption. Ein Organismus muss Unversehrtheit und Wohlbefinden erhalten oder zurückgewinnen, indem er die Homöostase wiederherstellt. Die Reaktion auf Stressoren wurde von Selye als das allgemeine Adaptionssyndrom bezeichnet. Es umfasst drei Stufen: eine Alarmreaktion, ein Widerstandsstadium und eine Stufe der Erschöpfung. Alarmreaktionen sind kurze Perioden körperlicher Erregung, die den Körper auf energische Aktionen vorbereiten.

Dauert ein Stressor an, tritt der Körper in das Stadium des Widerstandes – ein Zustand moderater Erregung. Während dieser Stufe kann der Organismus weitere schwächende Effekte der anhaltenden Stressoren ertragen und ihnen widerstehen. Dauert der Stress jedoch hinreichend lange an oder ist intensiv genug, gehen die Ressourcen des Körpers zur Neige und der Organismus geht in die Stufe der Erschöpfung über. Selye identifizierte einige Gefahren, die mit der Stufe der Erschöpfung einhergehen. Das Hormon, das durch die Nebenniere ausgeschüttet wird, spielt z. B. eine wichtige Rolle bei Stress. Auf lange Sicht hin gesehen schmälert die ständige Aktivierung des Hormons die Immunabwehr – die natürlichen Killerzellen können dann Krebszellen und andere lebensbedrohliche Infektionen nicht mehr ausreichend zerstören (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2008, S. 471).

Der Distress bringt gesundheitliche Folgen mit sich. Die Funktion der Immunabwehr ist in ihrer Funktion durch das ständig „gestresst sein“ enorm geschwächt.

Selye behauptet auch, dass Menschen in unserer hoch zivilisierten Gesellschaft immer noch – wie in der Frühzeit der menschlichen Entwicklung – mit Spontanität reagieren, ohne dass diese sichtbar wird oder ausgelebt werden kann. Diese ursprünglichen Reaktionen entziehen sich der direkten Kontrolle; sie sind also unwillkürlich und vom autonomen Nervensystem gesteuert. Oftmals genügt Furcht oder nur der Gedanke an schreckliche Situationen, um die gleiche hormonelle Reaktion auszulösen, die es auch in archaischen Gesellschaften beim Anblick von realen Gefahren gegeben hat. Heutzutage kommen Menschen leicht in den Zustand ständiger Alarmbereitschaft, der die Anpassungsfähigkeit des Organismus überfordert. Im Zusammenspiel mit andern gesundheitlichen Risiken, wie ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung, kann es zur Entstehung von chronischen

Krankheiten kommen (vgl. Steinbach, 2007, S. 96).

Im Gegenzug dazu, definiert der amerikanische Emotionsforscher Lazarus Stress als eine bestimmte Art von Beziehung zwischen einer Person und seiner ihn belastenden Umwelt. Dabei hat die Person ihre Ressourcen stark oder übermäßig beansprucht und ihr Wohlbefinden gefährdet. Stress wird transaktional aufgefasst. Wie sehr eine Person etwas belastet, hängt davon ab, wie schwer die Belastung empfunden wird und welche Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Belastung zu bewältigen. Tritt nun eine belastende Situation auf, so wird diese zunächst eingeschätzt. Es wird überlegt, wie sie verändert oder mit ihr umgegangen werden kann. Die vorhandene Strategie, die zur Bewältigung der Situation führt, kann dann im positiven Fall zu einer Wiederherstellung des seelischen und körperlichen Gleichgewichts bzw. der Gesundheit führen.

Jede Person bewertet Situationen bzw. deren daraus resultierenden unterschiedlichen Belastungen und damit auch deren Bedrohung auf die seelische und körperliche Gesundheit anders. Lazarus unterscheidet dabei drei Stufen.

Primäre Bewertung

Die primäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung der Situation oder des potenziellen Stressors. Die Situation kann entweder irrelevant, angenehm-positiv oder stressbezogen bewertet werden. Eine solche Beurteilung erfolgt vor dem Hintergrund der eigenen Sollwerte. Damit sind individuelle Ausprägungen menschlicher Grundbedürfnisse gemeint, die sich ein Mensch im Laufe seines Lebens aneignet – Bedürfnisse nach Liebe, Intimität und Zugehörigkeit. Sieht das Individuum seine Sollwerte durch bestimmte Situationen bedroht, konstatiert oder antizipiert es seine Soll-Ist-Diskrepanz, so liegt eine stressbezogene primäre Bewertung vor.

Diese wird wiederum unterteilt in Bedrohung, Schaden-Verlust und Herausforderung. Um von Stress in psychologischer Bedeutung sprechen zu können, muss eine dieser Bewertungen in der aktuellen Personen-Umwelt -Transaktion vorliegen. Schaden-Verlust bezieht sich auf die Wahrnehmung eines eingetretenen Schadens, wie eine körperliche Verletzung oder der Verlust eines geliebten Menschen. Die Person sieht ihre individuellen Soll-Werte durch diese Schädigungen gefährdet und reagiert mit Gefühlen von Wut, Ärger, meist auch mit Hilflosigkeit und Verzweiflung. Mit Bedrohung ist eine noch nicht eingetretene Schädigung gemeint, die erste antizipiert wird. Eine Person z. B. verliert ein

Familienmitglied – nun muss diese Person nicht nur den plötzlichen Verlust verarbeiten, sondern auch mit den auf sie zukommenden Anforderungen zurecht kommen.

Eine solche antizipierte Soll-Ist-Diskrepanz erzeugt Angst. Diese Herausforderung unterscheidet sich von den beiden vorher genannten darin, dass in der Bewertung nicht die tatsächlichen oder potentiellen Schädigungen bei einer Transaktion hervorgehoben werden, sondern vielmehr die zwar schwer erreichbare, vielleicht risikoreiche, aber mit positiven Folgen verbundene Bewältigung der Anforderung. Als Herausforderung angesehen wird die positive Bewältigung der schwierigen und riskanten Situation (vgl. Kaluza, 2004, S. 33).

Sekundäre Bewertung

Für die Auslösung einer Stressreaktion ist die Wahrnehmung einer bereits eingetretenen oder zu erwartenden Soll-Ist-Diskrepanz allein nicht ausreichend. Das Individuum muss darüber hinaus zu der Einschätzung gelangen, dass die jeweilige Soll-Ist-Diskrepanz durch die eigenen, routinemäßig zur Verfügung stehenden Regulationsmöglichkeiten nicht aufgehoben werden kann. Der Unterschied zwischen primärer und sekundärer Bewertung liegt darin, was bewertet wird. Sekundäre Bewertung bezieht sich auf die Einschätzung eigener Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten. Die beiden Bewertungen können sich zeitlich überlappen und gegenseitig beeinflussen. Beispielsweise wirkt sich die primäre Bewertung auf die sekundäre aus, indem sie je nach Bewertung spezifische Bewältigungsformen mobilisiert. Eine stressbezogene sekundäre Bewertung liegt dann vor, wenn die Person ihre Möglichkeiten als nicht ausreichend für eine Bewältigung der jeweiligen Anforderung einschätzt (vgl. Kaluza, 2004, S. 34).

