

Stress und Stressmanagement bei OsteopathInnen

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science in Osteopathie

eingereicht von
Karin Homa-Konrad

an der **Donau-Universität Krems**
Zentrum für Chinesische Medizin und Komplementärmedizin

niedergelegt an der
Wiener Schule für Osteopathie

Betreuer: MMsc DPO Jan Porthun

Klagenfurt, 01.12.2014

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Karin Homa-Konrad, geboren am 24.02.1978 in Klagenfurt erkläre,

1. dass ich meine Master-Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt in erster Linie meiner Familie, Gerhard, Fabian und Julia, die mich in dieser zeitintensiven Phase unterstützt und motiviert haben. Außerdem danke ich meinen Eltern für die jahrelange Unterstützung.

Für die Betreuung und das konstruktive Feedback während des Verfassens der Masterthese danke ich MMsc DPO Jan Porthun.

Darüber hinaus gilt mein besonderer Dank Fr. Dr. Birgit Senft für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung, sowie Fr. Dr. Corinna Simonini und Anna Wandaller für die englische Übersetzung.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Karin Homa-Konrad: Stress und Stressmanagement bei OsteopathInnen

Stress kann vor allem in Sozial- und Gesundheitsberufen zu einem Zustand innerlicher und äußerlicher Erschöpfung führen. Dies zeigt Auswirkungen im Sinne von steigender Fehleranfälligkeit und sinkender Qualität in Bezug auf medizinische und pflegerische Leistungen für die PatientInnen. OsteopathInnen als Vertreter eines Gesundheitsberufs sind in direktem Kontakt mit PatientInnen und arbeiten an der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

Deshalb wurden für den empirischen Teil 233 überwiegend freiberufliche OsteopathInnen in Österreich mittels stressbezogener Tätigkeitsanalyse bei KlinikärztInnen und -ärzten - Kurzfassung (ISAK-K) online und postalisch befragt. Erwartet wurden geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Unterschiede nach Berufserfahrung und Art der Tätigkeit.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass weibliche Osteopathen und berufserfahrenere OsteopathInnen eine signifikant geringere Unsicherheit aufweisen. Außerdem zeigen erfahrenere OsteopathInnen seltener Frustration wegen übergeordneter Ziele. Sie sind durch emotionale Dissonanz seltener belastet, das gleiche gilt für männliche Befragte. Tendenziell schätzen erfahrenere OsteopathInnen ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten positiver ein. Im Team tätige OsteopathInnen weisen signifikant mehr Ressourcen durch soziale Unterstützung (Kollegen und Vorgesetzte) auf. Befragt nach eigenen Stressreaktionen gaben 47 % psychische und 34 % körperliche Reaktionen an, genannt wurden auch arbeitsbezogene Reaktionen (4 %) sowie Ressourceneinsatz (8 %). An eigenen Ressourcen wurde am häufigsten körperlicher Ausgleich (41 %), gefolgt von Handlungsspielraum (26 %) und mentalen Ressourcen (17 %) angegeben.

Grundsätzlich weisen die Befragten ein hohes Maß an Ressourcen und ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Gefahren und Konsequenzen von Stresserleben auf.

Stichworte: OsteopathInnen, Stress, Ressourcen, Arbeit

ABSTRACT (ENGLISH)

Karin Homa-Konrad: stress and stress management of osteopaths

Especially in health and care professions stress can lead to a state of inner and outward fatigue. Consequences are an increasing error rate and deteriorating quality regarding medication and care for the patients. As representatives of a health care professional group, osteopaths are in close contact with patients and are working to improve society's health.

This was the reason why for the empiric part 233 mainly free-lance osteopaths have been interviewed by filling out online and postal questionnaires based on the instrument of the stress-related job analysis of clinicians (*ISAK-K, Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse bei KlinikärztInnen* – short version).

The results have shown that female and experienced osteopaths are significantly less insecure and that experienced osteopaths show less frustration because of overall objectives. They are less burdened by emotional dissonance, so are male osteopaths. Osteopaths that have more experience in their job are more likely to estimate their opportunities to further development at work in a positive way. Team-working osteopaths have more resources, due to social support by colleagues and superiors. When questioned for individual stress reactions, 47 % of the participants named psychological, 34 % physical and 4% work-related reactions. 8% of the participants stated to deploy their resources. Examples for personal resources were physical activity (41 %), followed by freedom of action (26 %) and mental resources (17 %). Basically the participants show a high level of resources and a comprehensive awareness of risks and consequences of living stress.

Keywords: osteopaths, stress, resources, work

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Persönlicher Hintergrund und Motivation.....	1
1.2	Forschungsfrage	2
1.3	Osteopathische Relevanz	2
2	Definition von Stress und Stressoren	3
2.1	Stress	3
2.2	Stressoren	4
3	Stresstheorien.....	5
3.1	Das Stressmodell nach Hans Selye.....	5
3.2	Das Stressmodell nach Richard S. Lazarus	7
4	Auswirkungen von Stress auf das System	10
4.1	Sinnvoller Stress?.....	10
4.2	Stress und Hormone	11
5	Der osteopathische Ansatz zum Thema Stress	12
6	Arbeitsplatzbezogene Stressforschung	13
6.1	Konzepte und Modelle zur Erklärung von Stress am Arbeitsplatz.....	16
6.1.1	Quellen des Stresses nach Mc Grath	16
6.1.2	Handlungsregulationstheorie	18
6.1.3	Rollenstress	18
6.1.4	Interaktion von Anforderungen und Ressourcen	19
6.2	Das Bio-psycho-soziale Modell sensu Egger.....	21
7	Stress und Persönlichkeit – Individuelle Unterschiede	22
8	Stressbewältigungsmöglichkeiten.....	24
8.1	Coping	24
8.2	Ressourcen	26
9	Methodik.....	29
9.1	Forschungshypothesen.....	30
9.2	Stichprobe	30
9.3	Erhebungsverfahren	31
9.3.1	Fragebogen.....	31
9.3.2	Statistische Methoden	32
10	Ergebnisdarstellung	33
10.1	Ergebnisse zu den offenen Fragen der Studie	38
10.2	Ergebnisse der Skalen	42
10.2.1	Ergebnisse zum Zeitdruck	42
10.2.2	Ergebnisse zur Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte	43
10.2.3	Ergebnisse zur Frustration wegen übergeordneter Ziele.....	45
10.2.4	Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit KollegInnen und Vorgesetzten sowie Beschäftigten anderer Berufsgruppen.....	46
10.2.5	Ergebnisse zu sozialen Stressoren	47
10.2.6	Ergebnisse zu emotionaler Dissonanz	48
10.2.7	Ergebnisse zum Handlungs- und Entscheidungsspielraum	50
10.2.8	Ergebnisse zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit.....	51
10.2.9	Ergebnisse zur sozialen Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte	52
10.2.10	Ergebnisse zur Partizipation	54

10.2.11	Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen den Skalen	55
11	Diskussion und Kritik	57
11.1	Methodendiskussion	57
11.2	Osteopathische Relevanz	59
12	Konklusion	60
12.1	Zusammenfassung	60
12.2	Schlussfolgerungen	61
12.3	Ausblick	61
13	Literaturverzeichnis.....	62
14	Englische Kurzfassung.....	68
14.1	Introduction	68
14.2	Theoretical background	69
14.3	Methodology	71
14.3.1	Random sample.....	72
14.3.2	Method of survey	72
14.3.3	The questionnaire	73
14.3.4	Analysis of data.....	74
14.3.5	Presentation of results	74
14.3.6	Discussion and critics	75
14.4	References	77
15	Anhänge.....	79
	Tabellenverzeichnis	79
	Abbildungsverzeichnis.....	79
	Anhang A: Motivationsschreiben.....	80
	Anhang B: Cluster der offenen Fragen.....	81

1 Einleitung

1.1 Persönlicher Hintergrund und Motivation

Die Fragen, wie sich Menschen in stressbeladenen Situationen verhalten und welche Strategien sie anwenden, um mit diesen umzugehen, beschäftigen mich schon lange.

Insbesondere während der sechsjährigen Ausbildung zur Osteopathin wurde ich selbst immer wieder mit dem Thema Stress und Stressmanagement konfrontiert. Auch in meinem Arbeitsfeld in einer Rehabilitationsklinik für seelische Gesundheit und Prävention kann ich täglich bei meinen KlientInnen die Auswirkungen von chronischem Stress auf das System erfahren.

Stress und stressbezogene Erkrankungen wie Depression, Burnout, Angst- und Panikstörungen oder Fatigue sind heute ein weltweites Problem, das durch verschiedene Lebensumstände und immer komplexere Arbeitsanforderungen verursacht wird (Siegrist et al., 2004).

Im Jahr 2012 wurde der Europäische Dach-Verband für Stress-Medizin mit Sitz in Wien gegründet mit dem Ziel, die verschiedenen Stress-medizinischen Fachgebiete Europas zu vereinen. Daraus soll eine Zusammenarbeit zur Stressreduktion in Europa entstehen (Winter, 2014).

Die europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz widmete das Jahr 2014 dem Thema Stress, der als eine der Hauptursachen für psychische Erkrankungen angesehen wird. Diese stellen in Österreich die vierthäufigste Ursache für Krankenstände dar. Bereits bestehende Maßnahmen wie Stressmanagement-Programme finden in Österreich laut OECD Health Index wenig Anwendung. Daher wurde das Projekt „Stressfrei Austria“ gestartet, um präventive Maßnahmen auszubauen und eine Kostenexplosion zu vermeiden (Matzner, 2014).

Schmid (2004) beschreibt die Folgen von Stress, die vor allem in Sozial- und Gesundheitsberufen zu einem Zustand innerlicher und äußerlicher Erschöpfung führen können. Denn diese Personen sind in ihrer Arbeit in ständigem intensivem und emotionalem Einsatz für andere Menschen tätig.

Eine 2013 durchgeführte Studie in Österreich ergab, dass fast 30 Prozent der Beschäftigten in Sozial- und Gesundheitsberufen burnoutgefährdet sind. Vor allem Ärzte und Ärztinnen waren durch lange Arbeitszeiten besonders belastet. Dies zeigte Auswirkungen im Sinne von

steigender Fehleranfälligkeit und sinkender Qualität in Bezug auf medizinische und pflegerische Leistungen für die PatientInnen (Springer Medizin, 2014).

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass Belastungen im Arbeitsalltag steigen, was direkte Auswirkungen auf die PatientInnenversorgung hat.

OsteopathInnen als Vertreter eines Gesundheitsberufs sind in direktem Kontakt mit PatientInnen und arbeiten an der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Da Personen aus Gesundheitsberufen wie oben beschrieben durch ihre Tätigkeit stark gefährdet sind, an Stressfolgen zu erkranken, ist es mir ein Anliegen, die Berufsgruppe der OsteopathInnen Österreichs in Bezug auf Stressoren und Ressourcen zu befragen.

1.2 Forschungsfrage

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie sehr OsteopathInnen in Österreich mit Stressoren im Berufsleben konfrontiert sind und welche Ressourcen sie nützen können. Dazu wurden folgende Hypothesen erstellt:

1. Es gibt einen geschlechtsspezifischen Unterschied in den Ressourcen und Stressoren von OsteopathInnen.
2. Im Team tätige OsteopathInnen verfügen über mehr Ressourcen und weisen geringere Stressoren auf als allein tätige OsteopathInnen.
3. Berufserfahrenere OsteopathInnen verfügen über mehr Ressourcen und weisen geringere Stressoren auf als BerufsanfängerInnen.

Es ist zunächst erforderlich, Begriffe wie „Stressoren“ und „Ressourcen“ zu definieren. Aufbauend auf die in der Literatur beschriebenen Stressmodelle (Selye, 1977; Lazarus & Launier, 1981) und die arbeitsplatzbezogene Stressforschung (Siegrist, 1996; Edwards, Caplan & van Harrison, 1998; Karasek, 1979) erfolgt die Durchführung der Studie. Hierbei kommt das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse bei Klinikärztinnen und –ärzten Kurzform (ISAK-K) zur Anwendung. Die Ergebnisse der Studie werden analysiert.

1.3 Osteopathische Relevanz

Die grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema Stress wird gerade in der heutigen Zeit beinahe unumgänglich. Durch Reflexion der eigenen Handlungsstrategien in Bezug auf stressende Ereignisse können Verhaltensweisen analysiert und bei Bedarf verändert werden. Gerade als OsteopathIn in ständiger Interaktion mit den KlientInnen ist es wichtig, selbst gut

zentriert zu arbeiten. Nur wenn ich mir meiner eigenen Befindlichkeit bewusst bin, kann ich mein Verhalten gegebenenfalls modifizieren und längerfristig ändern. So beschreibt auch Schwarzer (1997), dass die Wahrnehmung der körperlichen und emotionalen Reaktionen auf Fehlbelastungen eine Voraussetzung für regulierende Veränderung ist.

„Der Osteopath kann aus dem Erfahrungsschatz seiner (und anderer) Traditionen schöpfen, z.B. Anatomie-Physiologie, Psychologie, (medizinisches) kulturelles und soziologisches Wissen (z.B. der Einfluss sozialer Systeme auf die Gesundheit). Gleichzeitig spielt die Kenntnis des eigenen Ich-Raums, der z.B. durch Meditation erforscht wird, eine wichtige Rolle“ (Liem, 2006, S. 252).

Carl Rogers (1983) führt das Bewusstsein seines eigenen emotionalen Zustandes als eine der drei wesentlichen Bedingungen für eine therapeutisch heilsame Beziehung an. Kein Therapeut/keine Therapeutin befindet sich immer im gleichen emotionalen Zustand, es ist jedoch nützlich, sich seiner emotionalen Verfassung und dieser Wechselwirkungen immer wieder bewusst zu werden (Liem, 2006).

Weiters weist Liem (2006) darauf hin, dass für die OsteopathInnen ausschlaggebend ist, ihre eigenen emotionalen, mentalen und sensomotorischen Innerlichkeiten wahrzunehmen, um Gewebe- und Bewusstseinsmuster in den PatientInnen besser zu erkennen. Daraus lässt sich ableiten, dass Therapeuten mit einer guten Eigenwahrnehmung besser in der Lage sind, Patienten in ihrer Vielseitigkeit wahrzunehmen.

Im Sinne einer guten Patientenversorgung und im Sinne der Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit ist es daher von Interesse, wie OsteopathInnen ihre beruflichen Anforderungen einschätzen. Daraus abgeleitet können eventuell notwendige Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation ergriffen werden.

2 Definition von Stress und Stressoren

In diesem Abschnitt werden die Begriffe Stress und Stressoren näher definiert.

2.1 Stress

Im Laufe der Jahrzehnte wurden unterschiedliche Definitionen für Stress gebracht.

Cannon (1914) definierte Stress als „unspezifische Antwort des Organismus auf die Störung des homöostatischen Gleichgewichts und als Versuch, dieses Gleichgewicht wiederherzustellen“ (zitiert nach Allenspach, 2005, S. 19).

Selye (1936): „Stress ist keine mechanische, sondern eine individuelle Reaktion des Organismus auf äußere Reize“ (zitiert nach Allenspach, 2005, S.19).

Lazarus hingegen erweitert die Stimulus-Response-Definition, indem er Stress als dynamischen, relationalen Prozess zwischen Individuum und Umwelt auffasst (Lazarus, 1966).

Lazarus und Launier (1981, S. 226) erweiterten diese Definition: „Stress schließt jedes Ereignis ein, in welchem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder organischen Systems beanspruchen oder übersteigen ...“.

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1987) entwickelte ein Salutogenese-Konzept, in dem eher die Möglichkeiten der Gesunderhaltung und Schadensbewältigung fokussiert werden (Drexler, 2006).

Bei all diesen Stresskonzepten liegt ein Ungleichgewicht zwischen Zielen und Möglichkeiten beziehungsweise zwischen Bedürfnissen und Angeboten vor.

2.2 Stressoren

Stressoren sind Faktoren, die das Risiko von Stresszuständen erhöhen (Zapf & Semmer, 2004). Allenspach (2005, S. 20) definierte Stressoren als „Objekte, Reize, Ereignisse und Situationen, die bedrohlich sind und zu Schädigung führen können“.

Alle endogenen oder exogenen Reize, die erhöhte Anforderungen an die Lebenstätigkeit stellen, werden Stressoren genannt (Selye, 1981, S. 169).

Kaluza (1996) gliedert Stress in drei Bestandteile, die miteinander in enger Verbindung stehen, aber einzeln betrachtet werden müssen. Es können sowohl psychische als auch physische Anforderungen und Belastungen sein, denen der Mensch im Alltag ausgesetzt sein kann. Für das Entstehen einer Stressreaktion sind persönliche Einstellungen, Motive und Bewertungen, die Kaluza als persönliche Stressverstärker bezeichnet, maßgeblich.

Alle situativen Anforderungsbedingungen, die eine Auslösung einer Stressreaktion zur Folge haben, werden als Stressoren bezeichnet.

Kaluza (1996) gibt beispielsweise häufige Stressoren an:

- Physikalische Stressoren (Lärm, Hitze, Kälte, ...)
- Leistungsstressoren (Überforderung, Unterforderung, Prüfungen, ..)
- Soziale Stressoren (Konkurrenz, zwischenmenschliche Konflikte, Trennung,..)
- Körperliche Stressoren (Verletzung, Schmerz, ...)

Ob eine Situation Stressorqualität bekommt, kann erst durch die darauffolgende Reaktion erkannt werden. Es können jedoch Situationen zusammengefasst werden, in welchen Stressreaktionen wahrscheinlich sind:

Grad der Bekanntheit

Kontrollierbarkeit

Vorhersehbarkeit

Mehrdeutigkeit bzw. Transparenz

Nicht vertraute, neue Situationen oder Situationen, die vom Individuum nicht beeinflusst werden können, schwer durchschaubar oder nicht vorhersehbar sind, lösen mit hoher Wahrscheinlichkeit Stressreaktionen aus.

Die Situation ist dabei nicht alleine ausschlaggebend, die Wahrnehmung und Bewertung durch die betreffende Person spielt eine ausschlaggebende Rolle (Kaluza, 1996).

3 Stresstheorien

Im Abschnitt drei werden zwei Stressmodelle näher erläutert.

3.1 Das Stressmodell nach Hans Selye

Die frühe Stressforschung wurde durch Hans Selye geprägt. Er wurde 1907 in Wien geboren und starb 1982 in Montreal. 1936 identifizierte und definierte er Stress in seiner Forschung:

Stress ist unser ständiger Begleiter, solange wir leben. Er sitzt mit uns am Tisch, er geht mit uns schlafen, er ist dabei, wenn leidenschaftliche Küsse ausgetauscht werden. Manchmal geht uns seine Anhänglichkeit auf die Nerven; dennoch verdanken wir ihm jeden persönlichen Fortschritt und erreichen durch ihn immer höhere Stufen geistiger und körperlicher Weiterentwicklung. Er ist die Würze des Lebens (Selye, 1977, S. 16).

Die Reaktion wurde später unter der Bezeichnung Allgemeines Adaptationssyndrom (A.A.S.) oder biologisches Stresssyndrom bekannt. Sein Stresskonzept geht davon aus, dass von außen auf den Organismus einwirkende Reize, Stressoren genannt, einen bestimmten Zustand im Organismus erzeugen. Stress ist also eine Reaktion des Organismus, die bestimmte körperliche Erscheinungen zeigt (Bamberger, 2009).

Selye stellte auch ein zeitliches Verlaufsmodell einer Stresserkrankung auf. Mit diesem Modell beschreibt er die Reaktion eines Organismus auf einen chronisch anhaltenden Stressor, der die Anpassungsfähigkeit des Organismus nach einer bestimmten Zeit übersteigt und so bis zu dessen Tod führen kann.

Die Stressreaktion verläuft in 3 Phasen:

Alarmreaktion

Die erste Phase entspricht einer akuten Stressreaktion. Der Körper reagiert auf eine Überlastung mit einer Aktivierung, die Flucht oder Angriff ermöglichen soll. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse wird aktiviert. Die Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol werden vermehrt ausgeschüttet, und das sympathische Nervensystem wird aktiviert. Damit sollen Energie- und Handlungsreserven mobilisiert werden.

Widerstandsphase

Der Körper versucht, das innere Gleichgewicht wiederherzustellen. Wenn das gelingt, nehmen die Stresssymptome ab und das System beruhigt sich. Reserven wurden verbraucht, der Körper muss sich erholen.

Wenn diese Erholungsphase nicht möglich ist, versucht sich der Organismus an die Dauerbelastung anzupassen. Durch diese ständige Anstrengung geht jedoch die Selbstregulationsfähigkeit allmählich verloren. Das Anpassungsvermögen bricht irgendwann zusammen. Der Organismus kann auch in stressarmen Phasen nicht mehr auf ein normales Ruhenniveau zurückkommen.

Erschöpfungsphase

Wenn sich die Stressorwirkung, an die sich der Körper angepasst hat, weiter fortsetzt, kommt es zu einer Verausgabung der Anpassungsenergie. Die Konzentration von Stresshormonen im Blut bleibt unter Dauerstress hoch. Das Immunsystem und die Geschlechtsdrüsen werden beeinträchtigt. Es kann zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder psychischen Störungen kommen (Selye, 1977; Allenspach, 2005).

Die anfänglichen Symptome der Alarmreaktion werden dauerhaft und irreversibel (Faltermaier, 2005).

Weiters führte Selye (1984) die Begriffe Eustress und Distress ein, wonach angenehme und unangenehme Ereignisse die gleiche biologische Stresswirkung erzielen können. Die Vorsilbe "Eu" kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie "gut". "Dis" heißt übersetzt "schlecht, widrig". Der auf negative Ereignisse bezogene Distress steht seiner Ansicht nach mit größerer Wahrscheinlichkeit mit Krankheit in Beziehung als der durch positiv bewertete Ereignisse bedingte Eustress.