Neubewertung

Sie bewirkt eine Änderung der ursprünglichen primären und sekundären Bewertung, aufgrund von neuen Hinweisen aus der Umgebung, Rückmeldung über die eigene Reaktion und deren Konsequenzen sowie neuen Überlegungen. Die Person befindet sich ständig in einer kontinuierlichen adaptiven Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die ablaufende Bewertung des Geschehens verändert sich ständig. So lässt sich gut vorstellen, dass die Bewertung einer bestimmten Arbeitsanforderung in Abhängigkeit von der Rückmeldung über den Erfolg und der eingesetzten Lösungsstrategie zwischen Herausforderung und Bedrohung oszilliert. Frühere Erfahrungen mit bestimmten

Stressoren beeinflussen den aktuellen Bewertungsprozess.

Eine Person kann aufgrund früherer Erfahrungen im Umgang mit Belastungen generell dazu neigen, jegliche Anforderung als Bedrohung ihres Selbstwerts zu interpretieren, oder dazu tendieren, eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu unter- oder auch zu überschätzen (vgl. Kaluza, 2004, S. 34).

3.3. Belastungen in der Pflege

Die Arbeit von Schwestern und Pflegern auf Intensivstationen ist oft von einer Vielzahl an psychischen und physischen Belastungen geprägt. Über diese Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege gibt es eine Reihe von Untersuchungen. Mergner (1990, S. 143) hält jedoch den Stand des Wissens über Arbeitsbelastungen im Krankenpflegebereich immer noch für unzulänglich. In der Regel thematisieren solche Untersuchungen zwar die psychischen und physischen Belastungen, die die Arbeit im Krankenhaus mit sich bringt; Psychophysische und psychosoziale Befindlichkeitsstörungen bleiben jedoch oft unbeachtet. Erschwerend kommt hinzu, dass Krankenpflege unter verschiedenen organisatorischen Rahmenbedingungen verrichtet wird und dadurch die Belastungsmerkmale unterschiedlich ausgeprägt sein können. Neben diesen objektiven Belastungskomponenten spielen das subjektive Empfinden der einzelnen Krankenpflegekraft und die persönlichen Bewältigungsmechanismen eine wichtige Rolle.

Aufgrund des gesellschaftlichen Wertewandels ist davon auszugehen, dass sich die subjektive Einschätzung von Arbeitsbelastung verändert hat: Belastungen, die noch vor Jahren als normal hingenommen wurden, werden heute als unzumutbar angesehen.

Für Krankenpflegekräfte auf Intensivstationen kommt neben der Technisierung der Medizin noch pflegerische Tätigkeiten, wie das Waschen des Patienten, hinzu. Auf kaum einer anderen Station bietet sich die Möglichkeit, sich so intensiv um einen kranken Menschen zu kümmern. Gleichzeitig jedoch werden auf kaum einer anderen Station die PflegerInnen so körperlich und seelisch gefordert (Hammel, 1992, S. 469). Zu den psychischen Belastungen kommen die physischen Anforderungen der Arbeit hinzu. In der Pflege lassen sich körperliche Arbeiten durch Heben, Tragen und Waschen der PatientInnen kaum vermeiden (Schäpers, 1987, S. 511 ff.). Aufgrund der Hektik des Stationsalltags können technische Hilfsmittel nicht sinnvoll eingesetzt werden.

Ergonomische Fehlbelastungen sind die Folge. Die körperlichen Belastungen werden durch langes Stehen und u. U. Laufen noch verstärkt.

Ein weiterer Stressfaktor sind sensorische Reize wie z. B. Lärm und grelles Licht. Die gesundheitlichen Folgen der psychischen und physischen Anforderungen lassen sich in Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten trennen. Als Befindlichkeitsstörungen werden am häufigsten Abgespanntheit, Energielosigkeit und das Gefühl, ausgelaugt zu sein, genannt (Pröll/Streich, 1984, S. 145). Erkrankungen aufgrund psychischer und physischer Arbeitsbelastungen sind nur schwer festzustellen. In der Untersuchung von Pröll und Streich (1984, S. 147) geben über 50 Prozent der Befragten einen zu niedrigem Blutdruck an. Als Folge der körperlichen Beanspruchung haben Krankenpflegekräfte ein erhöhtes Risiko an Rheuma-, Gelenk- und Bandscheibenerkrankungen.

4. COPING

Wenn zum Leben Stress dazugehört und chronischer Stress unser Leben beeinträchtigt und uns sogar töten kann, dann sollte man Bescheid wissen, wie man mit ihm umgeht. Der englische Begriff des „Coping“, der ins Deutsche übersetzt soviel wie „mit etwas zurechtkommen“ bedeutet, bezieht sich auf den Prozess mit inneren oder äußeren Anforderungen umzugehen, welche als einschränkend erlebt werden oder die Ressourcen eines Menschen übersteigen. Das Coping kann behaviorale, emotionale oder motivationale Reaktionen und Gedanken umfassen. Wie bereits im Kapitel 3.2. Stressreaktionen beschrieben, hat Lazarus ein transaktionales Stressmodell entwickelt, das in drei Bewertungsstufen gegliedert ist. Auch wenn die Copingreaktion bereits im Gange ist, werden die primären und sekundären Bewertungen weiter durchgeführt.

Führt die erste Reaktion nicht zum Erfolg und hält der Stress an, dann werden neue Reaktionen initiiert und ihr Effekt bewertet. Kognitive Bewertung ist ein Beispiel für eine Stressmoderatorvariable. Das sind Variablen, welche die Auswirkung von Stressoren auf eine gewisse Stressreaktion verändern. Sie filtern oder modifizieren die üblichen Effekte von Stressoren auf die Reaktion des Individuums.

In einer guten gesundheitlichen Verfassung können wir mit Stressoren besser umgehen, als wenn wir krank sind. Die Art, wie wir einen Stressor einschätzen, bestimmt welche Copingstrategien wir in einer potenziell stressigen Situation in Form von antizipatorischem Coping einsetzen. Die zwei Hauptwege des Coping definieren sich danach, ob das Problem direkt angegangen wird – das nennt man problemorientiertes Coping (instrumentelles) –

oder ob das mit Stress verbundene Unbehagen reduziert werden soll – das emotionsorientierte (palliatives) Coping (vgl. Gerring/Zimbardo, 2008, S. 481).

Diese beiden wichtigen Bewältigungs- oder Copingstrategien wurden bereits bei dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus erwähnt (siehe Seite 16 dieser Arbeit).

Personen, die eher einen instrumentellen bzw. problembezogenen Bewältigungsstil zeigen, sind dadurch gekennzeichnet, dass konkrete Aktionen unternommen werden; z. B. gezielte Informationssammlung, Handlungen, um die Bedrohung nicht zu verschärfen bzw. um die aktuelle Bedrohung abzuwenden. Als Beispiele dafür können Veränderungen der eigenen Arbeitsweise, Anneignung neuer Kompetenzen und Austragen von Konflikten genannt werden. Für emotionsbezogene Bewältigungsformen hingegen sind nicht direkte Handlungen, sondern Emotionsregulationen (z. B. Bagatellisierung, Ablenkung, aber auch die Einnahme von Psychopharmaka und Alkoholkonsum) charakteristisch, die zwar eine vorübergehende Entlastung mit sich bringen, die Ursache der Stressempfindung aber nicht verändern. Es konnte gezeigt werden, dass emotionsbezogenes Coping mit schlechterem Befinden einhergeht. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Personen zwar durchaus zu einer dieser Coping-Arten tendieren können, diese aber auch immer von der jeweiligen Situation abhängig ist. So wird Coping als dynamischer Prozess gesehen, der zum einen von den überdauernden Eigenschaften einer Person und ihren aktuellen Zuständen und zum anderen von der physikalischen und sozialen Umwelt abhängt (Nerdinger et al., 2008, S. 521). Je mehr unterschiedliche Strategien zur Verfügung stehen, desto besser klappt es mit dem Coping. Damit es erfolgreich verläuft, müssen die Ressourcen der wahrgenommenen Herausforderung angemessen sein. So trägt die Verfügbarkeit multipler Copingstrategien zur Anpassung bei, weil man mit hoher Wahrscheinlichkeit das Passende findet und daher das Stressereignis besser bewältigen kann (vgl. Gerring/Zimbardo, 2008, S. 481).

4.1. Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Im heutigen modernen Medizinsystem wird der Körper zunehmend Spezialisten überlassen. Die Fähigkeit, den eigenen Körper selbst zu entdecken und körperliche Prozesse selbst zu beobachten und zu beurteilen, ist zunehmend verloren gegangen. Selbstbeobachtung und sensible Körperwahrnehmung sind jedoch Voraussetzungen, die für gesundes mündiges Handeln wesentlich sind. Es muss wieder gelernt werden, den

Körper nicht mehr als Leistungsmaschine zu betrachten und zu behandeln, sondern vielmehr als das Zuhause der Empfindungen – sich selbst begegnen, und entdecken.

So können die positiven und die negativen Signale des Körpers angenommen, verstanden und mit ihnen selbstverantwortlich umgegangen werden (Brieskorn-Zinke, 2006, S. 24). Die Gesellschaft hat erkannt, dass es notwendig ist, sich und seinen Körper Gutes zu tun und die Gesundheit zu fördern bzw. den Körper gesund zu halten. Mit der Gesundheitsförderung meint man alle Maßnahmen, deren Ziel es ist, Gesundheit zu erlangen, zu verbessern und über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten. Wobei unter Gesundheit hier ein Zustand des Wohlbefindens verstanden wird, der sich aufgrund verschiedener Faktoren einstellt. Das bedeutet auch, dass Gesundheitsförderung ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag ist, der alle betrifft. Dieser Auftrag sollte auch nicht an einzelne Institutionen oder Personen delegiert werden. Wenn wir uns dies in einem kleinen Feld wie einem Krankenhaus näher anschauen, dann kann man erkennen, dass alle davon profitieren. Das Krankenhaus muss weniger Krankenstände bei den MitarbeiterInnen verzeichnen und ist dadurch niedrigeren Kosten ausgesetzt. Weiteres kann Gesundheitsförderung auch für jede Familie und jeden Einzelnen in wirtschaftlicher Hinsicht nützlich sein (Einkommen, Versicherungsprämien und -leistungen) und im emotionalen Bereich (persönliches Wohlbefinden). Auf jeden Fall ist die Gesundheitsförderung verbunden mit einem positiven Ansatz, der nicht mehr die Krankheit, sondern vielmehr die Gesundheit ins Zentrum der Bemühungen rückt. Der über Jahrzehnte bis heute praktizierte krankheitsentstehende Ansatz, weicht einem positiven gesundheitserzeugenden Ansatz.

Um dieses Umdenken zu ermöglichen, sollte als erstes die Kompetenz des einzelnen gestärkt werden. Pflegepersonen müssen für die Botschaft des eigenen Körpers sensibilisiert werden. Das Nachdenken über das eigene Gesundheitsverhalten steht dabei an erster Stelle. Weiters sollte auch ausreichend Motivation für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen im täglichen Leben vorhanden sein bzw. Bedingungen geschaffen werden, die solche Maßnahmen ermöglichen. Die Gesundheitsförderung legt das Hauptaugenmerk also auf die Erhaltung der Gesundheit. Sie beschäftigt sich nicht nur mit Risikogruppen, sondern umfasst die gesamte Gesellschaft in ihrem täglichen Leben (vgl. Steinbach, 2007, S. 15).

4.2. Maßnahmen zur Stressbewältigung

Viele sprechen von Stress und wie negativ sich dieser auf das Wohlbefinden und die menschliche Gesundheit auswirke, doch niemand ist bereit, etwas dagegen zu unternehmen. Deshalb sollten nun im Folgenden einige gezielte Maßnahmen aufgezählt und näher erläutert werden, die den Stress abbauen bzw. dazu beitragen können, ihn zu bewältigen. Denn ein großes Maß an Stress kann ertragen werden, wenn es dem Organismus gelingt, zwischenzeitlich immer wieder kurze Entspannungsphasen einzulegen. Diese Fähigkeit kann durch ein Entspannungstraining geübt werden. In einer Reihe von Untersuchungen konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass regelmäßige, systemische Entspannungsübungen das Immunsystem stärken.