Zum Thema Distress schreibt Bamberger (2009), dass chronisch einwirkender Stress eindeutig krank macht. Er entsteht bei chronischer Überforderung oder dem Gefühl, ausgeliefert zu sein. Dazu gehören im Arbeitsleben die Sorge um den Arbeitsplatz, Ängste zu versagen oder auch die Doppelbelastung durch Familie und Beruf.

Selyes Ansätze zum Umgang mit Stress ähneln zum Teil den aktuellen Stressbewältigungsprogrammen (Kaluza, 2004). Er weist darauf hin, sein persönliches Stressniveau zu finden, was wiederum nur durch Selbstanalyse herauszufinden sei. In Form von „altruistischem Egoismus“ sind die Ziele zu verfolgen mit dem Bemühen um Achtung und Anerkennung der anderen (Selye, 1981).

3.2 Das Stressmodell nach Richard S. Lazarus

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus ist nach dem Psychologen Richard S. Lazarus benannt. Während Selye eine eher biologische Perspektive vertritt, stellt Lazarus eines der bekanntesten psychologischen Stresskonzepte vor. Dieses Konzept wird auch als transaktional bezeichnet. Es geht davon aus, dass zwischen Person und Umwelt kognitive Bewertungsprozesse stattfinden (Lazarus & Launier, 1981).

Am Anfang stand die Leitvorstellung, daß Streß nicht ausschließlich auf der Reizebene, sondern in Abhängigkeit von der Art und Weise, wie Umweltereignisse

vom Individuum interpretiert, d.h. in ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden bewertet werden, und in Abhängigkeit von den verfügbaren und benutzten Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten zu definieren sei (Lazarus & Launier, 1981, S. 266)

In verschiedenen Forschungsprogrammen wurde bestätigt, welche Rolle die vermittelnden kognitiven Bewertungsprozesse und intrapsychischen Bewältigungsmodi in der Determination des Ausmaßes und der Art der Stressreaktion spielen. Bewertung selbst ist eine sich ständig ändernde Beurteilung über das laufende Geschehen in Bezug auf das Wohlbefinden einer Person.

Kognitive Bewertungsprozesse

Lazarus und Launier (1981) geben folgende Beschreibung:

Kognitive Bewertung kann einfach als der mentale Vorgang verstanden werden, jedes Ereignis in eine von einer Reihe von Bewertungskategorien einzuordnen, die sich entweder auf die Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person beziehen (primäre Bewertung) oder auf die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten (sekundäre Bewertung). (S. 233).

So ist die Bewertung eine sich ständig ändernde Beurteilung über das laufende Geschehen.

Primäre Bewertung (primary appraisal)

Lazarus unterscheidet drei grundlegende Kategorien der primären Bewertung:

Ein Ereignis kann als irrelevant, günstig/positiv oder stressend gesehen werden. Stressende Bewertungen treten in Form von Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung auf (Lazarus & Launier, 1981).

- *Schädigung/Verlust* bezieht sich auf ein bereits eingetretenes Ereignis wie zum Beispiel einen zwischenmenschlichen Verlust oder die Störung des Selbstwertgefühls oder der sozialen Anerkennung.
- *Bedrohung* betrifft eine Schädigung oder einen Verlust, der noch nicht eingetreten ist.
- *Herausforderung* ist im Gegensatz zur Bedrohung wieder vor allem eine Bewertungsangelegenheit, wie eine Person ihre Bewältigungsfähigkeiten einschätzt. Eine Situation kann demnach auch positive Folgen oder einen Nutzen haben.

Sekundäre Bewertung (secondary appraisal)

Die sekundäre Bewertung bezieht sich auf die Bewältigungsfähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten einer Person bezogen auf eine Situation. Dabei muss die sekundäre Bewertung nicht zeitlich auf die primäre Bewertung folgen. Denn es besteht die Möglichkeit, sich bereits vor dem Eintreten einer stressenden Situation mit den Bewältigungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. So kann sekundäre Bewertung primäre Bewertungsprozesse beeinflussen, indem sie beispielsweise Bedrohung mildert oder verstärkt, und Bewältigungsmaßnahmen bestimmen. Daraus folgt, dass eine Schädigung im Sinne einer stressenden Situation keine Schädigung mehr ist, wenn die Person damit fertig werden kann und sie es für keine Bedrohung mehr hält. Denn die Ressourcen, die eine Person für verfügbar hält, werden den potentiellen Gefahren und Schädigungen gegenübergestellt und entscheiden über die psychologische Stressreaktion.

Neubewertung (reappraisal)

Informationen über die eigene Reaktion und über die Umwelt und anschließende Reflexionen können zu einer Neubewertung einer Situation führen. Durch Bewältigungsprozesse kann aus einer ursprünglich als bedrohlich bewertete Situation ein nichtbedrohender oder sogar wünschenswerter Prozess entstehen (Lazarus & Launier, 1981).

Grundlegend erlernt der Mensch die individuelle Bewertung in den ersten fünf Lebensjahren. Kinder übernehmen vieles aus ihrer Umgebung und speichern es mit Hilfe der Spiegel-Neuronen. Diese angenommenen Denkmuster werden behalten. Später wird die Bewertung durch die Lebenserfahrung abgewandelt und gestaltet (Winter, 2014).

Bewältigungsprozesse

„Es gibt intuitive und empirische Gründe für die Annahme, daß die jeweilige Art, wie Menschen Stress bewältigen, noch wichtiger für Lebensmoral, soziale Anpassung und Gesundheit/Krankheit sind als die Häufigkeit und Schwere der Streßepisode selbst“ (Lazarus & Launier, 1981, S. 241).

Grundlegend können Bewältigungsstrategien zwei verschiedene Schwerpunkte haben: auf die Umwelt gerichtet oder auf das Selbst gerichtet oder aber auf beide gerichtet. So kann die Veränderung eines oder beider Faktoren Stress abbauen oder erträglicher machen. Diese Art

von Bewältigung ist unabhängig davon, ob es sich um Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung handelt (Lazarus, 1966).

Ein Teil der psychischen Entwicklung besteht darin, Informationen und Fertigkeiten zu erwerben, mit stressenden Erlebnissen so umzugehen, dass die eigenen Lebenspläne verwirklicht werden können.

Stresseemotionen sind beispielsweise Angst, Furcht, Schuld, Ärger, Traurigkeit, Neid oder Eifersucht, die oft als schmerzlich empfunden werden.

Starke Emotionen wie Angst führen oft zu Überlagerung von Anpassungsprozessen. Deshalb ist es wichtig für die betreffenden Personen, die Emotion selbst zu regulieren.

Psychologischer Stress bedeutet, dass sich die Person in Gefahr befindet.

„Eine bedrohte, herausgeforderte oder geschädigte Person ist physiologisch aktiviert, d.h. das interne Milieu ist solange gestört, bis diese Störung durch eine erfolgreiche Abwehr kompensiert wird“ (Lazarus & Launier, 1981, S. 249).

Bei langandauernder Störung kann Krankheit als Folge auftreten.

So hat der Erhalt eines stabilen internen Milieus entscheidende Bedeutung für die körperliche Gesundheit (Lazarus & Launier, 1981).

Zusammenfassend kann man erkennen, dass Selye seinen Hauptfokus auf die physiologischen Abläufe im Stressgeschehen richtet, während Lazarus seinen Schwerpunkt auf die individuellen kognitiven Bewertungsprozesse in Bezug auf das Stressgeschehen legt.

4 Auswirkungen von Stress auf das System

Im aktuellen Abschnitt wird die Frage diskutiert, ob es sinnvollen Stress gibt und welche Interaktionen mit dem Hormonsystem bestehen.

4.1 Sinnvoller Stress?

EvolutionsforschInnen, NeurobiologInnen und SystemtheoretikerInnen beschäftigen sich alle mit der Frage, ob Stress notwendig und sinnvoll ist.

Jedes lebende System besitzt verschiedene Mechanismen, um mit Veränderungen der Außenwelt umzugehen. Handelt es sich um dabei um eine kontrollierbare Belastung, kommt es zu adaptativen Modifikationen. Bei wiederholten Belastungen wird die Effizienz zur Beseitigung der Störung ausgebaut und verbessert. Am Ende wird die Belastung zu Routine und kann durch Spezialisierung abgefangen werden. Die Spezialisierung des Systems auf bestimmte Störungen schränkt die Fähigkeit ein, auf seltenere Reize aus der Außenwelt adäquat zu reagieren (Hüther, 1999).

Wenn sie eintreten, kommt es zu einer wesentlich tiefgreifenderen Störung der inneren Ordnung des Systems, die nur noch durch die Aktivierung unspezifischer „Notfall“-Reaktionen für eine gewisse Zeit aufrecht erhalten werden kann. Wenn keine geeignete Abwehrstrategie aktiviert werden kann, die Störung also unkontrollierbar bleibt, kommt es zu einer zunehmenden Destabilisierung des Systems und der bisher von diesem System entwickelten Spezialisierungen (Hüther, 1999, S. 7).

Die Destabilisierung bringt eine Neuorganisation der inneren Ordnung hervor, von der Zellebene hin bis zu Gesellschaft.

Bereits Charles Darwin (1809 bis 1882) erkannte, dass Individuen mit wenig flexiblen Verhaltensprogrammen aussterben mussten. Es entwickelten sich immer anpassungsfähigere Verhaltensweisen. Ohne Stress wäre eine Optimierung der genetischen Programme nicht möglich. (Hüther, 1999).

4.2 Stress und Hormone

Im Übergang vom Gehirn zum Rückenmark befindet sich ein Zellkerngebiet, der Nucleus coeruleus. Diese Nervenzellen produzieren im Gehirn einen großen Teil des Noradrenalins, eines der wichtigsten Neurotransmitter, der generell bei Stress-Reaktionen von Bedeutung ist. Fasern des Nucleus coeruleus versorgen das limbische System und den Hypothalamus. Der Hypothalamus führt Informationen aus unterschiedlichen Hirngebieten zusammen und setzt darüber hinaus Neurohormone frei, die an die Hypophyse weitergegeben werden. Die Hypophyse ist die übergeordnete Hormondrüse des Körpers. Unter Stress ändern sich Menge und Verhältnis der Hypophysenhormone.

Besonders wichtig ist das Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System: Bei Stressbelastung schickt der Nucleus coeruleus Noradrenalin zum Hypothalamus, der dann das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) erzeugt. Sobald CRH zur Hypophyse kommt, stellt

diese das Hormon Corticotropin her. Über den Blutkreislauf gelangt dieses zur Nebennierenrinde und veranlasst die Rindenzellen, vermehrt Cortisol zu produzieren und auszuschütten. Durch dieses Hormon ist der Organismus in der Lage, Stress-Anpassungen durchzuführen.

Dieses gesamte System verfügt über einen Rückkoppelungseffekt: Ein hoher Cortisolspiegel im Blut bewirkt die Unterdrückung weiterer Bildung von CRH. In Tierversuchen zeigte sich, dass bei Verabreichung von CRH der Sexualtrieb und die Nahrungsaufnahme unterdrückt wurden, Angst, motorische Unruhe und Blutdruck nahmen zu. CRH beim Menschen vermindert die Tiefe und Qualität des Schlafs.

Bei andauerndem Stress wird von den Nebennierenrinden zu viel Cortisol erzeugt. Dadurch wird die Produktion der Interleukine, Moleküle des Immunsystems, gestört und die Abwehrkräfte nehmen ab. So steigt bei langdauernder großer körperlicher oder seelischer Belastung das Infektionsrisiko (Sternberg & Gold, 1999).

5 Der osteopathische Ansatz zum Thema Stress

Das Modell der Komplementärmedizin / „biologische Medizin“

Nach Liem (2006) gliedert sich die Osteopathie in die Komplementärmedizin ein, die besondere Merkmale aufweist:

Auf dem Prinzip der Selbstorganisation aufbauend gibt es eine Entsprechung von Struktur und Funktion. Bestimmte Prozesse und Prinzipien kennzeichnen die Selbstorganisation:

- Struktur determiniertheit:

Wie lebende Systeme auf verschiedene Reize reagieren, ist nicht exakt vorhersehbar. Durch therapeutische Reizsetzung und Unterbrechung schädigender Belastungen wird die Neuorganisation angeregt. Daraufhin werden in weiterer Folge die Befunde an die individuelle Reizverarbeitung und Reaktion des Menschen angepasst.

- Zyklische, nicht lineare Prozesse:

Veränderungen in Teilbereichen des Systems beeinflussen andere Teile und wirken wiederum auf sich selbst zurück.

- Autopoiese:

Autopoiese bezeichnet ein sich selbst erneuerndes System. In der Osteopathie geht es darum, Selbstheilungskräfte anzuregen.

- Strukturelle Koppelung:

Der Mensch ist zusätzlich an Umweltbedingungen gekoppelt. Daraus entsteht das Spannungsfeld zwischen Autopoiese mit einer bestimmten Autonomie und der Gebundenheit an die Umgebungsverhältnisse. Daraus entsteht für den Osteopathen auch die Aufgabe, den Patienten für belastende Bereiche seines Lebens zu sensibilisieren: Schlafmangel, Fehlernährung, Stress, Arbeit, Bewegung, ... (Liem, 2006).

In der Selbstorganisation des Menschen mit seinen Teilbereichen lassen sich Parallelen zu den Stresskonzepten finden. So wird etwa die Reiz-Reaktion oder die Koppelung an die Umwelt ähnlich wie bei Selye beschrieben. Daraus abgeleitet liegt der Schluss nahe, dass OsteopathInnen sowohl individuell als Menschen als auch in ihrer Rolle als VertreterInnen eines Gesundheitsberufs mit den Prinzipien der Selbstorganisation befasst sind.

Laut dem öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs zählen sowohl PhysiotherapeutInnen als auch ÄrztInnen und Ärzte zu den Gesundheitsberufen Österreichs, eingetragen in der Liste der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe. Diese dienen dem Schutz der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung (Gesundheitsberufe in Österreich, 2013). OsteopathInnen üben ihre Tätigkeit auf Grundlage des Berufsgesetzes ihres jeweiligen Basisberufs aus (Ärztegesetz, MTD-Gesetz). OsteopathInnen arbeiten im therapeutischen und präventiven Bereich zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Die osteopathische Behandlung fördert die Selbstheilungskräfte der PatientInnen (OEGO, 2013).

Wie bereits eingangs erwähnt, verbessert sich die PatientInnenbehandlung durch eine verbesserte Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit.

6 Arbeitsplatzbezogene Stressforschung

Inzwischen betrifft Stress bei der Arbeit eine zunehmend große Anzahl an ArbeitnehmerInnen.

Stress ist eines der häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme in Europa.

Die dritte europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen wurde 2000 von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen durchgeführt. In der Europäischen Union steht Stress nach Rückenschmerzen an zweiter Stelle der arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 2002).

Stress am Arbeitsplatz bedingt gesundheitliche Beeinträchtigungen. Als Folgen daraus können Leistungsminderung, nachlassendes Engagement oder Fehlzeiten entstehen sowie physische und psychische Erkrankungen (Semmer & Udris, 1993).

Wardell et al. (1964, zitiert nach Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E., 2005) wiesen nach, dass Verantwortung für Personen im Vergleich zur Verantwortung für Sachwerte ein höheres Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung birgt. Colligan et al. (1977, zitiert nach Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González E., 2005) berichten über eine starke Gefährdung, psychisch zu erkranken in Bezug auf Tätigkeiten, die einen ständigen Kontakt mit Personen und Verantwortung für Personen beinhalten.

Die Bedeutung der Arbeit

Die Arbeit hatte in den letzten Jahrhunderten einen zentralen Stellenwert. Die Einzelperson wurde nicht zuletzt durch ihren Beruf definiert, der weitgehend vorgeschrieben war. In der heutigen Zeit taucht das Schlagwort „Wertewandel“ auf. Durch die sinkenden Arbeitszeiten in den Industriestaaten wurde auch eine Freizeitgesellschaft möglich.

Semmer & Udris (2007, S. 158) definieren Arbeit folgendermaßen:

„Arbeit ist zielgerichtete menschliche Tätigkeit zum Zwecke der Transformation und Aneignung der Umwelt auf Grund selbst- oder fremddefinierter Aufgaben mit gesellschaftlicher – materieller oder ideeller – Bewertung, zur Realisierung oder Weiterentwicklung individueller und kollektiver Bedürfnisse, Ansprüche und Kompetenzen.“

Bei der Erwerbsarbeit spielen neben dem Einkommen auch psychosoziale Faktoren eine große Rolle:

- **Aktivität und Kompetenz:** Durch die Ausübung einer Tätigkeit erwirbt man Wissen und Fähigkeiten, also Handlungskompetenz.
- **Zeitstrukturierung:** Die Arbeit gibt eine Struktur und Ordnung vor. Begriffe wie Pension, Urlaub oder Freizeit können sich nur über die Arbeit definieren.
- **Kooperation und Kontakt:**
Die Arbeit bietet ein soziales Kontaktfeld und fördert die Ausbildung kooperativer Fähigkeiten.
- **Soziale Anerkennung:** Durch die Kooperation mit anderen und das Erbringen von Leistung kann man soziale Anerkennung erfahren.
- **Persönliche Identität:** Selbstwertgefühl und Identität werden wesentlich mitgeprägt

durch die Berufsrolle und die Bewältigung der Arbeitsaufgabe (Semmer & Udris, 2007).

Wichtige Arbeitsaspekte für Arbeitende:

Das „Flow-Erlebnis“ oder die tätigkeitsbezogene Begeisterung sind Beispiele für mit der Arbeit verknüpfte positive Emotionen. Die emotionale Funktion der Arbeit wird in der Forschung zunehmend wichtiger.

Die große Acht-Länder-Studie „Meaning of Work“ zeigte, dass Berufsarbeit immer noch eine zentrale Stellung im Leben vieler Menschen einnimmt. Es findet jedoch auch eine Umbewertung statt: Der Fokus ist heute nicht mehr nur auf die Arbeit gerichtet, sondern die Balance zwischen Arbeit, Beruf und anderen Lebensbereichen wird gesucht. Somit geht der Weg von reiner Pflichterfüllung hin zu Werten wie Selbstentfaltung (Semmer & Udris, 2007).

Stress in arbeitspsychologischer Sicht

Es geht um die Beobachtung der Interaktion zwischen Merkmalen der Arbeitssituation, den involvierten Arbeitspersonen und deren Wahrnehmungen und Handlungen. Natürlich können Einflussfaktoren außerhalb der Arbeit verstärkend oder vermindern wirken.

Auch Margolis & Kroes (1974) definieren „job stress“ als „die Bedingungen, bei der ein bestimmter Faktor oder eine Kombination von Faktoren in der Arbeit mit dem Arbeitenden in der Weise interagiert, daß seine psychologische oder physiologische Homöostase gestört wird“ (zitiert nach Udris, 1981, S.393).

Die arbeitspsychologische Stressforschung beschäftigt sich mit dem Zusammenspiel von Merkmalen der Arbeit und Wahrnehmungen und Handlungen der Arbeitsperson. Es geht speziell darum, herauszufinden, welche Arbeitsbedingungen für psychische und physische Störungen in Betracht gezogen werden können.

In der Stressforschung gibt es kein allgemeines Stresskonzept, da es sich um eine sehr komplexe Thematik handelt. Es lassen sich aber zwei Hauptrichtungen angeben:

Das eine Konzept lehnt sich an die Aktivierungstheorie an. Es wird davon ausgegangen, dass sowohl eine Über- wie auch eine Unterstimulierung zu einer Verschiebung der Homöostase im System und damit zu Stress führt. Levi, Frankenhaeuser sowie Margolis & Kroes verwendeten diesen Zugang.

Die zweite Richtung, auch als Imbalance-Modell bei McGrath genannt, hat seine Ursprünge bei Lazarus. Das Hauptaugenmerk liegt hier in einer Nichtübereinstimmung zwischen Anforderungen aus der Umwelt und Fähigkeiten der Person. Es sind jedoch nicht die objektiven Anforderungen ausschlaggebend, sondern die subjektive Einschätzung und Wahrnehmung derselben. So führen Anforderungen, die sowohl die eigenen Fähigkeiten übersteigen, als auch solche, die die Fähigkeiten nicht auslasten, zu einer Imbalance.

Probleme bei der Stressforschung entstehen oft dadurch, dass Stressoren willkürlich ausgewählt werden. Außerdem wird oft nur eine subjektive Einschätzung des Individuums erfragt, ohne dass die Arbeitsplatzsituation analysiert wird. Oder umgekehrt werden Zusammenhänge zwischen objektiven Stressoren am Arbeitsplatz mit körperlichen und psychischen Reaktionen in Zusammenhang gebracht, ohne den subjektiven Umgang mit Stressoren zu berücksichtigen (Udris, 1981).

6.1 Konzepte und Modelle zur Erklärung von Stress am Arbeitsplatz

Unter arbeitsbedingtem Stress versteht man Reaktionen auf schädliche Aspekte des Arbeitsinhaltes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung. Der Stressor hat mit der Arbeit zu tun (Allenspach, 2005).

Es gibt verschieden Möglichkeiten, Stressfaktoren oder Stressoren einzuteilen.

6.1.1 Quellen des Stresses nach Mc Grath

Ein sehr allgemeines Modell stammt von **McGrath**. Es geht von drei Bereichen aus:

- Materiell-technischer Bereich
- Sozialer Bereich
- Persönlicher Bereich

Dabei kann es zu Überlappungen der einzelnen Bereiche kommen.

- a) Stress kann aus der physikalisch-technologischen Umwelt entstehen. Besonders an Arbeitsplätzen, an denen Personen starken Umweltbedingungen ausgesetzt sind, ist dies von Bedeutung z.B. Hitze/Kälte oder Lärm.
- b) Stress kann aus der sozialen Umgebung resultieren: Konflikte am Arbeitsplatz oder Isolation des Arbeitenden können zu Stress führen.