Zuerst soll näher auf das autogene Training eingegangen. Es ist seit einem halben Jahrhundert bekannt und stellt eine Methode der konzentrierten Selbstentspannung dar. Diese Methode wird bereits seit Jahren in Ärztelepraxen und bei Psychologen erfolgreich durchgeführt. Die Wirksamkeit und die praktische Bedeutung sind heute unumstritten. Es ist eine Methode, um eine bewusste innere Ruhe und eine körperliche Entspannung zu erreichen. Ungeübte brauchen keine besonderen Vorkenntnisse, denn die dazu nötigen Fähigkeiten kann jeder Mensch erlernen. Folgende Auswirkungen hat das autogene Training auf den Körper: Erholung und körperlichen Entspannung, überschießende Körperreaktionen auf Gefühle oder Ereignisse (Herzklopfen, Schwitzen, Erröten) werden gedämpft, Selbstregulation der unwillkürlichen Körperfunktionen sowie die Entwicklung eines vegetativen Gleichgewichts, Stärkung der Abwehr- und Heilkräfte des Körpers, Leistungs- und Konzentrationssteigerung, Bewältigung von spezifischen Problemen durch formelhafte Vorsatzbildung. Zusammenfassend kann man sagen, dass durch das autogene Training eine Vielzahl seelischer und funktionell-vegetativer Störungen gebessert werden. Zu nennen wären Nervosität, innere Unruhe, Angstzustände sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Autogenes Training ist jedoch kein Allheilmittel und sollte keine Medikamente oder speziellen Therapien ersetzen. Darüber hinaus ist Entspannung selbst aber auch ein wichtiger gesundheitlicher Schutzfaktor. Gerade in der schnelllebigen und hektischen Zeit ist jede Zunahme der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit erstrebenswert (Mittag, 1996, S. 55). Ein wesentlicher Punkt in der Lebenssituation vieler Menschen ist

ein Zuwenig an körperlicher Aktivität und ein Zuviel an psychischer Belastung.

Die körperlichen Anforderungen im Beruf werden immer geringer und Maschinen übernehmen viele Funktionen, die vormals noch von Menschen ausgeführt wurden. Hilfsmittel wie Autos, Förderbänder und Fahrstühle bestimmen die Fortbewegung. Auf die Zunahme von Distressbelastungen und der gleichzeitigen Abnahme körperlicher Aktivität ist unser Körper nicht eingestellt. In der Vergangenheit verbrachte der Mensch 95 % seiner Zeit bei der Jagd oder bei der Sammlung von Essen. Auch die spätere Sesshaftigkeit und dem daraus resultierenden Ackerbau und der Viehzucht brachten starke körperliche Aktivitäten mit sich. Dadurch blieb man gesundheitlich fit. Auch heute noch bereitet sich der Organismus bei Stresseinflüssen auf körperliche Aktivität vor und stellt Energie bereit. Der Distress, der im Alltag entsteht, kann die aufgebaute Energie nicht biologisch sinnvoll in Bewegung umsetzen und wendet sich quasi gegen den Körper. Es entstehen erhöhte Blutfett- und Blutzuckerwerte und überschüssige Kalorien können nicht durch die Stoffwechsellmobilisation abgebaut werden. Durch Bewegung erweitern sich die Gefäße, die Neubildung von Gefäßen wird angeregt und die Sauerstoffversorgung der Organe nimmt zu. Es kommt zu einer besseren Blutzirkulation in den Venen und Arterien. Herzarbeit und Atmung werden ökonomischer (vgl. Ohm, 1997, S. 157).

5. MOTIVATION

Im folgenden Kapitel wird der Begriff der Motivation erklärt und die dazugehörige Theorie, die von Clark Hull entwickelt wurde. Danach wird auf die Bedürfnispyramide, die von Abraham Maslow formuliert wurde, näher eingegangen. Den Abschluss bildet die Zwei-Faktoren Theorie nach Herzberg mit den Kontext- und Kontentfaktoren.

5.1. Begriffsdefinition

Die Motivation ist der allgemeine Begriff für alle Prozesse, die der Initiierung, der Richtungsgebung und der Aufrechterhaltung physischer und psychischer Aktivitäten dienen. Das Wort Motivation stammt vom Lateinischen „movere“, was soviel bedeutet wie „bewegen“. Alle Organismen bewegen sich auf bestimmte Reize und Aktivitäten zu und von anderen weg, je nach Ausprägung ihrer Vorlieben und Abneigungen. Motivationstheorien erklären sowohl die allgemeinen Muster der „Bewegungen“ von

verschiedenen Spezies, einschließlich jener des Menschen, als auch die persönlichen Vorlieben und Verhaltensweisen (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 414).

Manche Motivationsformen scheinen sehr grundlegend zu sein: Wenn wir hungrig sind, dann essen wir und wenn wir durstig sind, trinken wir um unseren Bedarf zu decken. Die Theorie, dass viele wichtige Verhaltensweisen durch innere Triebe motiviert sind, wurde von Clark Hull entwickelt. Nach Hull sind Triebe internale Zustände, die als Reaktion auf physiologische Bedürfnisse des Lebewesens entstehen. Organismen versuchen, den Zustand des Gleichgewichts oder der Homöostase bezüglich biologischen Bedingungen wie Körpertemperatur oder Energieversorgung beizubehalten (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 416). Experimente haben aber auch gezeigt, dass das Verhalten nicht nur durch innere Triebe motiviert wird, sondern auch durch Anreize – äußere Reize oder Belohnungen, die keinen direkten Bezug zu biologischen Bedürfnissen haben. Menschliches Verhalten wird durch eine Reihe von Anreizen kontrolliert. Es kann erkannt werden, dass die Ursachen von Verhaltensweisen in einer Mischung aus internalen und externalen Quellen zu finden sind (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 418). Das Verhalten von Lebewesen kann u. a. durch ihre Instinkte erklärt werden. Instinkte sind vorprogrammierte Verhaltenstendenzen, die für das Überleben der Art von grundlegender Bedeutung sind.

Instinkte bieten ein Verhaltensrepertoire, das im Genmaterial jedes Lebewesens verankert ist. Im Jahr 1890 stellte William James in einer Annahme fest, dass sich Menschen mehr auf ihre Instinkte verlassen würden als Tiere; obwohl jedoch menschliche Instinkte gewöhnlich nicht nach festen Handlungsmustern ablaufen (vgl. Gerrig / Zimbardo, 2007, S. 418). Für James sind sowohl menschlicher als auch tierischer Instinkt zweckgerichtet. Sigmund Freud nahm an, dass Menschen Triebzustände erfahren, die aus Lebensinstinkten und Todesinstinkten entstehen. Er glaubte, dass der Drang jener Instinkte psychische Energie zur Befriedigung körperliche Bedürfnisse lieferte. Spannungen entstehen, wenn diese Energie nicht abgebaut werden kann. Diese Spannungen drängen Menschen zu Objekten oder Handlungen, die zum Spannungsabbau führen. Wenn Lebewesen beginnen, über ihr Verhalten nachzudenken – wozu vor allem Menschen neigen – entsteht Motivation auch durch Erwartung darüber, was wohl passieren oder auch nicht passieren wird. Denkende Lebewesen können entscheiden, manche Formen der Motivation sich selbst zuzuschreiben und andere der Umwelt (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 420).