- c) Stress kann aus dem Personen-System selbst entstehen. Durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Ängstlichkeit, Perfektionismus oder besondere Wahrnehmungsstile kann für die Person an verschiedenen Arbeitsplätzen Stress entstehen unabhängig von den Umweltfaktoren und der sozialen Umwelt.

Die Einzelbereiche können sich wiederum überlappen, woraus 4 zusätzliche mögliche Stressquellen entstehen:

- d) Das Behaviour Setting, der „Verhaltensraum“, ist der Überschneidungsbereich von physikalisch-technischer und sozialer Umwelt ohne Einfluss der Person. Ein Beispiel dafür wäre, dass zu viele Personen auf zu engem Raum arbeiten (crowding) oder zu dünne Besetzung in einem zu großen Raum. Beides kann zu Stress führen
- e) Aus der Interaktion der Person und ihrer sozialen Umgebung kann Rollenstress entstehen. Rollenambiguität (unklare Definition der Rolle) oder Rollenkonflikte wären Beispiele dafür.
- f) Das Modell zeigt weiters, dass Stress aus der Arbeitsaufgabe resultieren kann, also aus dem Zusammenspiel von Person und physikalisch-technischer Umwelt. Die Arbeitsaufgabe kann zu schwierig, zu komplex oder mangelhaft definiert (Aufgabenambiguität) sein, was Stress erzeugen kann.
- g) Letztendlich ist es nach McGrath auch möglich, dass Stress aus einem Zusammenspiel aller drei Hauptbereiche (physikalisch-technisch, soziale Umwelt und Person) entsteht. Ein Beispiel dafür wäre, dass eine zu komplexe Aufgabe unter einem laufenden sozialen Konflikt erledigt werden muss.

(McGrath, 1983)

Aufbauend auf dem Stressmodell von McGrath gibt es innerhalb der Stressforschung verschiedene Forschungsansätze, die die Stressquellen unterschiedlich stark betonen:

Bei den handlungsregulatorischen Ansätzen stehen die Interaktion von Individuum und Erfüllung der Arbeitsaufgabe im Vordergrund, weniger die soziale Umwelt (Semmer & Mohr, 2001).

Die Forschung rund um den Rollenstress beschäftigt sich vornehmlich mit der Interaktion von Individuum und sozialem System.

Die Erforschung der Interaktion von Anforderungen und Ressourcen umfasst alle Quellen des

Stresses.

Zu diesem Bereich gehören das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996), das Person-Environment-Fit-Modell (Edwards, Caplan & van Harrison, 1998) sowie das Job-Demand-Control-Modell beziehungsweise das Job-Demand-Control-Support-Modell (Karasek, 1979).

6.1.2 Handlungsregulationstheorie

In diesem Ansatz entsteht Stress immer dann, wenn eine Behinderung (Barriere) der Zielerreichung vorliegt (Zapf & Semmer, 2004).

Man kann dabei drei Stressorenklassen unterscheiden:

- Regulationshindernisse: Die Arbeit wird behindert durch Unterbrechungen, fehlende Informationen, ...
- Regulationsüberforderung: kann durch Zeitdruck entstehen
- Regulationsunsicherheit: entsteht durch widersprüchliche, zu komplexe oder unklare Anforderungen (Semmer & Udris, 2007);

Aufbauend auf diesem Konzept und die transaktionale Theorie von Lazarus entwickelten Semmer, Zapf & Dunckel (1999) das Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA), welches Ressourcen und Stressoren am Arbeitsplatz analysiert. Aufbauend auf ISTA wurde das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte (ISAK) entwickelt, das Grundlage des Fragebogens in dieser Arbeit ist.

6.1.3 Rollenstress

In Michigan wurde das Konzept des „Rollenstress“ entwickelt (Kahn & Byosiere, 1992).

Interpersonale Beziehungen werden als Rollen bezeichnet. Sie entstehen aus der Überschneidung von Person und sozialer Umwelt.

„Der entscheidende Aspekt von Rollen im vorliegenden Zusammenhang ist, daß sie ständige, über spezifische Verhaltensräume und spezifische Aufgaben hinausgehende Beziehungen zwischen Personen darstellen und das Verhalten (bei Aufgaben in Verhaltensräumen) beeinflussen“ (McGrath, 1981, S.485).

Das Hauptaugenmerk liegt hier auf Stress, der aus Rollenkonflikt, Rollenambiguität und rollenbezogener Überforderung entsteht (Semmer & Udris, 2007).

Rollenstruktur

Es werden 3 Elemente des betrieblichen Stresses beschrieben:

Rollenkonflikte: Sie entstehen durch unerfüllbare Forderungen an den Rolleneempfänger.

Es gibt verschiedene Arten von Rollenkonflikten:

Inter-Sender-Konflikt: Verschiedene Personen eines Rollensystems stellen zwiespältige Erwartungen an den Rollenträger.

Intra-Sender-Konflikt: Ein Rollensender schickt widersprüchliche Erwartungen an den Rollenträger.

Personen-Rollen-Konflikt: Die Rollenerwartung und Merkmale der Person stehen in Konflikt (z.B. Moralvorstellungen, Werte, ...)

Inter-Rollen-Konflikt: Die verschiedenen Rollen einer Person sind nicht vereinbar (Mutter, Führungskraft, PartnerIn, ...).

Rollenambiguität: Das ist die Widersprüchlichkeit der Erwartung an eine Rolle, wobei durch Nichterfüllen dieser wirkliche oder vermeintliche Sanktionen folgen.

Rollenüberforderung: Eine Person ist mit mehr Aufgaben konfrontiert, als sie in der verfügbaren Zeit leisten kann.

Beim Konzept des Rollenstressses werden der Inhalt der Arbeitstätigkeit und die Arbeitsbedingungen nur unzureichend erfasst (Udris, 1981).

6.1.4 Interaktion von Anforderungen und Ressourcen

- Das P-E-Fit-Modell:

Ein weiteres wichtiges Konzept stellt das „Person-Environment-Fit“ (P-E-Fit) Modell dar, welches die Ansprüche des Menschen miteinbezieht. Es geht um die Person-Umwelt-Anpassung als maßgebenden Umstand bei der Entstehung von Stressreaktionen (Rutenfranz, 1981).

Caplan (1983) beschreibt die Entstehung von Stress durch eine mangelhafte Übereinstimmung („misfit“) zwischen Umwelt und Individuum.

Er beschreibt die Anteile, die Person und Umwelt zur Stressentstehung beitragen.

Stressreaktionen entstehen durch eine Nicht-Übereinstimmung zwischen den Fähigkeiten der

Person und den Anforderungen der Umwelt (abilities-demand misfit) und /oder eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Person und dem Angebot der Umwelt (need-supplies misfit) (Frieeling & Sonntag, 1999).

Ein weiterer Aspekt ist die Unterscheidung zwischen objektiver und subjektiver Umwelt und objektiver und subjektiver Person.

Bei der objektiven Umwelt und Person geht es um die real existierenden Merkmale. Subjektiv beschreibt die Selbstwahrnehmung und die persönlich wahrgenommene Umwelt.

Aktuell geht man davon aus, dass entscheidend für Wohlbefinden und psychische Gesundheit die subjektive Person-Umwelt-Übereinstimmung ist (Edwards, Caplan & Harrison, 1998).

- Job-Demand-Control-Modell und Job-Demand-Control-Support-Modell nach Karasek:

In diesem Modell werden zwei Dimensionen einander gegenübergestellt: Zum einen der Entscheidungsspielraum, zum anderen die Arbeitsanforderung. Es ergeben sich durch die Einteilung in niedrig und hoch daraus grob vier Tätigkeitstypen.

Stark belastete Arbeitsplätze entstehen nach diesem Modell aus dem Zusammenwirken von geringer Kontrolle und hoher Anforderung. Die Wahrscheinlichkeit von Stresssymptomen und die psychische Belastung steigen, die Arbeitszufriedenheit ist niedrig.

Bei großem Entscheidungsspielraum, verbunden mit hoher Arbeitsanforderung, kommt es zu deutlicher Aktivität.

Zahlreiche Studien des „Job-Demand-Control“ Modells zeigen, dass bei „high strain jobs“ das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen größer ist (Semmer & Udris, 2007).

- Berufliche Gratifikationskrisen nach Siegrist („model of effort-reward imbalance“)

Siegrist (1996) befasst sich in seinem Modell mit dem Verhältnis von Anstrengung (durch die Tätigkeit oder auch eigene Ansprüche) und Belohnung (Status, Wertschätzung). Schwierigkeiten entstehen, wenn die Anstrengung und die Belohnung nicht in einem ausgeglichenen Verhältnis stehen. Es geht nicht alleine um das Ausmaß der Anstrengung, sondern auch um die Frage, wie sehr sich der Aufwand lohnt (Semmer & Udris, 2007).

Negative emotionale Zustände sowie Stressreaktionen entstehen bei hohem Einsatz mit geringer Gratifikation („reward“). Eine „imbalance“-Situation wird im Normalfall nicht aufrechterhalten. Es gibt aber Bedingungen, dass Menschen nicht aus der Lage aussteigen:

Der Arbeitnehmer hat keine andere Arbeitsmöglichkeit, die Imbalance wird aus strategischen Gründen für eine bestimmte Zeit in Kauf genommen, oder die Person zeigt ein Überengagement in Bezug auf die Arbeit und nimmt die Imbalance-Situation nicht wahr (Siegrist, 1996).

Als Konsequenzen aus der arbeitspsychologischen Stressforschung findet man übereinstimmend einen Aufbau von Ressourcen und einen Abbau von Stressoren (Semmer & Udris, 2007).

6.2 Das Bio-psycho-soziale Modell sensu Egger

Das biopsychosoziale Modell geht von einer Körper – Seele – Einheit aus. Es werden also organische wie auch psychische Komponenten des Menschen miteinbezogen. In der Diagnostik und in der Therapie werden biologische, psychische und soziale Aspekte erfasst und genützt. Dieser ganzheitliche Rahmen stellt die Basis der Medizin des 21. Jahrhunderts dar. Körper und Seele stehen nicht in einer Wechselwirkung zueinander, sondern sind Teile einer gemeinsamen Wirklichkeit.

„Jeder Mensch ist nicht nur als biologisches Wesen zu verstehen („bio“), sondern zugleich auch als ein Wesen mit jeweils typischen Eigenheiten des Denkens, Fühlens und Handelns („psycho“) und auch ein Wesen mit individuellen sozialen und ökologischen Lebensumwelten („sozio““ (Egger, 2013, S. 18).

Nach diesem Modell bedeutet Gesundheit, die Fähigkeit des Systems „Mensch“, mit verschiedenen Störungen auf verschiedenen Ebenen autoregulativ fertig zu werden.

Zum Thema Stress bietet das Modell ein multidimensionales und multifaktorielles Herangehen. In der multimodalen Stress-Medizin werden die Beziehung zwischen Körper und Geist/Seele berücksichtigt. Daraus abgeleitet entwickelte sich die multimodale Stressdiagnostik. Bei dieser kommen verschiedene Verfahren zu Anwendung, wie beispielsweise Fragebögen, labor-chemische Tests zur Erfassung von Stressparametern oder Biofeedback. Das Ziel dieses Ansatzes ist eine vielschichtige Stresstherapie. Es stehen physische und psychische Gesundheit im Vordergrund (Winter, 2014).

Biopsychosoziale Medizin funktioniert idealerweise als Teamarbeit zwischen allen beteiligten Gesundheitsprofessionen und dem Patienten, wodurch für alle Vorteile, wie verbesserte Patienten-Compliance, Zeitersparnis oder verbesserte Nachhaltigkeit entstehen würden (Egger, 2013).

Auch für Liem (2006) ist es essentiell für den Heilungsverlauf des Patienten, dass wir sein soziales Umfeld und sein Gefühlsleben nicht getrennt von seinen körperlichen Beschwerden sehen, sondern als zusammenhängenden Komplex verstehen. "Das emotionale Innenleben einer Person übt einen mehr oder weniger großen Einfluss auf das Krankheits- oder Gesundheitsgeschehen aus" (Liem, 2006, S.155).

Bezieht der Osteopath den emotionalen Zustand des Patienten in den therapeutischen Prozess mit ein, kann dies den Heilungsverlauf günstig beeinflussen.

7 Stress und Persönlichkeit – Individuelle Unterschiede

Das Stressempfinden hängt von der individuellen Einschätzung und Bewältigungsversuchen ab. Diese wiederum sind abhängig von Merkmalen der Person. Daraus lässt sich ableiten, dass ein Stressor nicht bei allen Personen stressauslösend wirken muss (Schuler, 2007).

Warum dieselben Stresskonstellationen bei einem Menschen Stress verursachen und auf die andere Person wiederum keine oder wenig Wirkung haben, liegt in den interindividuellen Unterschieden. Viele verschiedene Variablen, die die Stressreaktion und Stresserfahrung beeinflussen, spielen dabei eine Rolle: individuelle Wahrnehmung, Alter, Beruf, Geschlecht, soziale Unterstützung, negative Affektivität ...

Die subjektive Wahrnehmung ist eine wichtige Moderatorvariable zwischen Stressor und Auswirkung, denn entscheidend ist nicht die objektive Situationskonstellation, sondern die individuelle Interpretation derselben.

Der Locus of control ist als Persönlichkeitseigenschaft besonders hervorzuheben. Personen, die als „internal“ bezeichnet werden, sind der Meinung, dass sie handlungsfähig sind und Situationen selbst steuern können. „Externale“ Menschen dagegen denken, dass sie dem Stress hilflos ausgeliefert sind. Internale Menschen handeln, um das Ergebnis zu beeinflussen, externale Personen reagieren eher defensiv und passiv. Studien zeigten, dass internale Menschen ihre Situation meist weniger stressbelastet wahrnehmen als externale Menschen (Sutherland & Cooper, 1988).

Individuelle Unterschiede

Das Typ-A- und Typ-B-Modell befasst sich mit individuellen Verhaltensmustern. Die Typ-A-Person ist ehrgeizig, ungeduldig, wettbewerbsorientiert und durchsetzungsfähig und hat ein

hohes Macht- und Kontrollbedürfnis. Sie versucht die Umgebung zu dominieren.

Die Typ-B Person ist ruhig, gelassen, geduldig und entspannt und daraus folgend weniger stressgefährdet (Weinert, 2004).

Drei Konzepte werden in der Stressforschung diskutiert: Engagierte Personen mit hoher „Hardiness“ sehen die Welt als beeinflussbar, und Schwierigkeiten stellen für sie Herausforderungen dar (Schuler, 2007). Das „hardiness modell“ wurde auf der Basis von breit angelegten Studien entwickelt. Die Fragestellung dabei befasste sich damit, ob Stress immer ein Zusammenwirken von externen Ereignissen und der subjektiven Bewertung durch die betroffene Person ist, sowie ob bei bestimmten Menschen die Wahrscheinlichkeit höher ist, Ereignisse so einzuschätzen, dass eine Stressreaktion ausgelöst wird. Der Persönlichkeitsstil „Hardiness“ ist gekennzeichnet durch drei Komponenten:

Commitment, Kontrolle (locus of control) und Herausforderung (challenge)

Commitment zeigt, wie sehr eine Person darauf vertrauen kann, was sie kann und wer sie ist.

Kontrolle (locus of control) beschreibt wie oben erwähnt die Überzeugung, Situationen selbst beeinflussen zu können. So können Menschen mit dieser Eigenschaft Stresssituationen besser erkennen und frühzeitig Strategien einsetzen, um übermäßige Stressreaktionen zu verhindern.

Herausforderung (challenge) bezieht sich auf das Persönlichkeitsmerkmal, Veränderungen als persönliche Herausforderung statt als Bedrohung zu erleben. Dadurch wird statt Stabilität und Routine die Veränderung gesucht.

Nach dem „hardiness modell“ erkranken Menschen mit hoher „hardiness“ physisch und psychisch weniger häufig in Stresssituationen als Menschen mit geringer oder fehlender „hardiness“ (Kaluza, 1996).

Auch Personen mit einem hohen „Kohärenzgefühl“ erleben sich selbst als handlungsfähig in einer begreifbaren Welt. Erweitert werden diese Konzepte noch um die Dimension der „negativen Affektivität“ (Schuler, 2007). Hier neigen Menschen dazu, negative Dinge an ihrem Arbeitsplatz, in ihrem Leben oder ihrer Umwelt hervorzuheben und negative Gefühle wie Furcht, Zorn oder Depression vermehrt zu erfahren und auszudrücken. Es konnte eine signifikante Beziehung zwischen negativer Affektivität und Stress nachgewiesen werden (Weinert, 2004).

8 Stressbewältigungsmöglichkeiten

„Es gibt Wichtigeres im Leben, als beständig dessen Geschwindigkeit zu erhöhen.“ Mahatma Gandhi

8.1 Coping

Stress ist integrativer Bestandteil des Lebens. Es gibt aber Möglichkeiten, den Umgang mit Stress im Alltag zu verbessern oder ihn zu vermeiden. Der Begriff Coping stammt aus dem Englischen, „to cope with“ = bewältigen, gewachsen sein. Copingstrategien können den Fokus auf dem Stressor und dessen Beseitigung haben oder auf dem Wahrnehmen der Situation (Allenspach, 2005).

Bewältigungsbemühungen können zwei verschiedene instrumentelle Schwerpunkte haben:

Sie können auf die Umwelt, auf das Selbst oder auf beide gerichtet sein. Diese Schwerpunkte können als Ursache für Stress bewertet werden, und eine Veränderung einer oder mehrerer Komponenten kann Stress abbauen oder erträglicher machen. Es besteht die Möglichkeit der Selbst- und Umweltveränderung (Lazarus & Launier, 1981).

Zeitliche Orientierung: Je nachdem, ob es um die Bewältigung einer gegenwärtigen oder einer zukünftigen Schädigung geht, werden andere Bewältigungsstrategien erforderlich. In der Gegenwart/Vergangenheit stehen Erholung, Überwinden, Tolerieren etc. als Strategien im Vordergrund. Zukünftigen Ereignissen begegnet man mit präventiven Prozessen, indem man versucht den derzeitigen Zustand zu erhalten beziehungsweise die zukünftige Schädigung zu neutralisieren oder abzuwehren. Ein zukünftiges Ereignis kann durch unterschiedliche Bewertung als Schädigung oder aber als Herausforderung gesehen werden.

Den Bewältigungsstrategien können zwei Funktionen zugeordnet werden:

Entweder sind sie auf die Umwelt oder auf das Selbst oder auf beide gerichtet sein. Es geht darum, welches Ziel verfolgt werden soll: eine Veränderung der stressenden Person-Umwelt-Beziehung oder die Veränderung der emotionalen Reaktion, die aus dieser Beziehung entsteht.

Die Regulierung von Emotionen stellt einen wichtigen Aspekt der Bewältigung dar:

Stresseemotionen wie Schuld, Angst, Ärger, Eifersucht, Neid etc. sind schmerzlich. Starke Emotionen schränken die Wahrnehmung einer Situation ein. Außerdem ist bei einer Person, die psychologischem Stress ausgesetzt ist, das interne Milieu gestört (siehe auch Selye, Allgemeines Adaptationssyndrom) so lange, bis die Störung behoben ist. Bei dauerhaften und

schweren Störungen können körperliche Krankheiten die Folge sein. Somit kommt der Erhaltung der internen Stabilität eine große Bedeutung zu.

Wichtig ist weiters, in seinen Strategien flexibel zu bleiben.

Es gibt vier Bewältigungsformen („coping modes“):

- Informationssuche: Je mehr Informationen sich eine Person sucht, umso mehr Handlungsgrundlage besteht, und umso sicherer kann sich der Mensch in der stressenden Transaktion fühlen.
- Direkte Aktion: Diese kann instrumentell sein, wie z.B. der Bau eines Schutzwalls bei Hochwasser oder die Regulierung einer Emotion beispielsweise durch Biofeedback. Eine direkte Aktion kann auch die Veränderung der Person selbst oder der Umwelt bewirken.
- Aktionshemmung: Es wird keine Aktion ausgeführt, um mit dem Umfeld in Einklang zu bleiben.
- Intrapsychische Bewältigungsformen: Sie sind kognitive Prozesse, die durch die Steigerung des Wohlbefindens der Person Emotionen regulieren.

Wie das Zusammenspiel und die Wirksamkeit dieser Bewältigungsformen sind, ist bisher noch unklar, aber alle sind für die Gesamtbeurteilung der Strategien eines Menschen wichtig (Lazarus & Launier, 1981).

Wahl der Bewältigungsform:

Jede Stress- und Bewältigungssituation hat bestimmte Merkmale, die bestimmte Bewältigungsformen fordern. Für welche Art der Bewältigung sich eine Person entscheidet, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie beispielsweise dem Grad der Ungewissheit, dem Grad der Bedrohung, dem Vorliegen eines Konflikts oder dem Grad der Hilflosigkeit.

- Ein hoher Grad an Ungewissheit führt verstärkt zu Informationssuche und weniger zu direkter Aktion. Eine Kombination aus zeitlicher Ungewissheit und der Überzeugung einer unvermeidbaren Schädigung kann zu kognitiven Vermeidungsstrategien anregen oder intrapsychische Prozesse wie Leugnung aktivieren. Die Alternative wäre ein Tolerieren der Angst.

- Bei einem Anstieg des Grades der Bedrohung zeigen sich primitive Bewältigungsformen wie Wut, Panik, verwirrtes Denken oder Abwehrmechanismen.
- Bei Konflikten gibt es keine Lösung ohne Schaden. Psychischer Disstress muss abgewehrt oder toleriert und körperlicher Disstress reguliert werden. Direkte Aktionen sind lahmgelegt.
- Hilflosigkeit: Erlittene und unvermeidbare zukünftige Schädigungen können nur toleriert oder akzeptiert werden. Bei einer Steigerung der Hilflosigkeit zu Hoffnungslosigkeit entstehen eine Lähmung und ein Verfall in Depression.