5.2. Bedürfnispyramide nach Maslow

Der humanistische Psychologe Abraham Maslow formulierte die Theorie, dass grundlegende Bedürfnisse eine Hierarchie bilden. Nach Maslows Ansicht müssen die Bedürfnisse jener Hierarchieebene befriedigt sein, bevor die nächste Ebene erreicht werden kann. Die Bedürfnisse werden von „primitiv“ bis „fortgeschritten“ gereiht. Auf der untersten Ebene befinden sich die biologischen Bedürfnisse, wie etwa Hunger und Durst. Sie müssen erfüllt sein, bevor eine andere Nachfrage zu tragen kommen kann. Wenn biologische Bedürfnisse nach Befriedigung drängen, hängen andere also in der Warteschleife bis diese erfüllt wurden (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 421). Wenn die Grundbedürfnisse weitgehend befriedigt sind, dann kommt die nächste Ebene der Sicherheitsbedürfnisse. Wenn sich jemand nicht mehr Sorgen um Gefahr machen muss, dann werden wir durch Zusammengehörigkeitsbedürfnisse motiviert - Bedürfnisse nach Bindung, zu lieben und geliebt zu werden. Werden diese erfüllt, dann fühlt man sich sicher und entwickelt ein Gefühl der Zugehörigkeit. Auf der nächsten Ebene der Pyramide steht die Wertschätzung – hierzu gehört das Gefühl, sich selbst zu mögen, sich als kompetent und wirkungsvoll wahrzunehmen und das zu tun, was notwendig ist, um die Wertschätzung andere zu erhalten. An der Spitze der Hierarchie befinden sich Menschen, die satt, sicher, geliebt und liebend, selbstsicher, denkend und kreativ sind. Diese Menschen haben sich in ihrem Streben nach der vollen Entfaltung ihres Potenzials oder ihrer Selbstverwirklichung über die grundlegenden menschlichen Bedürfnisse hinaus entwickelt. Ein Mensch, der sich selbst verwirklicht, ist selbstbewusst, spontan und Veränderungen und Herausforderungen gegenüber aufgeschlossen (vgl. Gerrig/Zimbardo, 2007, S. 421).

Maslows Theorie ist eine besonders optimistische Sichtweise menschlicher Motivation. Das Herz der Theorie bildet das Bedürfnis jedes Individuums, sich zu entwickeln und sein größtmögliche Potenzial zu verwirklichen. Neben den Bedürfnissen, die Maslow aufführt, zeigt sich, dass Menschen Macht, Dominanz und Aggression zum Ausdruck bringen. Jeder weiß aus eigener Erfahrung, dass sich eine solch strikte Hierarchie, wie sie Maslow anführt, nur schwer halten lässt. Es ist beispielsweise sehr wahrscheinlich, dass man ab und an sein Hungerbedürfnis ignoriert, um ein höheres Bedürfnis zu befriedigen.

Maslows Modell sollte uns jedoch dazu dienen, Ordnung in unsere Bedürfnisse und unser motiviertes Handeln zu bringen (vgl. Gerring/Zimbardo, 2007, S. 421).

5.3. Zwei Faktoren Theorie nach Herzberg

Eine wegweisende Studie, die nach dem Ort ihrer Entstehung benannt wurde, ist die Pittsburgh-Studie. Herzberg und seine Mitarbeiter untersuchten, welche Anreize in einer Organisation wirken und welche Konsequenzen diese nach sich ziehen. Es können zwei Kategorieklassen angeführt werden:

- Kontextfaktoren und (extrinsische Faktoren)
- Kontentfaktoren. (intrinsische Faktoren)

Die Kontextfaktoren thematisieren Erlebnisse, die mit dem Arbeitsumfeld verbunden sind und außerhalb der Tätigkeit liegen (extrinsisch). Da die Kontextfaktoren an Unzufriedenheit gebundene Situationen gekoppelt sind, werden diese auch als Hygienefaktoren bezeichnet. Darin liegt der wesentliche Gedanke der Zwei Faktoren Theorie. Die medizinische Hygiene beseitigt Gesundheitsrisiken aus der Umwelt des Menschen und verhindert damit Krankheiten. Dem vergleichbar sollen Hygienefaktoren Unzufriedenheit in der Arbeit verhindern.

Wenn also das Gehalt als zu niedrig empfunden wird, die Zusammenarbeit mit KollegInnen nicht funktioniert, die Organisation und Politik des Unternehmens abgelehnt wird, dann führt dies zu Unzufriedenheit. Sind aber all diese Aspekte der Arbeitsumgebung hinlänglich erfüllt, entsteht daraus nicht Zufriedenheit, sondern ein neutraler Erlebniszustand, der als Nicht-Unzufriedenheit bezeichnet wird (vgl. Nerdinger et al, 2008, S. 430). Zufriedenheit erzeugen dagegen Kontentfaktoren. Diese Faktoren thematisieren Aspekte in der Arbeit / Tätigkeit (d. h. intrinsisch). Die Faktoren werden in erster Linie im Zusammenhang mit Erlebnissen außerordentlicher Zufriedenheit genannt und lösen Annäherungsverhalten aus. Motivation bedeutet aber allgemein Annäherung, daher werden die Kontentfaktoren auch als Motivatoren bezeichnet. Motivatoren führen zu Zufriedenheit. Werden diese jedoch nicht erfüllt, resultiert daraus nicht Unzufriedenheit, sondern wiederum ein neutraler Zustand – die Nicht-Zufriedenheit. Motivatoren und Hygienefaktoren werden demnach als zwei voneinander unabhängige Faktoren betrachtet, woraus sich der Name der Theorie ableitet (vgl. Nerdinger et al, 2008, S. 430). Dieses Modell wurde vielfach untersucht, wobei sich zeigte, dass es sich nur unter

bestimmten Bedingungen bestätigen lässt.

Die Ergebnisse der Pittsburgh-Studie lassen sich nur mit der Methode der kritischen Ereignisse nachweisen und das auch nur, wenn das gleiche Kategorieschema wie von Herzberg und seinen Mitarbeitern verwendet wird. Gerade dieses Schema ist sehr problematisch (vgl. Nerdinger et al, 2008, S. 430). So sind einige Hygienefaktoren doppeldeutig; z. B. können Gehalt oder Status subjektiv auch als Anerkennung interpretiert werden und wären dann Motivatoren. Außerdem ist das Modell nur gültig, wenn alle Aussagen der Befragten zusammengezählt werden – alle Motivatoren zusammen werden häufig im Zusammenhang mit positiven, alle Hygienefaktoren häufiger mit negativen Situationen genannt. Die grundlegende Idee der Theorie ist wohl auf einen „Artefakt der eingesetzten Methode“ zurückzuführen: Sollen Menschen rückblickend positive und negative Ereignisse aus ihrer Arbeit beschreiben, besteht die Neigung, extrinsische Faktoren für die Unzufriedenheit verantwortlich zu machen, intrinsische dagegen für die Zufriedenheit. Offensichtlich dient eine solche Erklärung auch der Stützung des eigenen Selbstbildes. Trotz dieser Begrenzung hat das Modell von Herzberg auch heute noch große Bedeutung für die Erklärung der Motivation.