Insgesamt gehören zu den beeinflussenden Faktoren neben den Merkmalen der objektiven Umwelt auch Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel spezielle Grundeinstellungen, verminderte Intelligenz oder neurotische Wunschvorstellungen (Lazarus & Launier, 1981).

unterscheidet drei verschiedene Bewältigungsformen:

Emotionszentrierte Bewältigung

Problemzentrierte Bewältigung

Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung

Weiters betont Lazarus (1999) die Wichtigkeit des Copings als essentiellen Aspekt des Emotionsprozesses und des emotionalen Lebens. Coping gehört als integrativer Bestandteil zum Emotionsprozess. Darum sollten die Einzelbestandteile einer Stressreaktion nur zur Analyse getrennt werden, das Bewusstsein sollte aber bestehen, dass sie in der natürlichen Reaktion verbunden sind.

8.2 Ressourcen

„Die Entspannungsfähigkeit eines Menschen ist das sicherste Anzeichen seiner seelischen Gesundheit“ (Selye, 1966, S.133).

Ressource bedeutet Kraftquelle oder Hilfsmittel, in Bezug auf Stress auch Entlastungsfaktor.

Ressourcen können personenbezogen oder situationsbezogen sein.

Die wichtigsten situationsbezogenen Ressourcen sind

- Handlungsspielraum
- Soziale Unterstützung

Handlungsspielraum bedeutet, die Möglichkeit zu haben auf eine Situation Einfluss zu nehmen. Möglichkeiten, wie Reduktion des Arbeitstempos bei Bedarf, Einfluss auf die zeitliche Abfolge von Arbeitsschritten oder aber allein das Wissen um die Möglichkeit der Veränderung wirken stressreduzierend (Udris & Frese, 1988).

Soziale Unterstützung verweist auf emotionale oder direkte Unterstützung durch andere, z.B. KollegInnen, PartnerInnen, Vorgesetzte (Schuler, 2007).

Zu personenbezogenen Ressourcen gehören beispielsweise Gesundheitszustand, berufliche Qualifikation, Optimismus und Selbstvertrauen oder soziale Kompetenz.

Die arbeits- und organisationspsychologische Studie SALUTE (Udris, Kraft, Mussman & Rimann, 1992) untersuchte Ressourcen von Berufstätigen. Daraus lassen sich drei Gesundheitstypen ableiten:

- Die „normal Gesunden“: Sie sind nicht krank gewesen, sind gedanklich wenig mit dem Thema Gesundheit beschäftigt und unternehmen nicht viel, um gesund zu bleiben.
- Die „präventiven Gesunden“: Diese Personen leben gesundheitsbewusst, vermeiden Risikofaktoren und bemühen sich um ein Gleichgewicht von Körper und Seele. Sie streben nach einem positiven Lebenssinn im Privaten und in ihrer Arbeit.
- Die „Gesunden nach Lebenskrise“ haben schwere Belastungen erlebt und kritische Ereignisse bewältigt. Ihr Leben hat einen neuen Sinn bekommen, Krankheiten konnten überwunden werden oder gar nicht erst entstehen (Schwarzer, 1997, S.31)

Kaluza (1996) beschreibt einige der wichtigsten salutogenetischen Faktoren, die die Gesundheit trotz Belastungen aufrechterhalten:

Sozialer Rückhalt:

In diversen Studien zeigte sich, dass soziale Unterstützung eine negative Korrelation darstellte in Bezug auf psychosoziale Störungen und körperliche Krankheiten. Insgesamt kann bei sozialem Rückhalt zwischen sozialem Netzwerk (Anzahl der sozialen Kontakte, Häufigkeit, ...) und sozialer Unterstützung durch das Netzwerk unterschieden werden.

Soziale Unterstützung kann sich auf unterschiedlichen Wegen zeigen, wie etwa emotional (positive Gefühle wie Nähe und Vertrauen, Selbstwert stärken oder Trost spenden),

instrumentell (Probleme besprechen, Lösungen suchen), materiell und praktisch (Geld oder praktische Hilfen im Alltag) oder geistig (Werte und Lebensvorstellungen teilen).

Insgesamt ist auch hier wieder zu betonen, dass soziale Unterstützung ein transaktionales Geschehen ist. Das heißt, der positive Effekt ist abhängig davon, wie die jeweilige Person die sozialen Kontakte wahrnimmt.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet das, den Menschen darin zu unterstützen, vorhandene soziale Unterstützung wahrzunehmen und für sich zu nutzen.

Optimismus und Selbstwirksamkeit:

Günstig wirkt sich eine optimistische Situationserwartung aus, die darauf gegründet ist, dass es Handlungen gibt, die zu diesem positiven Ergebnis führen (Konsequenzerwartung), und dass die Person selbst in der Lage ist, diese Handlungen auszuführen (Kompetenz- oder Selbstwirksamkeit).

Bandura (1992) zeigte in einer Studie, dass sich Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit schwierigeren Aufgaben stellen, mehr Anstrengungen in diese investieren, sich von Rückschlägen eher erholen und Zielbindungen länger erhalten.

Hardiness:

Der Begriff „hardiness“ bedeutet Stärke oder Widerstandsfähigkeit. Die drei Komponenten der Hardiness sind Engagement und Selbstverpflichtung, Kontrolle und Herausforderung.

Kohärenzsinn:

Als zentrale Ressource stellte Aaron Antonovsky (1987) in seinem Modell der Salutogenese das Kohärenzerleben vor. Dieses ist geprägt durch die 3 Säulen: Gefühl der Verstehbarkeit, Gefühl der Machbarkeit und Gefühl der Sinnhaftigkeit.

Insgesamt bedeuten diese Faktoren wichtige Ressourcen, die der Einzelne zur erfolgreichen Bewältigung von Belastungen nützen kann.

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz liegt im Abbau von Stressoren und Aufbau von Ressourcen sowie Förderung der persönlichkeitsunterstützenden Bedingungen (Mohr & Udris, 1997).

- Abbau von Stressoren:

Eine Veränderung von Stressoren setzt zuerst eine Analyse derselben voraus.

Das Gesundheitsverständnis nach Schwarzer (1997) beschreibt, dass die Wahrnehmung von körperlichen und emotionalen Reaktionen auf Fehlbelastungen ein wichtiger Bestandteil von Gesundheit ist, weil sie eine Voraussetzung für regulierende Veränderung ist.

Die Veränderung von Stressoren kann antizipativ oder reaktiv erfolgen: Antizipatives bzw. vorwegnehmendes Bearbeiten von Stressoren geht über den Einzelnen hinaus und ist Aufgabe der Arbeitsgestaltung. Reaktive Gesundheitsförderung versucht, vorhandene Stressoren abzubauen. Dabei muss das Zusammenspiel von Stressoren, Anforderungen und Ressourcen beachtet werden.

- Aufbau von Ressourcen:

Ressourcen des einzelnen Arbeitnehmers können beispielsweise durch Training sozialer Kompetenzen gestärkt werden, was in den Bereich der personenbezogenen Gesundheitsförderung fällt.

Insgesamt erreicht man erfolgreiche Gesundheitsförderung einerseits über Verhaltensänderung von Betroffenen, andererseits auch über die Veränderung von Verhältnissen (Mohr & Udris, 1997).

9 Methodik

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll erhoben werden, wie es praktisch tätigen OsteopathInnen in Österreich in ihrer beruflichen Tätigkeit in Hinblick auf Stressoren und Ressourcen ergeht. Spezifische Fragestellungen beschäftigen sich mit Subgruppen unter den OsteopathInnen: So sollen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zwischen sehr berufserfahrenen und eher unerfahrenen OsteopathInnen sowie TeamarbeiterInnen und allein Tätigen beleuchtet werden.

9.1 Forschungshypothesen

1. Es gibt einen geschlechtsspezifischen Unterschied in den Ressourcen und Stressoren von OsteopathInnen in Österreich.
2. Im Team tätige OsteopathInnen verfügen über mehr Ressourcen und weisen geringere Stressoren auf als allein tätige OsteopathInnen.
3. Berufserfahrenere OsteopathInnen verfügen über mehr Ressourcen und weisen geringere Stressoren auf als BerufsanfängerInnen.

Zur Überprüfung der Forschungshypothesen werden die Skalen des verwendeten Fragebogens auf signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen getestet. Für die Berufserfahrung wurden die OsteopathInnen in zwei Gruppen geteilt: mit bis zu 7 Jahren Berufserfahrung und mit längerer Berufserfahrung als 7 Jahre.

9.2 Stichprobe

Zielgruppe waren die OsteopathInnen Österreichs. Im Zuge der quantitativen Sozialforschung wurde eine Vollerhebung der OsteopathInnen Österreichs mittels Fragebogen vorgenommen. Zur Befragung wurden 626 Osteopathen herangezogen.

Im Zeitraum März bis April 2014 wurde der Fragebogen in leicht adaptierter Form an die OsteopathInnen Österreichs ausgeschickt. Die Postadressen und E-Mail-Adressen wurden von der Wiener Schule für Osteopathie, der International Academy of Osteopathie, der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie sowie aus dem Telefonbuch Herold rekrutiert. Die Dubletten wurden entfernt.

Sofern vorhanden wurde der Fragebogen an die angegebene E-Mail-Adresse geschickt. Die übrigen wurden postalisch versendet.

Der erste Fragebogen wurde am 17.03.2014 ausgeschickt, der Erinnerungsfragebogen erreichte die OsteopathInnen am 06.04.2014.

Von insgesamt 255 eingegangenen Online- oder Papierfragebögen konnten 233 in die Analyse einbezogen werden, 22 Bögen mussten aufgrund zu vieler fehlender Antworten ausgeschlossen werden. Der Rücklauf betrug somit 37,2 %. Es waren 91,4 % der eingegangenen Antwortbögen verwertbar.

Die Stichprobe besteht aus 71 männlichen (30,5 %) und 162 weiblichen (69,5 %) Personen.

9.3 Erhebungsverfahren

Zur Befragung der OsteopathInnen wurde eine quantitative Methode in Form eines Fragebogens gewählt, der in einer Online- und paper-pencil-Version verwendet wurde. Der Grund dafür wurde in der Stichprobenrekrutierung erläutert.

Der Vorteil eines standardisierten Befragungsinstruments liegt in der Ökonomie – sowohl für die Befragten wie auch für die ForscherInnen. Da ein spezifisches Instrument für diese Berufsgruppe nicht vorliegt, wurde ein Instrument angewendet, das in der Befragung von Ärzten/Ärztinnen breite Verwendung in Deutschland findet.

9.3.1 Fragebogen

Als Fragebogen wurde das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse bei Klinikärztinnen und –ärzten – Kurzversion (ISAK-K) eingesetzt. Das ISAK ist derzeit das einzige validierte Instrument zur Erfassung von stressrelevanten Arbeitsmerkmalen, die mit der ärztlichen Tätigkeit in Kliniken im Zusammenhang stehen. Ein weiterer Vorteil des ISAK ist die Kürze der Skalen, die durch Konzentration auf wenige übergreifende und/oder besonders bedeutsame Aspekte erreicht wurde (Keller et al. 2010). Der Fragebogen lässt sich daher praktikabel und effizient einsetzen. Der Fragebogen wurde von der Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Kooperation mit der Universität Hamburg 2010 entwickelt. Zu Grunde liegt dem Fragebogen das transaktionale Stressmodell von Lazarus. ISAK baut auf dem „Instrument zu stressbezogenen Tätigkeitsanalyse“ (ISTA) von Semmer (1984) auf.

Die adaptierte Form des Fragebogens enthält insgesamt 25 Fragen, in 10 Skalen abgebildet. 14 Fragen in 6 Skalen befassen sich mit Stressoren in der Arbeitstätigkeit, wie etwa Zeitdruck oder soziale Stressoren. Weiters werden 11 Fragen in 4 Skalen zu den Ressourcen gestellt, wie Handlungsspielraum oder sozialer Unterstützung.

Detailliert wurden nach Stressoren gefragt, die nachweislich Stress und gesundheitliche Beanspruchung auslösen können.

Die Kategorien umfassten:

- Zeitdruck (2 Items)
- Unsicherheit bezüglich Arbeitsinhalte (2 Items)
- Frustration wegen übergeordneter Ziele (2 Items)

- Zusammenarbeit mit KollegInnen und Vorgesetzten sowie Beschäftigten anderer Berufsgruppen (4 Items)
- soziale Stressoren (2 Items)
- emotionale Dissonanz (2 Items)

Als Kategorien zum Thema Ressourcen standen:

- Handlungs- und Entscheidungsspielraum (3 Items)
- Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit (2 Items)
- soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (4 Items)
- Partizipation (2 Items)

Aus Gründen der Anwendbarkeit auf die Berufsgruppe der OsteopathInnen wurden 2 spezifisch auf Klinikärztinnen und -ärzte ausgelegte Skalen (5 Items) weggelassen.

9.3.2 Statistische Methoden

Die Daten wurden in SPSS 14.0 erfasst und ausgewertet. Zur Anwendung kamen einerseits deskriptiv-statistische Methoden zur graphischen Darstellung und Beschreibung anhand von Kennwerten wie Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD). Zur Überprüfung der Forschungshypothesen wurden die Mittelwerte der einzelnen Skalen mittels t-Test für unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede getestet. Es gilt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %.

10 Ergebnisdarstellung

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten anzugeben, welche Ausbildungen vor der Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen wurden. Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt sich eine Gesamtnennung von 244 Angaben. Am häufigsten wurde mit Abstand Physiotherapie von 88,4 % aller Befragten genannt.

Tabelle 1 Abgeschlossene Ausbildungen vor der Osteopathieausbildung

Welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen, bevor Sie die Osteopathie-Ausbildung gemacht haben?	N	%
Physiotherapie	206	88,4
Medizinstudium	20	8,6
Ergotherapie	4	1,7
Osteopathie	3	1,3
2jährige Weiterbildung mit Konzentrativer Bewegungstherapie, Manuelle Therapie nach Kaltenborn - Zertifikat	1	0,4
CTA	1	0,4
Feldenkrais	1	0,4
Heilmassage, Studium der Musik (Gitarre), Osteopathie, MSc, Biodynamik	1	0,4
Kindergärtnerin	1	0,4
Koch, Kellner, Notfallsanitäter	1	0,4
MTF	1	0,4
Sportwissenschaften	1	0,4
Studium der Erziehungswissenschaften	1	0,4
Studium der Sportwissenschaften	1	0,4
Teile eines Medizinstudiums, Heilmasseur	1	0,4
Total	244	

Die nächste Frage bezog sich auf den aktuellen Ausbildungsstatus, wobei sechs Vorgaben und ein freies Antwortformat vorgegeben wurden. Da auch hier Mehrfachnennungen möglich waren, wurden in Summe 323 Nennungen von 233 Befragten erhoben (Tabelle 2).

Tabelle 2 Aktueller Ausbildungsstatus der Befragten

Welchen Ausbildungsstatus führen Sie?	N	%
OsteopathIn	148	63,51
MSc	70	30,00
D.O.	56	24,00
Dr. Med.	18	7,70
Osteopathin i.A.	6	2,58
BSc	4	1,70
DPO	3	1,26
Kinderosteopathin	3	1,29
Ph.D.	2	0,86
Mag.	2	0,86
Physiotherapeut	2	0,86
Ernährungsberatung, Kinesiologie	1	0,43
habe komplette Technische Ausbildung	1	0,43
hdl	1	0,43
Kinderosteopathin, Biodynamik i.A.	1	0,43
Legasthenie/Dyskalkulietrainerin	1	0,43
mit Abschlussarbeit fertig und abgelehnt	1	0,43
MSc i. A.	1	0,43
Osteopath BAO	1	0,43
Physiotherapeutin	1	0,43
Total	323	

Stundenanzahl im Primärberuf und als OsteopathIn:

Die TeilnehmerInnen wurden gefragt, wie viele Stunden sie im Primärberuf und als Osteopath arbeiten. Für den Primärberuf wurden im Schnitt 14,20 Stunden pro Woche genannt (SD = 15,65), die Dauern liegen in der Spannbreite von 0 Stunden bis zu 120 Stunden, der Maximalwert wurde von einem Mediziner angegeben. Die Hälfte der genannten Stunden im Primärberuf liegt bei bis zu 10 Stunden pro Woche, die andere Hälfte darüber. 150 Befragte haben dazu Auskunft gegeben.

Die mittlere Stundenzahl als OsteopathIn pro Woche liegt bei 23,75 Stunden pro Woche (SD = 10,87), die Spannweite liegt zwischen 0 und 60 Stunden. Der Minimalwert von 0 Stunden wurde zweimal und der Maximalwert von 60 einmal genannt. Der Median liegt bei 21 Stunden, d.h., je die Hälfte der Werte liegt darunter bzw. darüber.

Art der Beschäftigung

Der überwiegende Anteil der Befragten ist ausschließlich freiberuflich tätig (86,3 %), nur 1,7 % ist angestellt und 12 % sind sowohl freiberuflich als auch im Angestelltenverhältnis tätig.

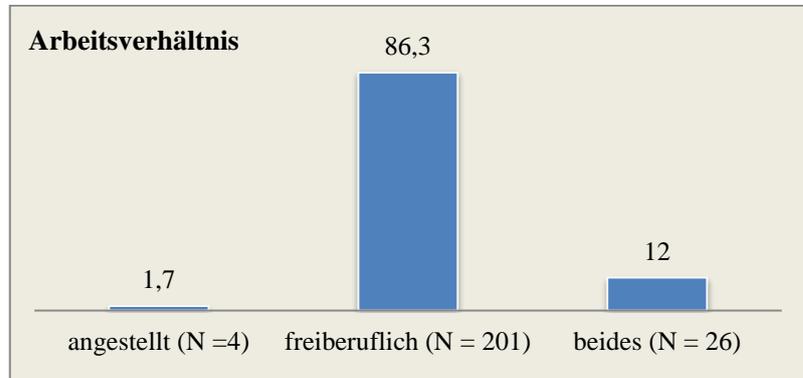


Abbildung 1 Arbeitsverhältnisse der Befragten

Die Frage nach der Teamarbeit bei freiberuflicher Tätigkeit wurde von allen Befragten beantwortet, nur 39,5 % arbeiten alleine und 60,5 % arbeiten in einem Team.

Tabelle 3 Angaben zur Arbeit

Wenn Sie freiberuflich arbeiten, arbeiten Sie alleine oder in einer Praxisgemeinschaft?	N	%
alleine	92	39,5
im Team	141	60,5
Total	233	100

Wie schon der hohe Anteil freiberuflicher Befragter vermuten lässt, arbeitet der überwiegende Anteil der OsteopathInnen in einer Privatpraxis (86 %) und nur 14 % in Einrichtungen. An sonstigen Möglichkeiten wurden noch Hausbesuche, eine Arztpraxis, eine multidisziplinäre Gemeinschaftspraxis und Karenz genannt.

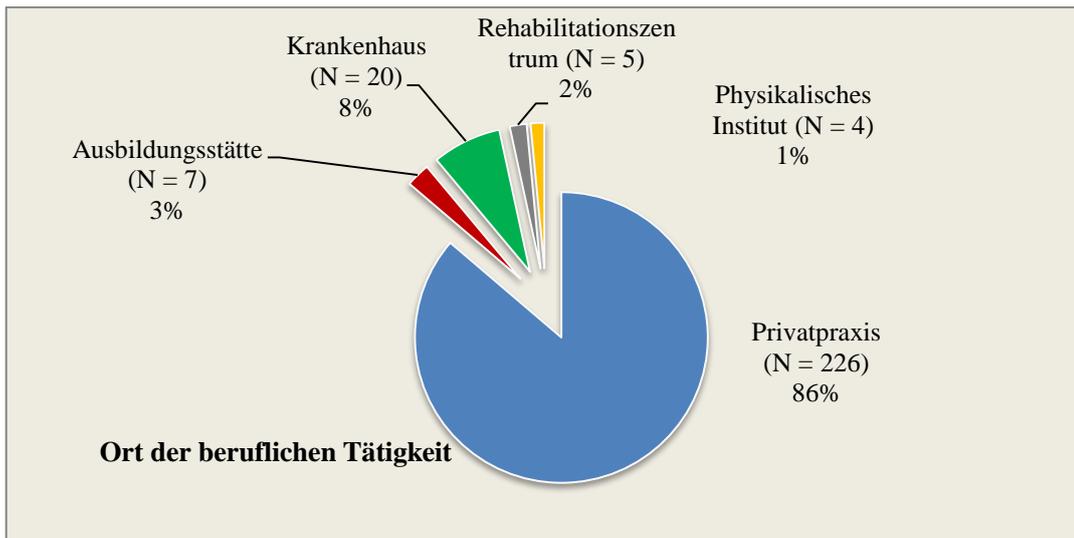


Abbildung 2 Orte der beruflichen Tätigkeit

Weiters wurde erhoben, wie häufig die Befragten mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten, dazu wurden sieben Berufsgruppen und ein offenes Antwortformat vorgegeben. 220 von 233 Befragten haben mindestens eine der vorgegeben Berufsgruppen gewählt, im Schnitt wurden 2,9 Berufsgruppen genannt (SD = 1,5). 42 % haben eine oder zwei Berufsgruppen angegeben und 58 % sogar mehrere.

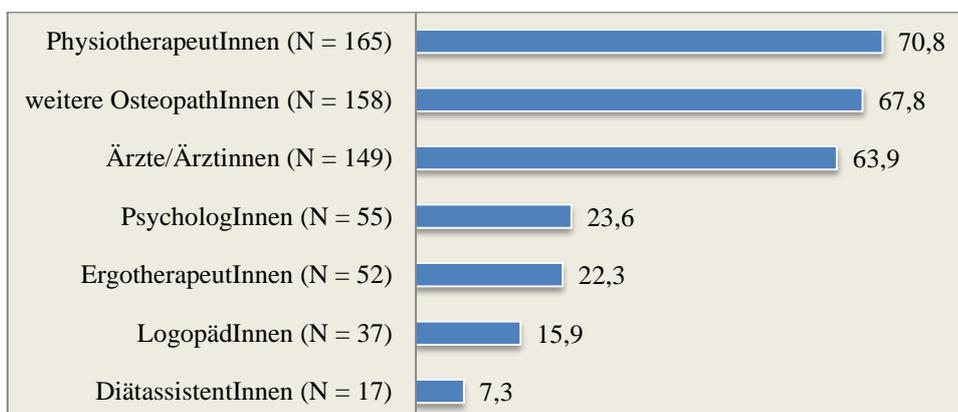


Abbildung 3 Zusammenarbeit von OsteopathInnen mit anderen Berufsgruppen

Unter den genannten Berufsgruppen kamen drei besonders häufig vor, PhysiotherapeutInnen (70,8 %), weitere OsteopathInnen (67,8 %) und Ärzte/Ärztinnen (63,9%).

Die Nennungen zum offenen Antwortformat sind in Tabelle 4 angeführt und bestehen überwiegend aus Einzelnennungen.

Tabelle 4 Sonstige Angaben zur Zusammenarbeit von OsteopathInnen mit anderen Berufsgruppen

Sonstige Nennungen Zusammenarbeit	N	%
Massage	6	2,58
Hebammen	4	1,72
Pflegedienst	3	1,29
Psychotherapeuten	3	1,29
Shiatsu-Praktiker	2	0,86
1x pro Wo. mit Physiotherapeuten	1	0,43
Alexander Technik, Schamanen	1	0,43
Alexandertechniklehrerin	1	0,43
Apothekerin	1	0,43
Energetiker, Mototherapeutin,	1	0,43
Energetiker, Bioresonanz, Kinesiologie, Podotherapeuten	1	0,43
Feldenkrais, Tomatis	1	0,43
Hebammen, Fachärzte (Gyn, Zahn, Kiefer)	1	0,43
Heilmasseur	1	0,43
Heilmasseurinnen, Shiatsu-praktikerin	1	0,43
Heilpraktiker	1	0,43
HNO	1	0,43
Homöopathen Hebammen	1	0,43
Kinesiologen	1	0,43
Kinesiologin	1	0,43
Kosmetik, Fusspflege, Shiatsu, Joga, Meditation	1	0,43
Masseur, Energetiker	1	0,43
Masseur, Feldenkraistrainer, Kampfsportler	1	0,43
Masseurin, Kinesiologin	1	0,43
Mototherapeuten,	1	0,43
MTF, Masseurin	1	0,43
Nur telefonische Kontakte und an der WSO	1	0,43
PhysioenergetikerIn	1	0,43
Physiotherapeuten, Orthopädietechniker	1	0,43
Pilates und Yogalehrer	1	0,43
Psychotherapeuten, Homöopathen, Yogalehrer, ErnährungsberaterInnen,	1	0,43
Sekretärin	1	0,43
Shiatsu	1	0,43
Shiatsu, Psychotherapeuten	1	0,43
Tuina Therapeutin, Naturkosmetikerin	1	0,43
Yoga Lehrer, Shiatsu Therapeuten	1	0,43
Total	233	

Berufserfahrung als OsteopathIn

Abschließend wurde die Dauer der Tätigkeit als OsteopathIn erhoben. Im Schnitt sind die Befragten sei 8,31 Jahren tätig (SD = 4,87), die Spannweite der Werte erstreckt sich von 1 Jahr bis zu 22 Jahren. Der Median liegt bei 8 Jahren, somit ist die Hälfte der Befragten schon länger als 8 Jahre in diesem Beruf tätig.

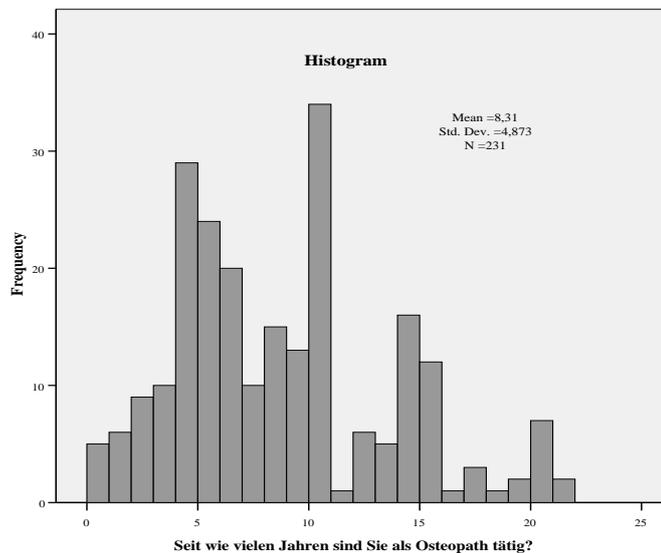


Abbildung 4 Histogramm für die Dauer der bisherigen Tätigkeit als OsteopathIn

Zusammenfassend kann von einer akzeptablen Stichprobengröße gesprochen werden, Anspruch auf Repräsentativität für alle OsteopathInnen wird damit nicht erhoben, da die Stichprobe der Gruppe der Ad-hoc-Stichproben zugeordnet werden muss.

In Bezug auf Geschlecht, Dauer der beruflichen Erfahrung, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und vorheriger beruflicher Erfahrungen zeigt sich ein breites Spektrum an Antworten.

10.1 Ergebnisse zu den offenen Fragen der Studie

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden drei offene Fragen zum Thema Stress und Ressourcen gestellt. Vor der eigentlichen quantitativen Fragestellung wurde den OsteopathInnen folgende Frage gestellt:

*Schreiben Sie bitte die Wörter auf, die Ihnen in Verbindung mit STRESS
in den Sinn kommen:*

Von den 233 Teilnehmenden haben 210 diese Frage beantwortet, das entspricht einem Anteil von 90 %. Die Antworten wurden in acht groben Kategorien zusammengefasst, die sich ihrerseits aus mehreren Feinkategorien zusammensetzen. Die Prozentangaben für die Grobkat­egorien beziehen sich auf alle 233 Befragten (Abbildung 5).

Drei Kategorien wurden besonders häufig genannt: emotionsbezogene Assoziationen (90,1 %), körperbezogene Assoziationen (69,5 %) und arbeitsbezogene Assoziationen (55,8 %).

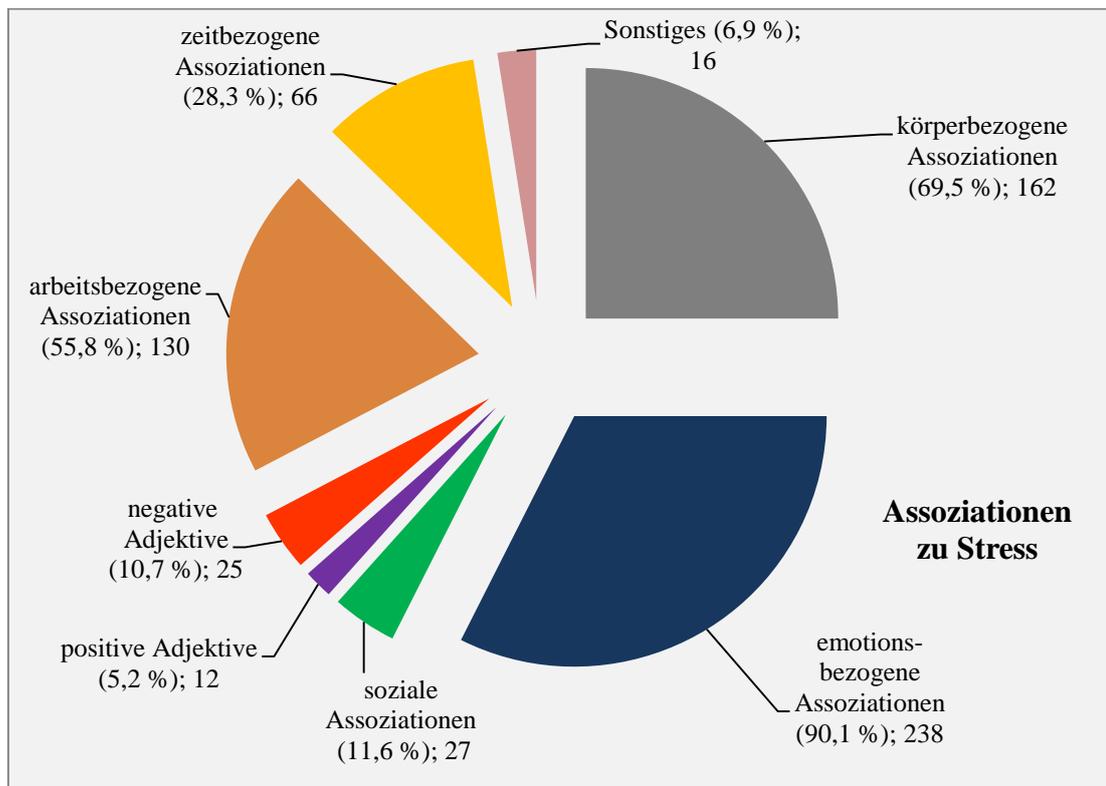


Abbildung 5 Assoziationen zu Stress (Mehrfachnennungen möglich)

Die häufigsten genannten Begriffe in Zahlen zu den **emotionsbezogenen Assoziationen** waren: Unruhe (27), Druck (22), Anspannung (18), Nervosität (12) und Angst (9)

Die häufigsten Nennungen in Zahlen zu den **körperbezogenen Assoziationen** waren: Müdigkeit (17), Atemsymptome (12), Herzsymptome (12), Schlaf (11) und Verspannung (7)

Den **arbeitsbezogenen Assoziationen** wurden folgende Aussagen zugeordnet:

Terminbelange (19), Patientenbelange (14), Arbeit allgemein (11), Telefon (9) und Buchhaltung (6).

Die meistgenannten Begriffe zur **zeitlichen Assoziation** waren:

Zeitdruck (23), Zeitmangel (13), keine (zu wenig) Zeit 13, Zeitmanagement (5) und Zeit allgemein (3)

Die zweite offene Frage wurde nach dem quantitativen Teil gestellt:

Wie reagieren Sie auf Stress?

Diese Frage wurde von fast allen Befragten beantwortet, 224 von 233 OsteopathInnen haben dazu Angaben gemacht (96 %). Für die Antworten auf diese Frage wurden fünf Grobkategorien mit jeweiligen Feinkategorien entwickelt (Abbildung 6).

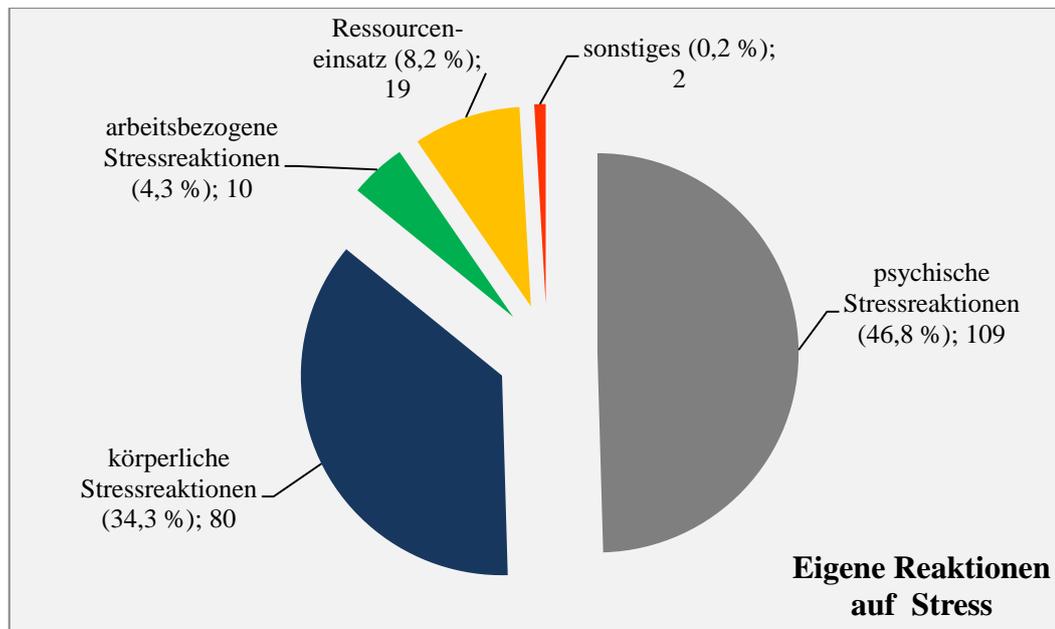


Abbildung 6 Assoziationen zu Stress

Die meisten OsteopathInnen gaben als Reaktion auf Stress psychischen Komponenten an (46,8 %), gefolgt von körperlichen Stressreaktionen (34,3 %) und Ressourceneinsatz (8,2 %). Arbeitsbezogenen Stressreaktionen wurden von 4,3 % angegeben und 0,2 % sonstige Reaktionen.

Die häufigsten genannten Begriffe zum Thema **psychische Stressreaktion** waren: Unruhe (18), Gereiztheit (Reizbarkeit) 17, Hektik (16), Nervosität (nervös) 14 und Anspannung (Spannung) 14.

Als **körperliche Stressreaktion** wurden am häufigsten genannt:

Müdigkeit (21), Veränderung des Schlafverhaltens (15), Verspannungen (12), Veränderung der Atmung (11) sowie Kopfschmerzen (8).

Die Assoziationen zu **Stressreaktionen mittels Ressourceneinsatz** lauteten:

Zeit nehmen (4), Bewegung (5), Meditation (2), Natur (2) und Gegenmaßnahmen ergreifen (2).

Schließlich beschrieben die OsteopathInnen die **arbeitsbezogenen Stressreaktionen mit folgenden Begriffen**: Fehler (3), erhöhtes Arbeitstempo (2), kaum (wenig) Pausen (2), unkonzentriertes Arbeiten (2) und Leistung (2).

Abschließend wurde den OsteopathInnen eine offene Frage zu den Ressourcen gestellt:

Was hilft Ihnen, den Stress bei der Arbeit zu bewältigen?

Auch diese Frage wurde von fast allen Befragten beantwortet; 222 Befragte (95,3 %) haben Angaben dazu gemacht (Abbildung 7).

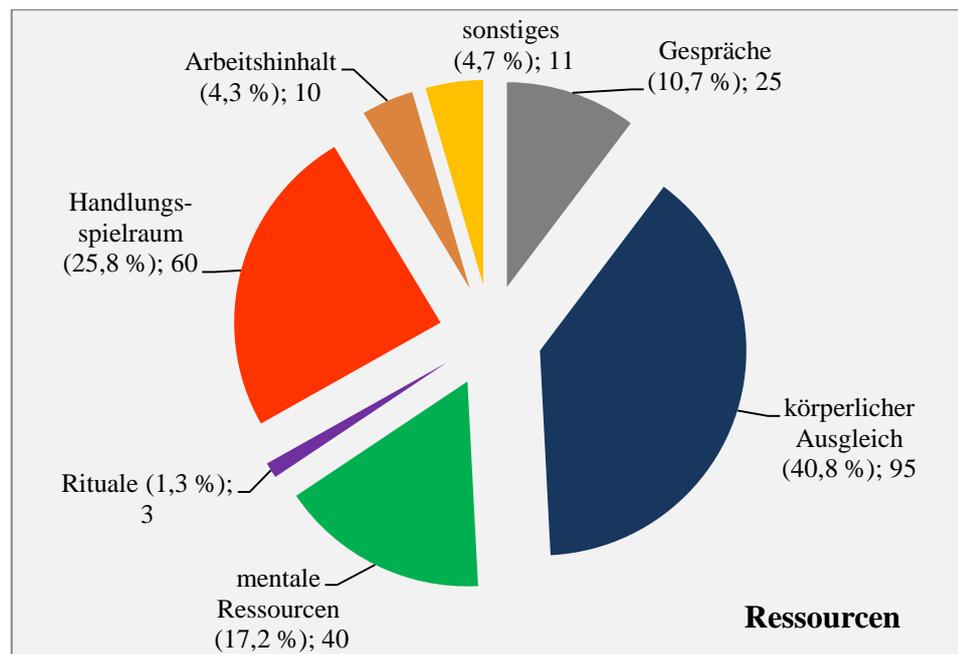


Abbildung 7 Ressourcen der befragten OsteopathInnen

Die vorrangige Strategie, um Stress bei der Arbeit zu bewältigen liegt bei OsteopathInnen im körperlichen Ausgleich (40,8 %), gefolgt von Handlungsspielraum (25,8 %), sowie mentalen Ressourcen (17,2 %) und sozialer Unterstützung 10,7 %.

Die häufigsten Nennungen zur Kategorie **körperlicher Ausgleich** waren: Sport (30), Atmung (23), Bewegung allgemein (18), Yoga (12) und Natur (12).

In die Kategorie **Handlungsspielraum** fallen folgende Nennungen: Pausen (29), Freizeit (10), Zeitmanagement (9), weniger Patienten behandeln (9) und weniger arbeiten (5).

Als **mentale Ressourcen** wurden folgende Aussagen kodiert: Meditation (21), Entspannungstechniken (6), Gelassenheit (6), Supervision (4), Zentrieren (4).

Soziale Unterstützung erfahren die Befragten durch: Gespräche mit KollegInnen (19), Familie (12), Freunde (5), Gespräche allgemein (4) und Partnerschaft (3).

10.2 Ergebnisse der Skalen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung anhand der Skalen des Fragebogens dargestellt, jeweils in Form von Deskriptivstatistik zur Beschreibung der Gesamtgruppe anhand der einzelnen Items. Danach werden die Mittelwerte der Skalen - basierend auf den Forschungshypothesen – zwischen untersuchten Subgruppen verglichen.

10.2.1 Ergebnisse zum Zeitdruck

Der Zeitdruck bei der Arbeit wurde anhand von zwei Fragen erhoben, die Häufigkeiten dazu sind in Abbildung 8 angeführt.

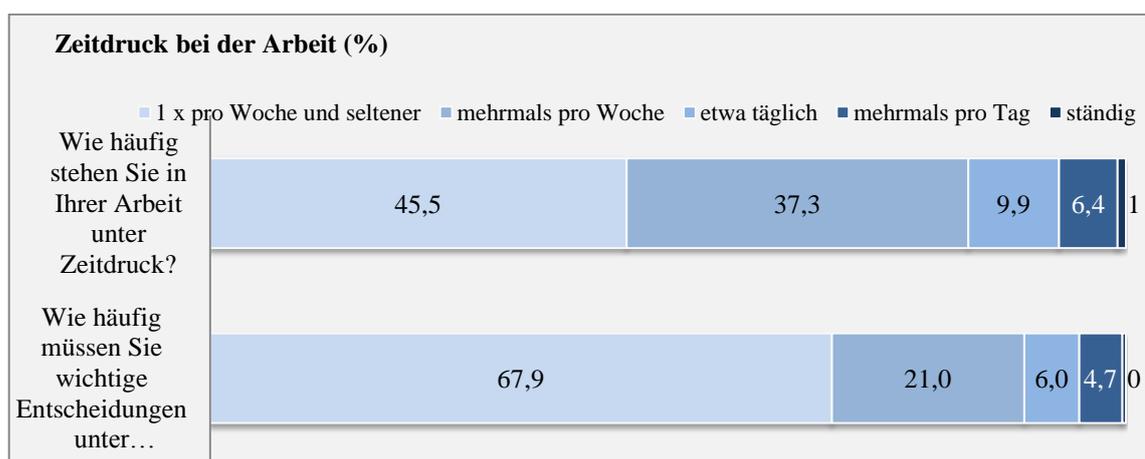


Abbildung 8 Zeitdruck bei der Arbeit

Die überwiegenden OsteopathInnen haben Zeitdruck 1 x pro Woche und seltener bis mehrmals pro Woche angegeben, 17,3 % der Angaben liegen im Bereich von täglich bis ständig.

Ergebnisse zu den Subgruppen:

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte ($t[231] = 1,267$; $p = 0,105$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 1,77 ($SD = 0,86$) und für die Frauen bei 1,59 ($SD = 0,78$).

Es zeigt sich auch kein Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[229] = 0,833$; $p = 0,405$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 1,59 ($SD = 0,81$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 1,68 ($SD = 0,80$).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[231] = 0,373$; $p = 0,710$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 1,67 ($SD = 0,92$) und für die im Team Arbeitenden bei 1,63 ($SD = 0,74$).

Die Forschungshypothese zum Stressor Zeit muss in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit oder Arbeit im Team vs. Arbeit alleine.

10.2.2 Ergebnisse zur Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte

Die Unsicherheit wurde ebenso anhand von zwei Fragen ermittelt, denen eher in geringem Ausmaß zugestimmt wurde. 69,1 % geben an, dass sie maximal 1 x pro Monat Entscheidungen treffen müssen, ohne dass ausreichende Informationen zur Verfügung stehen. Bei der Frage nach Entscheidungen, bei denen die Folgen nur schwer abschätzbar sind, haben 74 % angegeben, dies maximal 1 x pro Monat zu erleben.

Somit sind 31,9 % der Befragten mindestens mehrmals pro Monat mit der Situation konfrontiert, Entscheidungen ohne ausreichende Informationen treffen zu müssen. Für 26 % gilt das auch für die Frage nach Entscheidungen, deren Folgen schwer abschätzbar sind.