Es widerspricht der in der Praxis weit verbreiteten Vorstellung, wonach die MitarbeiterInnen allein durch ökonomische, finanzielle Anreize zur Arbeit motiviert werden. Es ist der Verdienst von Herzberg und seinen Mitarbeitern, dass sie als erste die Bedeutung intrinsischer Aspekte der Tätigkeit für Zufriedenheit und Motivation der MitarbeiterInnen erkannt haben (Vgl. Nerdinger et al, 2008, S. 430).

6. EMPIRISCHER TEIL

In diesem Kapitel wird die, an 22 diplomierten Pflegefachkräften, durchgeführte Mitarbeiterbefragung über die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, den Copingstrategien und Berufsmotivationen von Pflegenden im Intensivbereich vorgestellt. Die Ergebnisse werden angeführt und abschließend interpretiert und zur Diskussion gestellt.

6.1. Mitarbeiterbefragung

Für die Erhebung der Daten und der Beantwortung der vorliegenden Fragestellung wurde eine quantitative Forschungsmethode gewählt, und zwar das spezielle Instrument des Fragebogens. Dieses Verfahren ist sehr ökonomisch, weil viele Personen zur gleichen Zeit befragt werden können. Da es um Selbsteinschätzung der Pflegepersonen geht, eignet sich der Fragebogen sehr gut. Die unkontrollierte Erhebungssituation stellt jedoch einen Nachteil dar. Dieser lässt sich allerdings weitgehend ausräumen, wenn es möglich ist, mehrere UntersuchungsteilnehmerInnen in Gruppen unter standardisierten Bedingungen schriftlich zu befragen (vgl. Bortz /Döring, 2002, S. 253). Als Untersuchungsinstrument wurde ein dreiteiliger Selbstbeurteilungsbogen verwendet. Der erste Teil dient der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes. Die Einteilung erfolgt mittels geschlossener Antwortmöglichkeit durch Verteilung von Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht ausreichend). Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Fragestellung „Was hilft Ihnen Stress abzubauen?“ Hier bestand eine offene Beantwortung der Frage, um den individuellen Copingstrategien nachzugehen. Der letzte und dritte Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit den Gründen für die Berufsmotivation im Intensivbereich. Auch hier wurde eine offene Beantwortung gewählt.

Zusätzlich musste von den Befragten das Alter angegeben werden sowie wie lange sie bereits in diesem Beruf tätig sind. Die Erhebung wurde unter Beachtung der Ethikrichtlinien durchgeführt. Vor der Befragung wurden alle Beteiligten über Ziele, Methoden und erwarteten Nutzen der Erhebung unterrichtet.

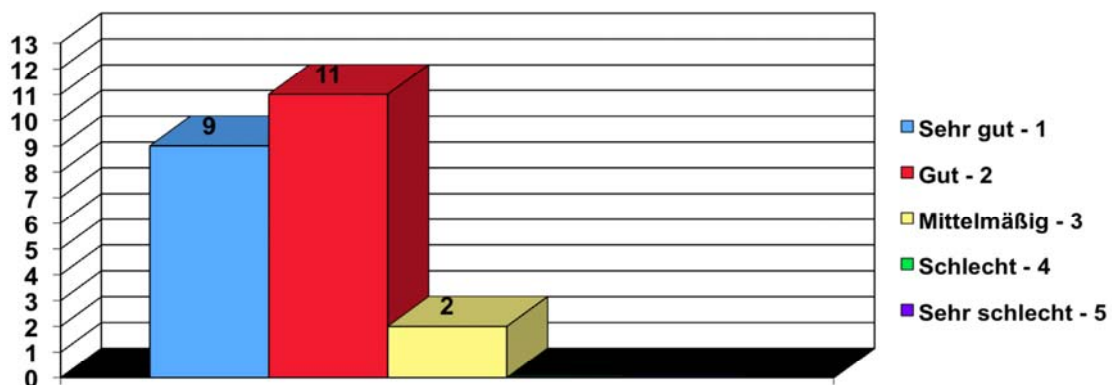
Das beschriebene Messinstrument kann bei strikter Beachtung der Richtlinien über die Freiwilligkeit der Teilnahme und nach erfolgter Aufklärung sowie einer Zusicherung der Anonymität als ethisch unbedenklich gelten. Eine Rückverfolgung der Fragebögen zu den TeilnehmerInnen ist nicht möglich. Nach kurzer Vorstellung des Fragebogens und der Hintergründe, wurde die schriftliche Befragung an den 22 diplomierten Fachkräften durchgeführt (davon waren 19 diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und 3 diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger). Das Alter der Beteiligten der Gruppe lag zwischen 24 und 37 Jahren. Die älteren Personen waren bereits bis zu 18 Jahre im Pflegeberuf tätig, wobei über die Hälfte 7 Jahre diesen Beruf ausübte. Davon wiederum waren manche Pflegepersonen im Durchschnitt seit 6,6 Jahren auf der Intensivstation beruflich tätig. Die Retournierung der Fragebögen erfolgte mittels Sammelbox, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten. Die Erhebung fand, aufgrund der geringen Anzahl der Befragten und des regen Interesses an dem Thema, innerhalb einer Woche statt. Die Auswertung wurde aufgrund der geringen Anzahl der teilnehmenden Probanden händisch durchgeführt.

6.2. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie wurden, der besseren Sichtbarkeit und Erklärung wegen, grafisch mittels Balkendiagramm dargestellt.

Das Resultat der Frage eins nach der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist, dass 9 von 22 Personen ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut“ einstufen würden, 11 von 22 Pflegepersonen gaben ein „gut“ an und schließlich 3 von 22 schätzen diesen als „mittelmäßig“ ein.