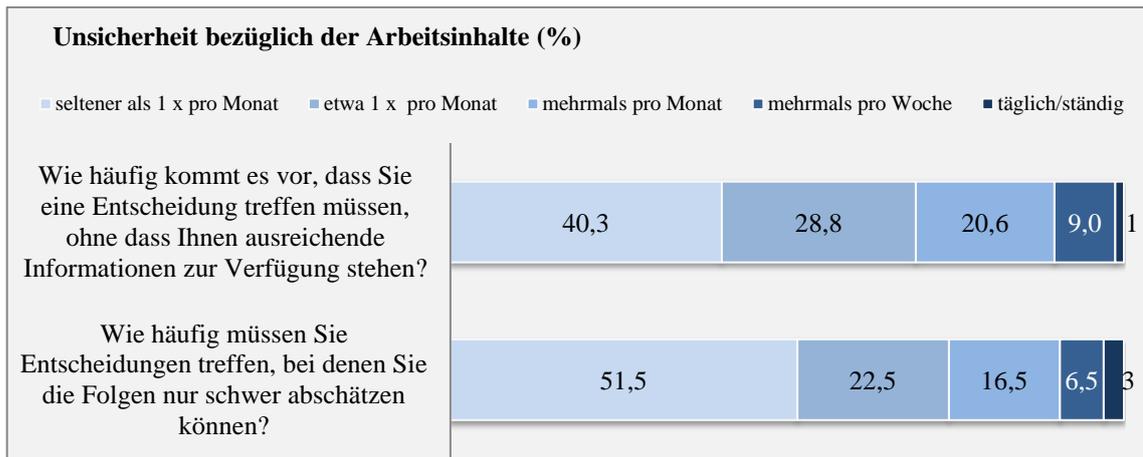


Abbildung 9 Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte

Ergebnisse zu den Subgruppen:

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf die Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte ($t[231] = 2,534$; $p = 0,012$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 2,18 ($SD = 1,04$) und für die Frauen bei 1,85 ($SD = 0,89$). Da höhere Werte für eine häufigere Unsicherheit sprechen kann gefolgert werden, dass männliche Osteopathen signifikant unsicherer sind als weibliche OsteopathInnen in Bezug auf den Arbeitsinhalt.

Hier zeigt sich auch ein Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[229] = 2,129$; $p = 0,034$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 1,81 ($SD = 0,97$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 2,07 ($SD = 0,90$). Daraus kann geschlossen werden, dass mit höherer Berufserfahrung die Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte signifikant abnimmt.

Es zeigte sich allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[231] = -0,532$; $p = 0,595$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 1,91 ($SD = 0,93$) und für die im Team Arbeitenden bei 1,98 ($SD = 0,96$).

Die Forschungshypothese zum Stressor Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte kann in Bezug auf die beiden untersuchten Gruppen nach Geschlecht und Berufserfahrung angenommen werden. Weibliche Osteopathen und berufserfahrenere OsteopathInnen weisen in kritischen Situationen eine signifikant geringere Unsicherheit auf. Lediglich für im Team und alleine arbeitende OsteopathInnen zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

10.2.3 Ergebnisse zur Frustration wegen übergeordneter Ziele

Im Originalfragebogen werden für diese Skala drei Fragen vorgegeben, für die vorliegende Studie wurden zwei gewählt. Auch hier liegen relativ positive Bewertungen vor. 78,9 % der Befragten haben angegeben, dass maximal mehrmals pro Monat die Zeit für die Behandlung zu knapp ist, weil Aufgaben der Verwaltung und Dokumentation überhand nehmen. Gemessen am eigenen Anspruch kommen bei 86,2 % der Befragten maximal ein paarmal im Monat Gespräche mit PatientInnen oder Angehörigen zu kurz.

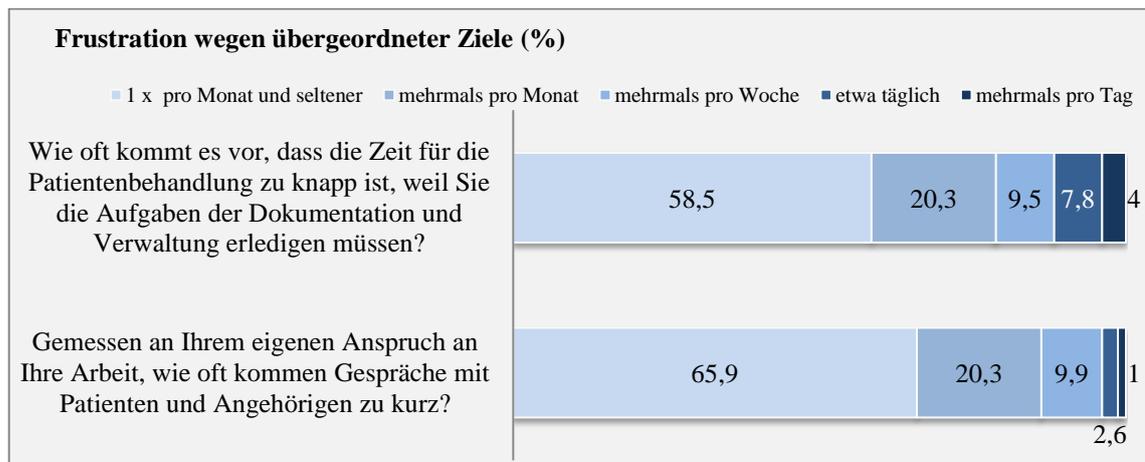


Abbildung 10 Frustration wegen übergeordneter Ziele

Somit liegt der Anteil kritischer Nennungen bei der ersten Frage bei 21,1 % und bei der zweiten Frage bei 13,8 %.

Ergebnisse zu den Subgruppen:

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf Frustration wegen übergeordneter Ziele ($t[230] = 0,867$; $p = 0,387$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 1,73 (SD = 0,94) und für die Frauen bei 1,62 (SD = 0,88).

Es zeigt sich aber ein signifikanter Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[228] = 2,108$; $p = 0,0036$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 1,53 (SD = 0,87) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 1,78 (SD = 0,91). Damit kann gesagt werden, dass erfahrenere OsteopathInnen signifikant seltener Frustration wegen übergeordneter Ziele erleben.

Und schließlich zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[230] = -0,465$; $p = 0,642$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 1,62 (SD = 0,83) und für die im Team Arbeitenden bei 1,68 (SD = 0,95).

Die Forschungshypothese zum Stressor Frustration wegen übergeordneter Ziele muss in Bezug auf Geschlecht und im Team vs. allein Arbeitende verworfen werden. Allerdings erleben erfahrenere OsteopathInnen signifikant seltener ein Frustrationsgefühl aufgrund übergeordneter Ziele wie Dokumentation oder Verwaltung.

10.2.4 Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit KollegInnen und Vorgesetzten sowie Beschäftigten anderer Berufsgruppen

Dieser Aspekt der Stressoren wurde anhand von vier Fragen erhoben, die sich auf die Zusammenarbeit beziehen. Hier zeigen sich besonders positive Ergebnisse.

Dass Informationen oder Unterlagen verspätet, gar nicht oder falsch weitergeleitet werden wird in Bezug auf Vorgesetzte oder KollegInnen nur von 3,5 % mit häufig angegeben, in Bezug auf andere Berufsgruppen von 4,8 %.

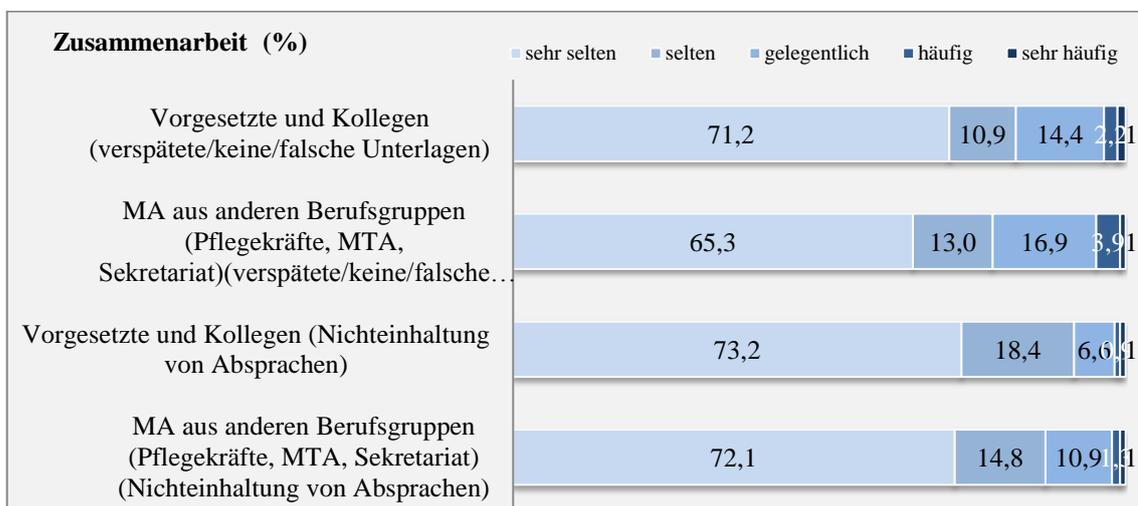


Abbildung 11 Zusammenarbeit mit KollegInnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen

Dass Absprachen nicht eingehalten werden, kommt ebenso selten Ausmaß vor, in 1,8 % bei KollegInnen oder Vorgesetzten und in 2,2 % bei anderen Berufsgruppen.

Ergebnisse zu den Subgruppen:

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit KollegInnen oder anderen Berufsgruppen ($t[229] = 0,322$; $p = 0,748$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 1,51 (SD = 0,68) und für die Frauen bei 1,48 (SD = 0,71).

Es zeigt sich auch kein Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[227] = -0,295$; $p = 0,768$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 1,50 (SD = 0,76) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 1,47 (SD = 0,64).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[229] = 0,415$; $p = 0,737$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 1,47 (SD = 0,69) und für die im Team Arbeitenden bei 1,50 (SD = 0,71).

Die Forschungshypothese zum Stressor Zusammenarbeit mit KollegInnen und anderen Berufsgruppen muss in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit oder Arbeit im Team vs. Arbeit alleine. Dies liegt zum Teil auch daran, dass insgesamt kaum ernsthafte Probleme über die Zusammenarbeit berichtet wurden.

10.2.5 Ergebnisse zu sozialen Stressoren

Soziale Stressoren wurden anhand von zwei Fragen erhoben. Zu Ansprüchen von PatientInnen und Angehörigen und zu Vorwürfen von diesen Gruppen.

Mit überzogenen Ansprüchen werden die befragten OsteopathInnen relativ häufig konfrontiert. Auch wenn 60,8 % angeben, dass diese maximal einmal monatlich vorkommen, bleiben jedoch 39,2 %, die dies mehrmals pro Monat oder öfters erleben.

Vorwürfe von PatientInnen oder Angehörigen kommen hingegen sehr selten vor, 4,3 % geben an, dass dies mehrmals pro Monat der Fall sein kann, 84,5 % Befragten wählten die Ausprägung seltener als einmal pro Monat.

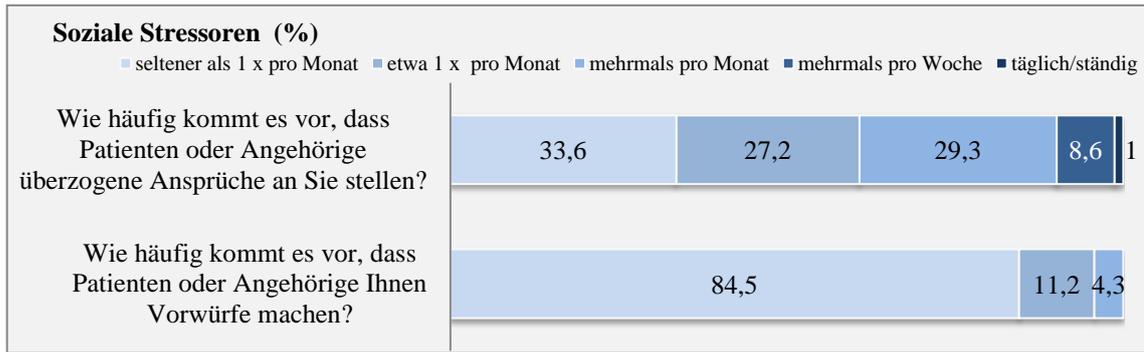


Abbildung 12 Soziale Stressoren

Ergebnisse zu den Subgruppen:

Es gibt keinen signifikanten, aber tendenziellen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf soziale Stressoren ($t[230] = 1,917$; $p = 0,057$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 1,81 ($SD = 0,73$) und für die Frauen bei 1,63 ($SD = 0,61$). Somit fühlen sich die Männer unter den OsteopathInnen tendenziell stärker von sozialen Stressoren belastet.

Es zeigt sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[228] = 1,634$; $p = 0,104$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 1,61 ($SD = 0,61$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 1,74 ($SD = 0,66$).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[230] = 0,687$; $p = 0,493$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 1,72 ($SD = 0,63$) und für die im Team Arbeitenden bei 1,66 ($SD = 0,67$).

Die Forschungshypothese zu den sozialen Stressoren muss in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit oder Arbeit im Team vs. Arbeit alleine.

10.2.6 Ergebnisse zu emotionaler Dissonanz

Emotionale Dissonanz wurde anhand von zwei Items erhoben, der Unterdrückung von Gefühlen und dem Zeigen von inkongruenten Gefühlen.

53,7 % geben an, dass es nicht öfter als einmal pro Monat vorkommt, dass man eigene Gefühle unterdrücken muss, um nach außen „neutral“ zu erscheinen. D.h. aber auch, dass 46,3 % mehrmals pro Monat oder öfter sich neutral geben müssen.

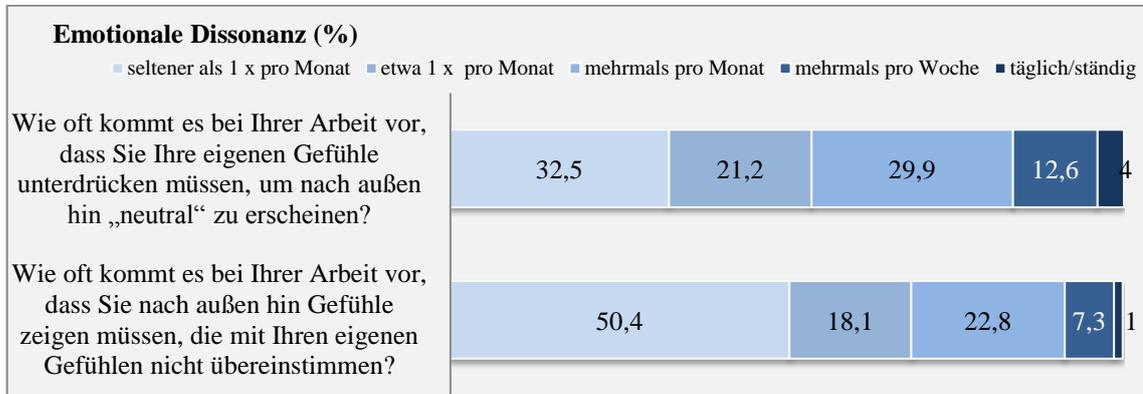


Abbildung 13 Emotionale Dissonanz

Seltener wird dem Item zugestimmt, dass man Gefühle zeigen soll, die mit den eigenen nicht übereinstimmen. 68,5 % geben hier an, dass das maximal einmal pro Monat vorkommt. 8,6 % sind damit mehrmals pro Woche konfrontiert.

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf emotionale Dissonanz ($t[230] = -2,707$; $p = 0,007$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 1,86 (SD = 0,98) und für die Frauen bei 2,24 (SD = 1,00). Somit haben die Frauen unter den OsteopathInnen signifikant häufiger mit Situationen zu tun, in denen sie ihre wahren Gefühle entweder verbergen oder andere Gefühle zeigen müssen.

Es zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[228] = 2,523$; $p = 0,012$). Der Mittelwert für die berufserfahrenen OsteopathInnen liegt bei 1,95 (SD = 0,98) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 2,28 (SD = 0,98).

Aber beim Vergleich der OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten, zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t[230] = 1,156$; $p = 0,249$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 2,22 (SD = 1,05) und für die im Team Arbeitenden bei 2,06 (SD = 0,97).

Die Forschungshypothese zur emotionalen Dissonanz muss in Bezug auf die Gruppen Arbeit im Team vs. Arbeit alleine verworfen werden. Aber erfahrenere OsteopathInnen und männliche Osteopathen sind signifikant weniger durch emotionale Dissonanz belastet als unerfahrenere und weibliche OsteopathInnen.

10.2.7 Ergebnisse zum Handlungs- und Entscheidungsspielraum

Auch für den Handlungs- und Entscheidungsspielraum wurden zwei Items vorgegeben, inhaltlich zum Freiraum für die Art und Weise, wie die Arbeit erledigt wird und wie mit PatientInnen und Angehörigen umgegangen wird.

Ein kleiner Entscheidungsspielraum wird nur von 1,3 % der Befragten angegeben, ein mittlerer Entscheidungsspielraum von 7,3 %. Somit haben 91,4 % aller Befragten einen großen oder sehr großen Spielraum in Bezug auf die Art und Weise, wie die Arbeit erledigt wird.

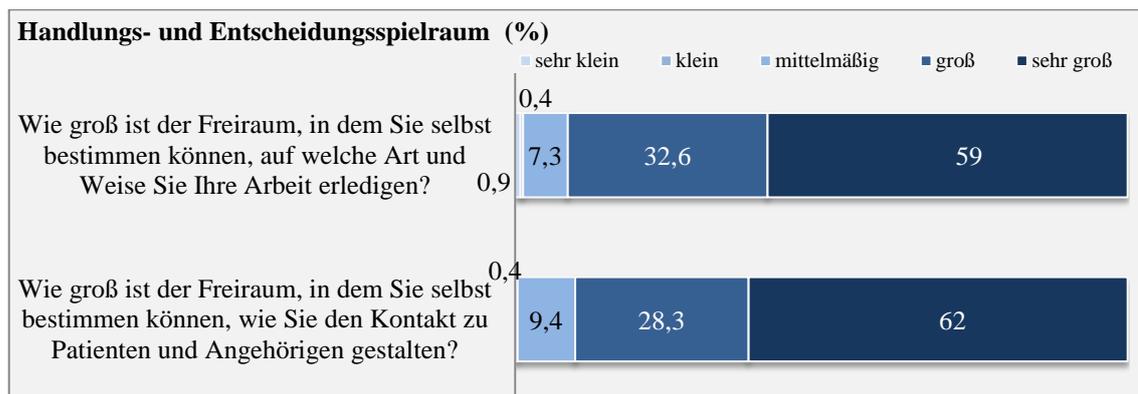


Abbildung 14 Handlungs- und Entscheidungsspielraum

Ähnlich positiv fallen die Werte für den Umgang mit PatientInnen und Angehörigen aus, wo nur 0,4 % einen sehr kleinen Spielraum angeben. Ein mittlerer Spielraum wird auch nur von 9,4 % angegeben, sodass 90,1 % über großen oder sehr großen Spielraum verfügen.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf den Handlungs- und Entscheidungsspielraum ($t[231] = -1,230$; $p = 0,105$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 4,42 ($SD = 0,65$) und für die Frauen bei 4,53 ($SD = 0,66$).

Es zeigt sich auch kein Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[229] = -0,203$; $p = 0,839$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 4,50 ($SD = 0,66$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 4,48 ($SD = 0,67$).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[231] = 1,199$; $p = 0,232$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 4,56 ($SD = 0,65$) und für die im Team Arbeitenden bei 4,45 ($SD = 0,66$).

Die Forschungshypothese zur Ressource Handlungs- und Entscheidungsspielraum muss in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit oder Arbeit im Team vs. Arbeit alleine.

10.2.8 Ergebnisse zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit

Zu den Weiterentwicklungsmöglichkeiten wurden zwei Fragen gestellt, zur Gelegenheit, Neues zu lernen, und zur Abwechslung.

75 % aller Befragten geben an, viel oder sehr viel Gelegenheit haben, Neues dazu zu lernen. 18,9 % haben die Ausprägung mittelmäßig gewählt.

Noch positiver fallen die Werte zur Abwechslung bei der Arbeit aus, niemand hat die Ausprägung sehr wenig gewählt und nur 1,3 % wenig. Somit berichten 84,1 % über viel oder sehr viel Abwechslung bei der Arbeit.

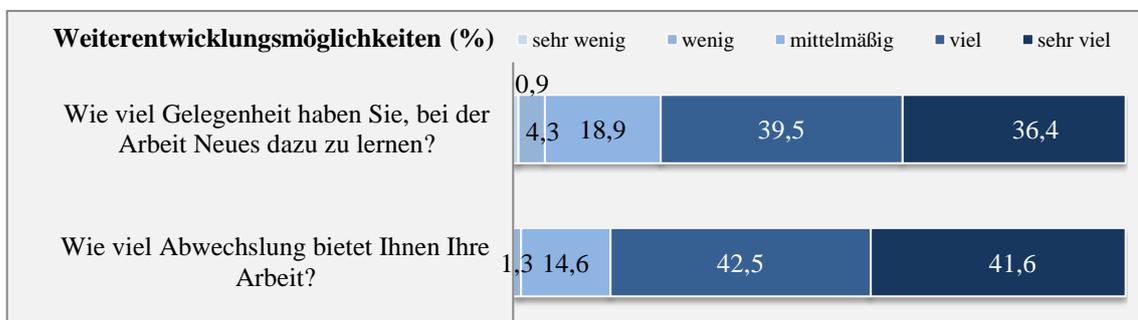


Abbildung 15 Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf die Weiterentwicklungsmöglichkeiten ($t[231] = 1,060$; $p = 0,290$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 4,23 (SD = 0,74) und für die Frauen bei 4,12 (SD = 0,75).