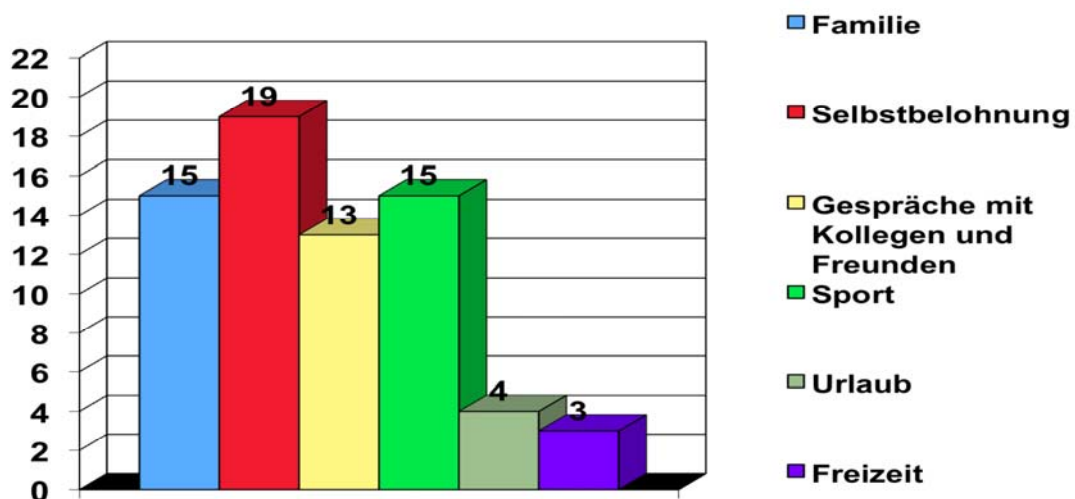
Grafik 1: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes



Dieses Ergebnis lässt die Annahme zu, dass der Großteil der Befragten ihren Gesundheitszustand „sehr gut“ bis „gut“ einschätzt. Die Personen fühlen sich gesund und sind bereit, sind den Herausforderungen des Krankenpflegeberufes auf der Intensivstation zu stellen. Was jedoch bei solchen Resultaten mitschwingt, ist der Faktor der „sozialen Erwünschtheit“. Dies tritt sehr häufig bei Fragebogenerhebungen auf; daher kommt es meist zu verfälschten Ergebnissen, um nicht als Einzelner in einem schlechten Licht vor anderen dazustehen (vgl. Bühner, 2004, S. 57).

Bei der Frage nach der Hilfe, um Stress abzubauen, wurden folgende Faktoren angeführt, wobei aufgrund der offenen Beantwortungsmöglichkeit einige Antworten mehrfach genannt und daher in Oberbegriffen zusammengefasst wurde: 19 von 22 diplomierten Fachkräften gaben an, durch Selbstbelohnung Stress abzubauen; z. B. körperliche Pflege, Durchführung von Bädern oder Lesen eines Buches. Gleichauf wurden die Beschäftigung mit der Familie und der Ausgleich durch sportliche Aktivität genannt. Ebenso eine wesentliche Hilfe, bereits während des Dienstes, stellen Gespräche mit KollegInnen dar. In der dienstfreien Zeit werden Gespräche mit Freunden gesucht. Überraschend wenige Nennungen kamen zu den Stressabbaumöglichkeiten Urlaub und Freizeit.

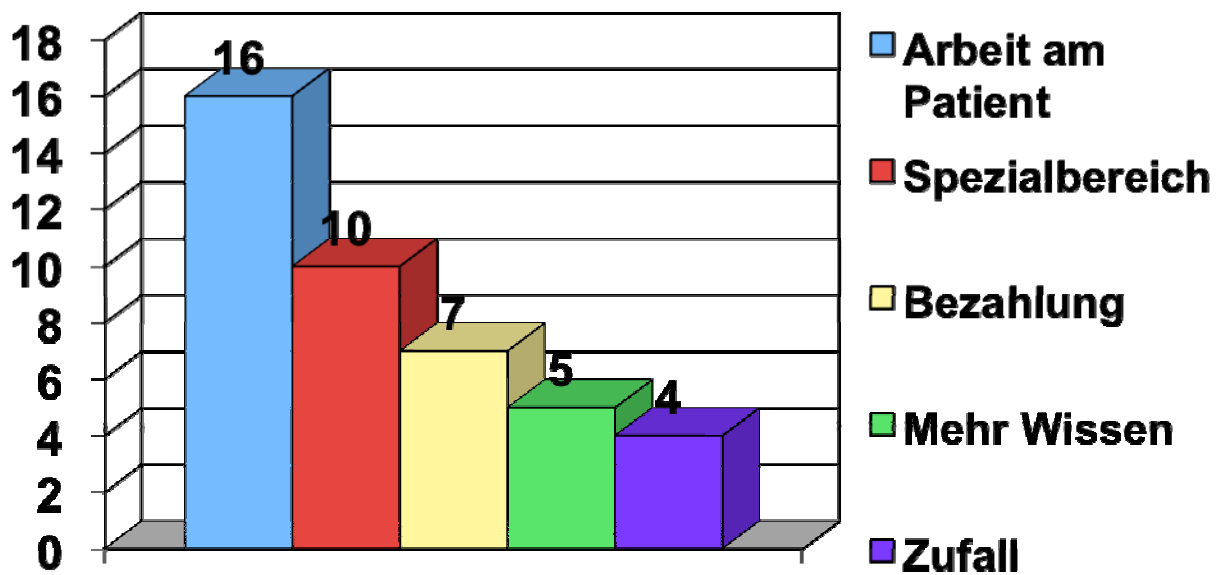
Grafik 2: Hilfe zum Stressabbau



Der dritte Punkt hinterfragt die Motivation auf der Intensivstation zu arbeiten. Die Motivation für 16 von 22 diplomierte Fachkräften auf der Intensivstation stellt die direkte Arbeit am Bett mit dem Patienten dar. Im Unterschied zu einer „normalen“ Krankenhausstation, kümmert sich in der Intensivstation eine Pflegeperson um durchschnittlich 2 Patienten. Daher können sie diesen auch, durch verstärkten direkten Kontakt, eine spezielle und intensive Pflege und Versorgung zukommen lassen. Dadurch wird auch eine wesentlich bessere intuitive Beziehung aufgebaut. Es werden alle Tätigkeiten (Aktivitäten des täglichen Lebens) am Patienten übernommen, in denen sich dieser eingeschränkt fühlt oder es zumindest nach außen hin den Anschein hat. Ein weiterer Punkt für 10 von 22 Befragten ist, dass die Arbeit im Intensivbereich, der im Krankenhaus als Spezialbereich gekennzeichnet ist, wesentlich mehr Prestige mitbringt, im Gegensatz zu einer Tätigkeit in einer „normalen“ Krankenhausabteilung. Es stellt sich im Gespräch mit Freunden und Bekannten heraus, dass, wenn jemand auf einer Intensivstation beschäftigt ist, gleich höherwertiger – eher dem Berufsstand der Ärzte als der Pflege – angesehen wird. In diesem Zusammenhang wird auch als Motivationsgrund die Bezahlung angeführt, die wiederum Auswirkungen auf das gehobene Ansehen des Berufes hat. Die Arbeit auf der Intensivstation verlangt einer diplomierten Fachkraft auch ein mehr an Wissen ab. Dies ist eine weitere Motivation für 5 von 22 Befragten auf einer Intensivstation zu arbeiten.

Schlussendlich gaben 4 von 22 Befragten an, durch Zufall in dieses Berufsfeld gekommen zu sein. Zum Zeitpunkt der Einstellung der Personen war in anderen Tätigkeitsbereichen keine freie Stelle zu besetzen. Und nach anfänglichem Missmut, konnten sich immer mehr mit den Anforderungen und Tätigkeiten im Intensivbereich identifizieren. Daher wechselten sie auch nicht in eine andere Abteilung, sondern verblieben in diesem Spezialbereich.

Grafik3: Motivatoren auf der Intensivstation zu arbeiten



6.3. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Befragung, an der 22 diplomierte Fachkräfte teilgenommen haben, präsentiert ein positives Ergebnis. Bereits andere Studien zu diesem Thema haben gezeigt, dass es sich hier um eine Berufsgruppe handelt, die unter teils sehr hohen Belastungen leidet. Es sind vor allem die Arbeitsbedingungen, wie enormer Zeitdruck, Personalmangel und wenig Mitgestaltungsmöglichkeiten, die von vielen StudienteilnehmerInnen als höchst belastend angeführt wurden. Wie diese durchgeführte Befragung zeigt, schätzen mehr als zwei Drittel der TeilnehmerInnen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ ein. Sie fühlen sich gesund, um den hohen Anforderungen des Berufslebens nachzukommen.

Wenn Stress unweigerlich eintritt und die Betroffenen beeinträchtigt, werden Maßnahmen getroffen, um diesen wieder erfolgreich abzubauen. Durch Selbstbelohnung, Sport und Gespräche mit FreundInnen und KollegInnen kann Stress neutralisiert werden. Dadurch besteht auch die Motivation, sich speziell auf einer Intensivstation den PatientInnen zu widmen und gekonnt zu helfen.

Die durchgeführte Befragung von KollegInnen und MitarbeiterInnen auf der Intensivstation wurde nur auf bestimmte Aspekte fokussiert und kann den wissenschaftlichen Kriterien einer umfassenden universitären Studie nicht standhalten. Das verwendete Erhebungsinstrument bedarf hinsichtlich der Gütekriterien einer Absicherung. Um ein reelles Bild vom subjektiven Gesundheitszustand, der Stressbewältigung und der Berufsmotivation zu bekommen, bedarf es einer größeren Anzahl an Probanden. Deshalb kann aufgrund der kleinen Stichprobe keine generalisierte Aussage über die Grundgesamtheit abgegeben werden. Darum kann die erhobene Hypothese nicht eindeutig beantwortet werden. Im kleinen Kreise der Befragung kam es aber zu einem überraschenden Ergebnis – jedoch, wie bereits erwähnt, ist dies nicht übertragbar auf die gesamte Berufsgruppe des Intensivkrankenpflegepersonals.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Einschätzung des Gesundheitszustandes, Copingstrategien und Berufsmotivation von Pflegenden im Intensivbereich. Nach der Erklärung und Darstellung der Grundbegriffe, wird auf Stressdefinitionen und -reaktionen näher eingegangen. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung und dem Coping. Zur besseren Anschaulichkeit werden die theoretischen Ausführungen von praktischen Beispielen begleitet. Das fünfte Kapitel widmet sich dem Thema Motivation. Es werden die Bedürfnispyramide von Maslow und die „Zwei Phasen Theorie“ von Herzberg näher erläutert. Nach dem theoretischen, folgt der praktische Teil – eine Befragung mittels Fragebogen von 22 diplomierten Fachkräften im Intensivpflegebereich des Krankenhauses. Das Ergebnis ist als äußerst positiv zu werten, denn es zeigt sich, dass sehr viel in Bezug auf Stressbewältigung getan wird und dass dadurch nur bedingt (negativer) Stress auftritt, der der Gesundheit schaden kann. Dadurch fällt auch die subjektive Gesundheitseinschätzung vom überwiegenden Teil der Befragten mit „sehr gut“ beziehungsweise „gut“ aus.

Wie die Beschäftigung mit diesem Themenbereich zeigt, wird Stress als Faktor angesehen, der den/die ArbeitnehmerIn stark beeinträchtigen kann. Daher muss er auch als gesellschaftlich relevantes Thema ernst genommen werden.

8. LITERATURVERZEICHNIS

BORTZ, J./DÖRING, N.(2002): **Forschungsmethoden und Evaluation**, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York.

BRIESKORN-ZINKE, M. (2006): **Gesundheitsförderung in der Pflege**, Kohlhammer GmbH , Stuttgart.

BÜHNER, M. (2004): **Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion**, Pearson Studium, München.

HAMMEL, D.: **Die Bedeutung des Helfersyndroms für die Arbeit auf der Intensivstation**, 2.Teil, in: Die Schwester/Der Pfleger, 5/1992.

KALUZA, G. (2004): **Stressbewältigung**, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

KILLMER, C. (1999): **Burnout bei Krankenschwestern. Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Burnout-Phänomen**, LIT Verlag, Münster/Hamburg/London.

KLITZING, W./KLITZING, K. (1995): **Psychische Belastungen in der Krankenpflege**, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich.

LITZCKE S./SCHUH H. (2007): **Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz**, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

MERGNER, U. (1990): **Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege**, Oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin: "Gesundheitsreform" und die Folgen, mit Beiträgen von Heinz-Harald Abholz, Band 15, Argument-Sonderband, AS 190, Berlin.

MITTAG O. (1996): **Mach ich mich krank?** Lebensstil und Gesundheit, Verlag Hans Huber, Bern.

NERDINGER F./BLICKLE G./SCHAPER N. (2008): **Arbeits- und Organisationspsychologie Springer**, Medizin Verlag, Heidelberg.

OHM, D. (1997): **Lachen, Lieben- länger Leben**, Trias- Thieme Hippokrates Enke, Stuttgart.

PRÖLL, E./STREICH, W. (1984): **Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus**, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.) Bremerhaven.

SCHÄPERS, R.: **Mögliche Gesundheitsrisiken in der beruflichen Krankenpflege**, in: Die Schwester/Der Pfleger, 6/1987.

SCHÄFFLER A. (Hrsg.) (1998): **Pflege heute** Lehrbuch und Atlas für Gesundheitsberufe, 1. Ausgabe, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/Jena/Lübeck/Ulm.

STEINBACH H. (2007): **Gesundheitsförderung**, Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 2. aktualisierte Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien.

ZIMBARDO P./GERRIG R. (2008): **Psychologie**. Person Studium, München.

9. ANHANG

Anhang 1: Fragebogen