Es zeigt sich kein signifikanter, aber ein tendenzieller Unterschied zwischen berufserfahrenen und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[229] = -1,938$; $p = 0,054$). Der Mittelwert für die berufserfahrenen OsteopathInnen liegt bei 4,25 (SD = 0,73) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 4,06 (SD = 0,75).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[231] = 0,232$; $p = 0,817$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 4,17 (SD = 0,75) und für die im Team Arbeitenden bei 4,14 (SD = 0,74).

Somit muss auch die Forschungshypothese zur den Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht und Arbeit im Team vs. Arbeit alleine. Tendenziell schätzen aber OsteopathInnen die länger arbeiten ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten positiver ein.

10.2.9 Ergebnisse zur sozialen Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte

Bei dieser Skala muss angemerkt werden, dass einige Items nicht für alle Befragten zutreffend waren und es bei der Bearbeitung der Fragebögen keine Möglichkeit gegeben hat, dies kundzutun. Daher müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Bei der Frage nach dem „Sich-verlassen-Können“ haben 24 % kritische Antworten in Bezug auf Vorgesetzte und KollegInnen und 32 % in Bezug auf andere Berufsgruppen gegeben.

Bei der Frage nach Unterstützung bei der Arbeit, sodass man es leichter hat wurden insgesamt 26 % kritische Nennungen in Bezug auf KollegInnen und Vorgesetzte und 36,9 % in Bezug auf andere Berufsgruppen erhoben.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf die soziale Unterstützung ($t[227] = 0,570$; $p = 0,569$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 3,23 (SD = 1,09) und für die Frauen bei 3,13 (SD = 1,18).

Es zeigt sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[225] = -1,212$; $p = 0,227$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 3,24 ($SD = 1,13$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 3,06 ($SD = 1,17$).

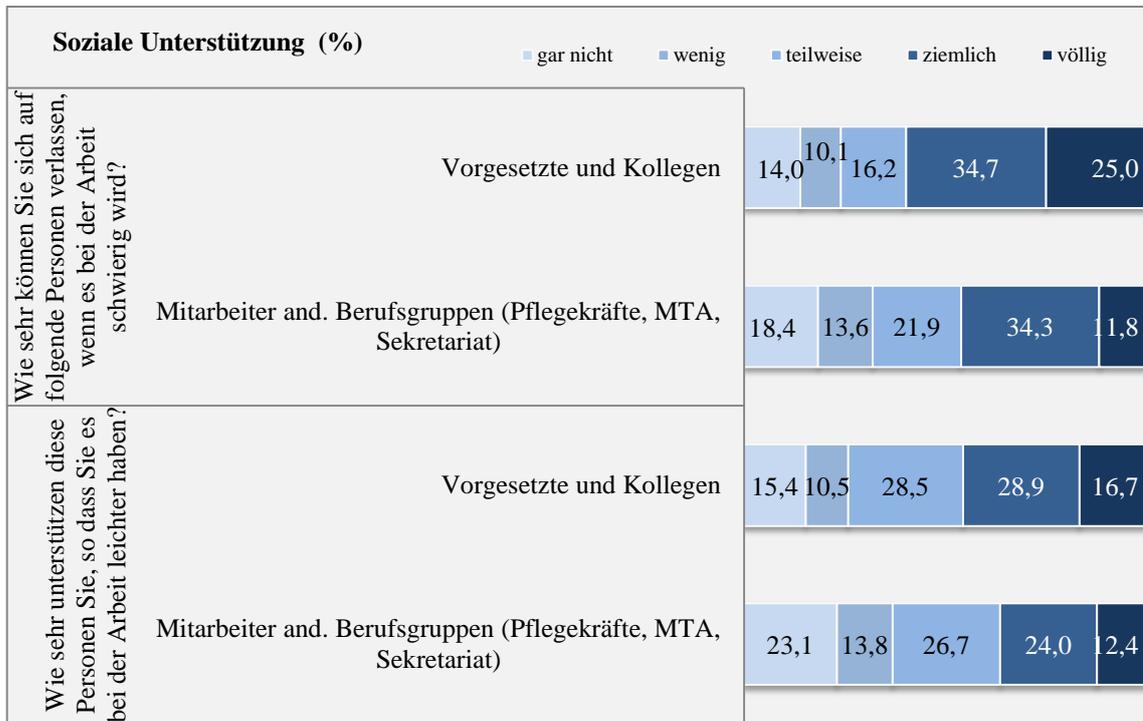


Abbildung 16 Soziale Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte

Es zeigte sich aber erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[227] = -4,340$; $p < 0,001$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 2,76 ($SD = 1,34$) und für die im Team Arbeitenden bei 3,41 ($SD = 0,94$).

Die Forschungshypothese zur sozialen Unterstützung muss in Bezug auf Geschlecht und Dauer der Berufstätigkeit verworfen werden. Erwartungsgemäß erhalten im Team tätige OsteopathInnen mehr soziale Unterstützung, die Werte müssen aber insbesondere für allein Tätige kritisch betrachtet werden.

10.2.10 Ergebnisse zur Partizipation

Die zwei Items zur Partizipation brachten sehr positive Ergebnisse. 90,9 % aller Befragten geben an, dass sie ausreichend Einfluss auf die Gestaltung von Arbeitsabläufen haben, von denen sie unmittelbar betroffen sind.

Ähnlich positiv sieht es in Bezug auf die Gestaltung von Veränderungen aus, hier geben 81,5 % an, dass sie gut Einfluss nehmen können.

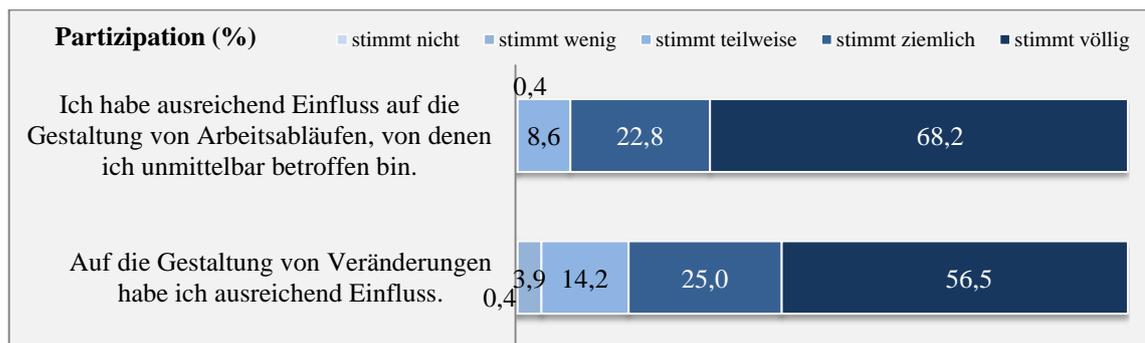


Abbildung 17 Partizipation

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf die Partizipationsmöglichkeiten ($t[230] = 0,277$; $p = 0,782$). Der Mittelwert für die Männer liegt bei 4,48 ($SD = 0,72$) und für die Frauen bei 4,45 ($SD = 0,73$).

Es zeigt sich auch kein Unterschied zwischen berufserfahreneren und weniger erfahrenen OsteopathInnen ($t[228] = -0,786$; $p = 0,433$). Der Mittelwert für die berufserfahreneren OsteopathInnen liegt bei 4,50 ($SD = 0,71$) und für die seit bis zu 7 Jahren tätigen OsteopathInnen bei 4,42 ($SD = 0,74$).

Und schließlich zeigte sich auch kein signifikanter Unterschied zwischen jenen OsteopathInnen, die im Team oder alleine arbeiten ($t[230] = 0,785$; $p = 0,433$). Der Mittelwert für die allein Tätigen liegt bei 4,51 ($SD = 0,67$) und für die im Team Arbeitenden bei 4,23 ($SD = 0,75$).

Die Forschungshypothese zur Partizipation muss in Bezug auf alle untersuchten Gruppen verworfen werden, es gibt keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit oder Arbeit im Team vs. Arbeit alleine.

10.2.11 Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen den Skalen

Zu explorativen Zwecken werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen des Fragebogens mittels Spearman Korrelationen untersucht.

Interpretiert werden nur Korrelationen über 0,20, da darunterliegende Werte keinerlei praktische Bedeutung haben. Werte von 0,2 bis 0,4 gelten als niedrige Zusammenhänge, Werte von 0,5 bis 0,7 als mittlere Zusammenhänge und Werte ab 0,8 als hohe Zusammenhänge. Bei den vorliegenden Daten zeigten sich vor allem Werte im niedrigen bis schwach mittleren Bereich.

Schwach mittlere Zusammenhänge (> 0,4):

- Je mehr Zeitdruck erlebt wird, desto höher ist auch die Frustration wegen übergeordneter Ziele ($r = 0,429$; $p < 0,001$).
- Je mehr soziale Stressoren bestehen, desto höher ist die Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte ausgeprägt ($r = 0,464$; $p < 0,001$).
- Je höher der Stressor Zusammenarbeit, desto höher ist die Frustration wegen übergeordneter Ziele (Dokumentation etc.) ($r = 0,430$; $p < 0,001$).
- Das Gleiche gilt für den Zusammenhang mit Partizipation: Je mehr Stressoren in der Zusammenarbeit bestehen, desto weniger Partizipationsmöglichkeiten bestehen ($r = 0,404$; $p < 0,001$).
- Mit einem größeren Handlungs- und Entscheidungsspielraum geht eine höhere Partizipation einher ($r = 0,426$; $p < 0,001$).

Geringe Zusammenhänge:

Zeitdruck: je höher der Zeitdruck, desto mehr Stress in der Zusammenarbeit mit KollegInnen, desto mehr soziale Stressoren, desto mehr emotionale Dissonanz und desto weniger Partizipation

Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte: je höher die Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte, desto mehr Frustration wegen übergeordneter Ziele, desto mehr Stress in der Zusammenarbeit mit KollegInnen, desto mehr emotionale Dissonanz und desto weniger soziale Unterstützung durch KollegInnen

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Forschungshypothese zum Stressor Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte für die Gruppen Geschlecht und

Berufserfahrung bestätigt werden konnte. Weibliche und berufserfahrene OsteopathInnen weisen eine signifikant geringere Unsicherheit auf.

- Außerdem weisen erfahrenere OsteopathInnen signifikant seltener Frustration wegen übergeordneter Ziele auf.
- Es gibt keinen signifikanten, aber tendenziellen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen OsteopathInnen in Bezug auf soziale Stressoren. Somit fühlen sich die Männer unter den OsteopathInnen tendenziell stärker von sozialen Stressoren belastet.
- Zum Stressor emotionale Dissonanz zeigte sich, dass erfahrenere OsteopathInnen und männliche Osteopathen weniger belastet sind als unerfahrenere und weibliche.
- Nicht signifikant, aber tendenziell schätzen OsteopathInnen, die länger arbeiten, ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten positiver ein.
- Zur Ressource soziale Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen allein tätigen und im Team arbeitenden OsteopathInnen.

Somit konnten die Forschungshypothesen in einigen Skalen verifiziert werden, in anderen zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Berufserfahrung und alleine versus im Team tätigen OsteopathInnen.

Auffälligkeiten in den Stressor- und Ressourcenskalen

- In der Gruppe der Stressoren gaben 39,2 % der Befragten zum Thema soziale Stressoren an, dass sie mehrmals pro Monat oder öfter mit überzogenen Ansprüchen von PatientInnen und Angehörigen konfrontiert sind.
- In der Skala emotionale Dissonanz geben 46,3 % der OsteopathInnen an, dass sie mehrmals pro Monat oder öfter ihre eigenen Gefühle unterdrücken müssen, um nach außen hin „neutral“ zu erscheinen.
- In der Zusammenarbeit mit KollegInnen und Vorgesetzten sowie Beschäftigten anderer Berufsgruppen zeigte nur in geringem Ausmaß, dass Unterlagen verspätet, gar nicht oder falsch weitergeleitet beziehungsweise Absprachen nicht eingehalten werden.

- Besonders positiv werteten die OsteopathInnen die Ressource Handlungs- und Entscheidungsspielraum: 91,4 % der Befragten gaben einen großen bis sehr großen Spielraum in Bezug auf die Arbeitsgestaltung an. Auch im Umgang mit PatientInnen waren die Ergebnisse ähnlich positiv: 90,1 % der Befragten bewerteten den Freiraum in Bezug auf PatientInnen- und Angehörigenkontakt als groß bzw. sehr groß.

Vergleich der Ergebnisse mit einer Studie an Klinikärztinnen und –ärzten in Deutschland

Der Vergleich mit den Daten der Validierungsstudie von Keller et al. (2013) muss mit Vorsicht gezogen werden, da nicht alle Items völlig ident übernommen werden konnten und die AutorInnen zur Berechnung der Mittelwerte eine z-Transformation und Rücktransformation vorgenommen haben. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fallen erheblich aus.

Die Ärztinnen und Ärzte weisen z.B. in der Skala Zeitdruck mit einem Mittelwert von 3,39 (SD = 0,83) einen deutlich höheren, und somit negativeren Wert auf als die OsteopathInnen (M = 1,64 (SD = 0,82)). Bei der Partizipation weisen die OsteopathInnen (M = 4,46; SD = 0,72) einen weit positiveren Wert auf als die Ärztinnen und Ärzte (M = 2,78; SD = 0,89). Auch die Weiterentwicklungsmöglichkeiten werden von den OsteopathInnen (M = 4,15; SD = 0,74) weit besser beurteilt als von den Ärztinnen und Ärzten (M = 3,18; SD = 0,74).

Ähnlich fallen hingegen die Werte für die emotionale Dissonanz aus. Hier weisen die Ärztinnen und Ärzte einen Mittelwert von 2,45 (SD = 1,01) und die OsteopathInnen einen Mittelwert von 2,13 (SD = 1,00) auf.

Zusammenfassend kann von einer deutlich höheren Stressbelastung bei Klinikärztinnen und –ärzten im Vergleich zu überwiegend freiberuflichen OsteopathInnen ausgegangen werden.

11 Diskussion und Kritik

Die methodischen Vorgehensweise und osteopathische Relevanz sollen an dieser Stelle kritisch beleuchtet werden.

11.1 Methodendiskussion

Zur Entstehung des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und –ärzte:

Zu Beginn wurde eine explorative Studie erhoben, um die Stressoren und Ressourcen von Klinikärztinnen und -ärzten zu erfassen. In unterschiedlichen Kliniken wurden Interviews und Schichtbeobachtungen durchgeführt (Keller, Aulike, Böhmert & Nienhaus, 2010). Auf Grundlage dieser Ergebnisse, sowie gestützt durch Literatur, kam es zu einem ersten Entwurf des Fragebogens. In der Entwicklungsphase wurden weiters zwei groß angelegte Befragungen vorgenommen. Nach Überarbeitung und Kürzung wurde das Instrument zur stressbezogenen Arbeitssanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte an einer Anzahl n=571 Klinikärzten validiert. Der Fragebogen stellt ein valides und reliables Instrument dar.

Darüber hinaus ist es möglich, das Instrument zur präventiven Arbeitsgestaltung einzusetzen: Wenn Probleme in Arbeitsbedingungen aus den gewonnenen Ergebnissen des Fragebogens frühzeitig identifiziert und daraufhin Verbesserungsansätze entwickelt werden, kann negativen gesundheitlichen Folgen entgegengewirkt werden (Keller, Bamberg, Kersten & Nienhaus, 2013).

Die leicht adaptierte Kurzform des Fragebogens dieser Studie enthält insgesamt 25 Fragen, in 10 Skalen abgebildet. 14 Fragen in 6 Skalen befassen sich mit Stressoren in der Arbeitstätigkeit, wie etwa Zeitdruck oder soziale Stressoren. Weiters werden 11 Fragen in 4 Skalen zu den Ressourcen gestellt, wie Handlungsspielraum oder soziale Unterstützung. 2 Fragen mussten aufgrund fehlender Anwendbarkeit auf die Berufsgruppe der OsteopathInnen herausgenommen werden. Da bis dato in der Literatur keine spezifisch auf diese Berufsgruppe zugeschnittenen Fragebögen eruierbar waren, wäre es auch von Interesse, durch Erhebung in leitfadengestützten Interviews oder Fremdbeobachtungen solche zu entwerfen.

Wie bei allen Fragebögen ist die Verfälschbarkeit bei der Interpretation zu beachten. Diese wäre vor allem dann gegeben, wenn positive Konsequenzen für die StudienteilnehmerInnen ableitbar wären. Dies ist bei dieser Studie nicht der Fall.

Die Fragebogenerhebung stellt eine subjektive Einschätzung der Befragten dar. Für eine umfassende Analyse der Stressoren und Ressourcen von OsteopathInnen wäre es nötig, die Fragebogenerhebung durch Interviews und Arbeitsbeobachtungen zu ergänzen, was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Darüber hinaus sind nicht alle Fragebogenitems exakt auf die Berufsgruppe der OsteopathInnen umzulegen. Erschwerend kommt hinzu, dass OsteopathInnen in der Berufsausübung eine inhomogene Gruppe darstellen. Der

überwiegende Teil der Befragten arbeitet freiberuflich, ein geringer Teil ist angestellt und andere wiederum beides. Daraus ergeben sich im Arbeitssetting unterschiedliche Anforderungsprofile.

Mit einem Rücklauf von 37,2 % haben mehr als ein Drittel der OsteopathInnen den Fragebogen ausgefüllt. Die Erhebung kann nicht als repräsentativ für die Grundgesamtheit aller Osteopathen angesehen werden. Zu einem, weil es keine Liste aller Osteopathen Österreichs gibt, und zum anderen, weil nicht alle befragten OsteopathInnen geantwortet haben. Daher fällt die Befragung in die Gruppe der Ad – hoc - Stichproben.

Interessant wären auch die Gründe, warum OsteopathInnen nicht auf die Fragebogenaussendung geantwortet haben, oder etwa die Zusammensetzung der nicht erfassten Gruppe der OsteopathInnen.

11.2 Osteopathische Relevanz

Innerhalb der Stressorenskalen könnte diskutiert werden, inwieweit der Umgang mit überzogenen Ansprüchen von PatientInnen und Angehörigen bereits während der Ausbildung thematisiert werden kann. Das Manual zum Testinstrument schlägt zum Thema soziale Stressoren mit PatientInnen/Angehörigen als personenbezogene Maßnahmen das Abhalten von Seminaren zu diesem Thema vor (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2013).

Auch zum Teilbereich emotionale Dissonanz, der doch bei knapp der Hälfte der Befragten einmal im Monat oder öfter vorkommt, stellt sich die Frage nach dem Handlungsbedarf. Denn 46,3 % der OsteopathInnen geben an, dass sie mehrmals pro Monat oder öfter ihre eigenen Gefühle unterdrücken müssen, um nach außen hin „neutral“ zu erscheinen.

Hier wird das Training von Schlüsselqualifikationen als geeignete personenbezogene Maßnahme vorgeschlagen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2013). Dazu schreibt Baumert (2000, S. 124): „Wissensergänzung und Weiterlernen werden sich zunehmend in sozialen Situationen vollziehen, in denen Menschen zusammenarbeiten und aufeinander angewiesen sind. Unter den sogenannten Schlüsselqualifikationen nehmen deshalb auch sozial-kognitive und soziale Kompetenzen einen besonderen Rang ein.“

Als Beispiele für Schlüsselqualifikationen sind unter anderem Hilfsbereitschaft, Mitempfinden, Kooperationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft oder moralische Urteilsfähigkeit angeführt.

Da berufserfahrenere OsteopathInnen in verschiedenen Stressorenskalen bessere Werte aufweisen (Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte, Frustration wegen übergeordneter Ziele und emotionale Dissonanz) entsteht die Überlegung, wie OsteopathInnen mit weniger Berufserfahrung von ihren KollegInnen profitieren könnten.

Besonders positiv zeigten sich die Ressourcen Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Partizipation und soziale Unterstützung. Diese werden auch in der Literatur als wichtigste situationsbezogene Ressourcen beschrieben (Semmer & Udris, 2007.)

Insgesamt zeigt sich bei der Berufsgruppe der OsteopathInnen eine sehr positive Einschätzung bezüglich der arbeitsbezogenen Ressourcen. Diese stellen eine wichtige Grundlage zur positiven Bewältigung von Belastungen dar.

Dazu erklärt auch Winter (2014, S. 33) in Bezug auf Stress-Prävention: „Der Einsatz der eigenen Ressourcen ist besonders wichtig für die Nachhaltigkeit.“

12 Konklusion

Zum Abschluss werden die Ergebnisse zusammenfassend besprochen und daraus Schlussfolgerungen und Ausblick abgeleitet.

12.1 Zusammenfassung

Stress und stressbezogene Erkrankungen wie Depression, Burnout, Angst- und Panikstörungen oder Fatigue sind heute ein weltweites Problem, das durch verschiedene Lebensumstände und immer komplexere Arbeitsanforderungen verursacht wird (Siegrist et al., 2004). Im Jahr 2012 wurde der Europäische Dach-Verband für Stress-Medizin mit Sitz in Wien gegründet mit dem Ziel, die verschiedenen Stress-medizinischen Fachgebiete Europas zu vereinen. Daraus soll eine Zusammenarbeit zur Stressreduktion in Europa entstehen (Winter, 2014). Es stellt sich die Frage, wie belastet oder Stress gefährdet Menschen in Sozial- und Gesundheitsberufen sind.

Im theoretischen Teil wurden die verschiedenen Stressmodelle beleuchtet. Die arbeitsplatzbezogene Stressforschung befasst sich mit den Auswirkungen von Stress bei der Arbeit auf die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen.

OsteopathInnen als Vertreter eines Gesundheitsberufs sind in direktem Kontakt mit Patienten und arbeiten an der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Deshalb wurden für den empirischen Teil 233 überwiegend freiberufliche OsteopathInnen in Österreich mittels stressbezogener Tätigkeitsanalyse bei KlinikärztInnen und -ärzten - Kurzfassung (ISAK-K) online und postalisch befragt. Erwartet wurden geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Unterschiede nach Berufserfahrung und Art der Tätigkeit.

12.2 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass weibliche und berufserfahrenere OsteopathInnen eine signifikant geringere Unsicherheit aufweisen. Außerdem zeigen erfahrenere OsteopathInnen seltener Frustration wegen übergeordneter Ziele. Sie sind durch emotionale Dissonanz seltener belastet, das gleiche gilt für männliche Befragte. Tendenziell schätzen erfahrenere OsteopathInnen ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten positiver ein. Im Team tätige OsteopathInnen weisen signifikant mehr Ressourcen durch soziale Unterstützung (Kollegen und Vorgesetzte) auf. Befragt nach eigenen Stressreaktionen gaben 47 % psychische und 34 % körperliche Reaktionen an, genannt wurden auch arbeitsbezogene Reaktionen (4 %) sowie Ressourceneinsatz (8 %). An eigenen Ressourcen wurde am häufigsten körperlicher Ausgleich (41 %), gefolgt von Handlungsspielraum (26 %) und mentalen Ressourcen (17 %) angegeben. Grundsätzlich weisen die Befragten ein hohes Maß an Ressourcen und ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Gefahren und Konsequenzen von Stresserleben auf.

12.3 Ausblick

Die in der Studie gewonnenen Ergebnisse können verwendet werden, um empfohlene Maßnahmen wie Seminare zu bestimmten Themen oder das Training von Schlüsselqualifikationen zu verwirklichen. Außerdem wäre es überlegenswert, eine Plattform zum Interessensaustausch für OsteopathInnen einzurichten. In offenen Diskussionsrunden wäre es darüber hinaus möglich, dass BerufsanfängerInnen vom Wissen und der Erfahrung berufserfahrenerer OsteopathInnen profitieren könnten.

13 Literaturverzeichnis

Allenspach, M. (2005). *Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bamberger, C. M. (2009). *Stress-Intelligenz*. München: Knauer.

Bandura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 43-48). Köln: GwG.

Baumert, J. (2000). Lebenslanges Lernen und internationale Dauerbeobachtung der Ergebnisse von institutionalisierten Bildungsprozessen. In: F. Achtenhagen & W. Lempert (Hrsg.), *Lebenslanges Lernen im Beruf* (S. 121-127). Opladen: Leske + Budrich.

Caplan, R. D. (1983). Person-environment fit: Past, present, and future. In C.L. Cooper (Hrsg.), *Stress Research* (S. 35-78). New York: Wiley.

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2005). *Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Drexler, D. (2006). *Das integrierte Stress-Bewältigungs-Programm ISP*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Edwards, J. R., Caplan, R. D. & Harrison, R. V. (1998). Person-Environment Fit Theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In G.L. Cooper (Hrsg.), *Theories of organisational stress* (S. 28-67). Oxford: Oxford University Press.

Egger, J. W. (2013). Von der dichotomen Psycho-Somatik zur nondualistischen Bio-Psycho-Sozialen Medizin des 21. Jahrhunderts. *Psychologische Medizin*, 3, 17-23.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2002), Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000, Luxemburg.

Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Frieling, E. & Sonntag, K. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Hüther, G. (1999). Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft*, 3, 6-11.

Kahn, R. L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (S. 571-650). Palo Alto: Consulting Psychologist`s Press.

Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Stress*. Berlin: Springer.

Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.

Keller, M., Aulike, B., Böhmert, M. & Nienhaus, A. (2010). Explorative Studie zur Erfassung arbeitsbedingter Stressoren und Ressourcen von Klinikärztinnen und –ärzten. *Journal Psychologie des Alltagshandelns* (3), 39-50.

Keller, M., Bamberg, E., Kersten, M. & Nienhaus, A. (2013). Validierung des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und –ärzte (ISAK). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* (57), 3-21.

- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and Emotion*. London: Free Assoc. Books
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Liem, T. (2006). *Morphodynamik in der Osteopathie*. Stuttgart: Hippokrates.
- McGrath, J. E. (1981). Stress und Verhalten in Organisationen. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. (S. 441-499). Bern: Huber.
- McGrath, J. E. (1983). Stress and Behavior in Organizations. In M. D. Dunnette (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (S. 1351-1396). New York: John Wiley and Sons.
- Margolis, B.K., & Kroes, W.H. (1974): Occupational stress and strain. In: A. McLean (Hrsg.), *Occupational stress* (S. 15-20). Springfield: Thomas.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 553-574). Göttingen: Hogrefe.
- Nitsch, J. R. (1981). *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Hans Huber
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Rutenfranz, J. (1981). Stress und Arbeit. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 379-390). Bern: Hans Huber

Schmid, B. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren, Hintergründe, Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuler, H. (2007). *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Huber.

Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Semmer, N. K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse*. Weinheim: Beltz.

Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (3), 150-158. Spektrum Akademischer Verlag.

Semmer, N. K. & Udris, I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie* (S. 133-166). Bern, Schweiz.

Semmer, N. K. & Udris, I. (2007). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 157-195). Bern: Huber.

Semmer, N. K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse ISTA. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: VdF Hochschulverlag.

Selye, H. (1977). *Stress: Lebensregeln vom Entdecker des Stresssyndroms*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 163-187). Bern: Huber.

Selye, H. (1984). *Stress – mein Leben*. Frankfurt am Main: Kindler.

Seyle, H. & Kerner, F. (1966). *Ihr Herz braucht Spannung, aber sie muss verarbeitet werden*. Bern: Hallwag.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European Comparison. *Social Science & Medicine*; 58, 1483-1499.

Sternberg, E. M. & Gold, P. W. (1999). Psyche, Stress und Krankheitsabwehr. *Spektrum der Wissenschaft*, 3, 32-39.

Sutherland, V. J. & Cooper, C. L. (1988), Sources of Work Stress. In J. J. Hurrell, L. R. Murphy, S. L. Sauter & C. L. Cooper (Hrsg.), *Occupational Stress: Issues and Developments in Research* (S. 3-40). New York: Taylor & Francis.

Udris, I. (1981). Stress in arbeitspsychologischer Sicht. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 391-499). Bern: Huber.

Udris, I. & Frese, M. (1988). Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: D. Frey, C. G. Hoyos & D. Stahlberg (Hrsg.), *Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch* (S. 427-449). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. *Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese," Bericht Nr. 1*. Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.

Weinert, A. B. (2004). *Organisations- und Personalpsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Winter, U. I. (2014). Die Bedeutung des Biopsychosozialen Modells für die multimodale Stress-Diagnostik und Stress-Therapie. *Psychologische Medizin*, 2, 29-34.

Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Organisationspsychologie* (S. 1007-1112). Göttingen: Hogrefe.

Internetquellen

Burnout in Gesundheitsberufen gefährdet auch die Patienten. Verfügbar unter: URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/14306-burnout-in-gesundheitsberufen-gefaehrdet-auch-die-patienten> (16.09.2014)

Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege. Verfügbar unter: URL: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gesundheitsmanagement/Angebote-Produkte/Mitarbeiterbefragung_ISAK.html (20.01.2014)

Matzner, M. (2014). Stressfrei. Verfügbar unter: URL: <http://www.stressfrei-austria.at/> (16.09.2014)

Der osteopathische Standard. Ein Verhaltenskodex für die Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO).(Mai 2005). Verfügbar unter: URL: http://www.oego.org/media/pdfs/Der_osteopathische_Standard.pdf

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs.(12.12.2013). Verfügbar unter URL: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsberufe-in-oesterreich.html> (16.09.2014)

14 Englische Kurzfassung

14.1 Introduction

Stress and stress-related diseases like depression, burnout, anxiety- and panic disorders or fatigue are a global challenge today, caused by an ever-changing environment and constantly altering job requirements (Siegrist et al., 2004). In 2012 the European governing body for stress medicine, with its domicile in Vienna, was founded, aiming to unify the different specialties of stress medicine. A collaboration for the pan-European reduction of stress is the main goal (Winter, 2014).

In my daily work I am confronted with my patients' stress and its consequences. Hence I came to wonder, how burdened and at risk of stress people with caring and sanitary professions are.

Schmid (2004) describes the consequences of stress, which can lead to a state of inner and outer fatigue especially in caring and sanitary professions, mainly because those people are executing their jobs with heavily emotional commitment.

An Austrian study from 2013 showed, that almost 30% of all employees working in caring and sanitary professions are at constant risk of burnout. Particularly physicians showed to be burdened with extended work schedules. The results are an increasing error rate and deteriorating quality regarding medication and care for the patients (Springer Medizin, 2014).

In conclusion it can be said that there's an increase of stresses and strains in daily work routine, directly leading to adverse effects on the patients' medical care.

Osteopaths, as representatives of a health care professional group, have close contact with patients and work to improve society's health. As above mentioned, medical care professionals are at constant risk of suffering from the consequences of the stress caused by their work. That's why I was having the urge to survey Austria's osteopaths about their stressors and resources.

This thesis deals with the question, how much Austria's osteopaths are confronted with stressors in their daily work routine, and what resources they can use. Are there gender-related

differences, differences related to their individual level of experience and regarding their social setting (osteopaths that work alone versus those that work in a team).

14.2 Theoretical background

Initially, this thesis deals with the definition of the terms “stress”, “stressors” and “resources”. Hans Selye, who was born in Vienna in 1907, and died in Montreal in 1982, characterized early research on stress. In 1936 he identified and defined “stress” in his research work. At the beginning, there existed the accidental finding that different harmful influences cause the same symptoms: shrinking of the thymus, enlargement of the adrenal cortex, as well as gastric and duodenal bleedings. Selye considered the hypophyseal-adrenal-axis to be the crucial fundament of the endocrinal stress response. Later on, this reaction became known under the term “general adaption syndrome” or “biological stress syndrome”. Selye’s idea of stress implies that external stimuli, also called “stressors”, create a certain condition in an organism. Hence, stress is a reaction of the organism, with typical physical symptoms going along. Selye also proposed a chronological sequence of stress-related diseases. With this pattern, he describes the organism’s reaction to a chronically persistent stressor, which exceeds the organism’s adaptability after a certain amount of time and thus can lead to its death (Selye, 1981).

The transactional model of stress and coping was named after the psychologist Richard S. Lazarus. While Selye’s theory represents a rather biological perspective, Lazarus’ presents one of the most known psychological concepts on stress, also known as the transactional model of stress and coping. It implies that there are cognitive processes of evaluation taking place between human beings and their environment (Lazarus & Launier, 1981).

Based on the work of Lazarus, Semmer created the “Instrument for stress-related job analysis” (ISTA, 1984), later on further developed to become the instrument for stress-related job analysis of clinicians, the basic principle of this work.

Hüther (1999) implies that stress may also involve positive aspects. If an external stimulus disturbs a system’s arrangement, it also gets the chance to rearrange this inner order. Without stress, an optimization of genetic programs would have never happened.

Another chapter of this thesis deals with the osteopathic perspective on stress. Liem (2006) describes the osteopaths’ function, which is to sensitize the patients to the critical fields of

their lives. Furthermore he points out, that the osteopaths' perception of their own emotional, mental and sensorimotor inwardness is highly critical for their capability of seeing patterns in patients' tissues and consciousness.

A deduction of this can be that therapists with a good self-awareness are more capable of perceiving patients in their diversity. To offer good care for patients and maintain one's own ability to work it is therefore interesting to see how osteopaths value requirements of their work and are therefore able to eventually take necessary measures to improve their job situation. Job-related stress research deals with consequences of stress at work for the health of the employee. Job-related stress includes reactions to harmful aspects of the job itself, the organisation of work and the working environment. The stressor is related to the job (Allenspach, 2005). Consequences may be a decrease in effort and dedication, absenteeism, as well as physical and psychological disorders (Semmer & Udris, 1993). Wardell et al. (1964 qu. Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzàles, E., 2005) proved that people with high responsibility for others were more at risk for cardiovascular diseases than those responsible mainly for material assets. Colligan et al. (1977, qu. Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzàles, E., 2005) reported a high risk for psychological disorders when working in a field with steady contact to people or responsibility for others. In the course of this summary I will present the most common stress models found in literature.

Building up resources and at the same time minimize stressors are consequences according to occupational psychological stress research (Semmer & Udris, 2007).

As described in other sources, personality traits have an important role when it comes to stress management (Kaluzka 1996; Schuler, 2007). Committed people with a high level of „hardiness“ see the world as something you can have influence on and are able to transform difficulties into challenges (Schuler, 2007). According to the „hardiness model“, people with a high level of hardiness are less likely to develop physical or psychological disorders than those with little or missing hardiness. (Kaluzka, 1996).

Stress is an integral part of life. However, there are methods to improve stress management in every-day life or to avoid stress. The English term „coping“ means to handle, to be up to something. Strategies of coping focus on the stressor and its elimination, or on the awareness of the situation (Allenspach, 2005). According to this topic Lazarus & Launier (1981)

describe the most common forms of stress management.

To Udris and Frese (1988), freedom of action and social support are the most important situation-related resources. Freedom of action means to have the opportunity to influence a situation. Possibilities, like reducing work speed if necessary and managing the order of single tasks, have a stress reducing effect, so as the pure knowledge of having the possibility to change something. Social support means being assisted by colleagues, partners and superiors (Schuler, 2007).

Workplace-based health promotion consists in the elimination of stressors and the building up of resources, as well as the promotion of conditions that support ones personality (Mohr & Udris, 1997).

- Elimination of stressors:

Before changing stress factors they have to be analysed. The understanding of health as described by Schwarzer (1997) says that the awareness of physical and emotional reactions to stress is important because it is necessary for changes. Changing stressors can be done in an anticipative or reactive way: anticipative stressor management is more than one person can do and is therefore a task of work organization. Reactive health promotion tries to minimize stressors, considering the interaction between stressors, requirements and resources.

- Building up resources

A good way for employees to strengthen their resources is by training their social competences, a field of personal health promotion.

Successful health promotion in general is obtained by changing people's behaviour, as well as by changing working conditions (Mohr & Udris, 1997).

14.3 Methodology

The subject matter of this master thesis is to explore how practicing osteopaths in Austria deal with their stressors and resources at work. Specific questions deal with sub-groups among osteopaths and analyse differences between men and women, experienced and new-to-the-job osteopaths, single and team workers.

Research hypotheses

4. When it comes to stressors and resources there are no gender differences among osteopaths in Austria
5. Team-working osteopaths have more resources and meet less stressors than single-working osteopaths
6. Experienced osteopaths have more resources and less stressors than inexperienced osteopaths

To prove research hypotheses, the scales of the questionnaire have been checked for significant differences between the groups. To analyse the scale about work experience the participants were divided into two groups: osteopaths with more and less than 7 years of experience.

14.3.1 Random sample

Osteopaths in Austria were the target group. Within the context of quantitative social research, 626 osteopaths took part in a comprehensive survey by filling out a questionnaire.

In the period between March and April 2014 a slightly adapted version of the questionnaire was sent to osteopaths in Austria. The postal and e-mail addresses were collected from the *Wiener Schule für Osteopathie* (Vienna School for Osteopaths), the International Academy for Osteopathy and out of the Austrian Herold telephone register. Duplicates have been removed.

If possible, the questionnaire was sent by e-mail, others by postal mail.

The first questionnaire was sent on March 17th 2014, the reminder on April 6th 2014. 233 of 255 (91.4%) filled-out online and paper questionnaires were appropriate for analysis, 22 questionnaires could not be used because of too many missing answers. That equals a response of 37.2%.

The random sample is taken among 71 male (30.5%) and 162 female (69.5%) participants.

14.3.2 Method of survey

Based on a quantitative method, the answers were collected by sending online and paper questionnaires. The reason for that is explained in the chapter above (“the random sample”).

The advantage of a standardized survey instrument lies in the economy – for the participants as well as for the researchers. Since a specific survey instrument for the professional group of osteopaths is missing, it was applied one that is widely used in Germany for interviewing medical doctors.

14.3.3 The questionnaire

For the questionnaire the instrument of stress-related job analysis of hospitalists (*ISAK, Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse bei Klinikärztinnen und –ärzten*) was used. It is the only validated instrument to analyse stress-related characteristics of activities like those of hospitalists. Another advantage of this instrument is that the scales are short, thanks to the focus on specific and/or especially important aspects (Keller et al. 2010). The questionnaire is therefore practically and efficiently applicable. It was created in 2010 by the Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare Services (*BGW, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*) in cooperation with the University of Hamburg. It is based on Lazarus' transactional model of stress and builds up on Semmer's "instrument for stress-related job analysis" (*ISTA, Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse*; Semmer 1984).

The adapted form of the questionnaire includes in total 25 questions in 10 scales. 14 questions deal with stressors at work, like time pressure or social stressors. Another 11 questions concern resources, like freedom of action and social support.

Detailed questions were about stressors that are proven to cause health issues. The categories include:

- time pressure (2 items)
- uncertainty regarding work contents (2 items)
- frustration because of overall objectives (2 items)
- team-working with colleagues and superiors, as well as people from other professional groups (4 items)
- social stressors (2 items)
- emotional dissonance (2 items)

Categories regarding resources included:

- Freedom of action and decision (3 items)

- Opportunities to further development at work (2 items)
- Social support by colleagues and superiors (4 items)
- Participation (2 items)

For reasons of applicability to the professional group of osteopaths there have been left out 2 questions especially related to hospitalists.

14.3.4 Analysis of data

Data was collected and analysed with SPSS 14.0 and descriptively statistic methods were used for the graphical presentation and description according to values like the average value (M) and the standard deviation (SD). To prove research hypotheses, the average values of the single scales have been tested for significant differences with the independent samples t-test. The probability of error is 5%.

14.3.5 Presentation of results

Presumptions:

1. When it comes to stressors and resources there are gender differences among osteopaths in Austria
 2. Team-working osteopaths have more resources and meet less stressors than single-working osteopaths
 3. Experienced osteopaths have more resources and meet less stressors than inexperienced osteopaths
- The results have proved the hypothesis that uncertainty is a stressor within the gender and work experience scale. Female and experienced osteopaths are significantly less insecure.
 - There is no significant, but a relative difference between male and female osteopaths when it comes to social stressors. Male osteopaths tendentially feel more burdened by social stressors.
 - Regarding emotional dissonance as a stressor the results have shown that experienced and male osteopaths are less burdened than unexperienced osteopaths and female ones.

- Osteopaths that have more experience in their job are more likely to estimate their opportunities to further development at work in a positive way.
- Concerning social support by colleagues and superiors as a resource the results have shown that there is a significant difference between single and team-working osteopaths.

In some scales the research hypotheses could be verified, in others there were no differences regarding gender, work experience or between single and team-working osteopaths.

Abnormalities in the stressor and resources scales

- In the stressor group 39.2% of the participants stated to be confronted with excessive demands of patients or their relatives several times a month or even more often.
- In the scale regarding emotional dissonance 46.3% of osteopaths stated that they have to suppress their own feelings several times a month or even more often to appear “neutral” on the outside.
- The analysis showed that when working in a team with colleagues, superiors and people from other professional groups, it hardly happens that documents are not forwarded, forwarded too late or not in an appropriate way. It is also not common to not stick to agreements.
- The scales of freedom of action and decision were valued especially positive: 91.4% of the participants stated to have a high level of freedom to organize their work. Similar results have been obtained regarding interaction with patients: 90.1% of the osteopaths estimated to have a lot of freedom to manage the contact with patients and relatives.

14.3.6 Discussion and critics

How has the stress-related job analysis for hospitalists developed? At the beginning there was an explorative study to analyse stressors and resources of clinicians. Interviews and shift analyses were done in different hospitals (Keller, Aulike, Böhmert & Nienhaus, 2010). Based on the results and underpinned by literature the first questionnaire was created; other two big surveys have been done during the development process. After revision and shortening the

instrument for the stress-related job analysis for hospitalists was validated on a number n of 571 hospitalists and is now a valid and reliable survey instrument.

The slightly adapted short version of the questionnaire in total includes 25 questions in 10 scales. 14 questions deal with stressors at work like time pressure or social stressors, 11 questions concern resources like freedom of action and social support. For reasons of applicability on the professional group of osteopaths 2 questions have been cancelled. Since in literature there can't be found any suitable questionnaire for the professional group of osteopaths it would also be interesting, based on surveys done with interviews or the observation of others, to create one.

Like for any other questionnaire, there is always to consider a certain level of susceptibility of interpretation, especially when there were positive consequences for the participants. In this survey that was not the case.

The survey represents a subjective point of view of the participants. For a more comprehensive analysis of stressors and resources it would be necessary to complete the survey with personal interviews and observations at work, a thing that would go beyond the scope of this thesis. Other difficulties met during the analysis were the applicability of the single questionnaire items to the professional group of osteopaths and the fact that osteopaths in their activity represent a rather inhomogeneous group. The larger part of the participants works on a freelance basis, others are employees and some do both things. As a consequence there are different requirement profiles in the work setting.

More than a third of the questionnaires have been filled out, that equals a response of 37.2%. The survey can't be seen as representative for the population of osteopaths because there is no register of all osteopaths in Austria and not all contacted persons sent back their questionnaire. It would be interesting to know why some of the participants didn't answer the questionnaire and who is in this group of osteopaths. The survey therefore belongs to the group of ad-hoc random sampling.

According to the scales of stressors, a topic of discussion could be whether the dealing with excessive demands of patients and relatives should already have its part during the education

of osteopaths, as well as emotional dissonance management, an issue that more than half of the participants have to deal with several times a month or even more often.

Due to the fact that experienced osteopaths show better results in different stressor scales (less uncertainty regarding work contents, less frustration because of overall objectives and less emotional dissonance) the question arises how osteopaths with less experience can profit from their colleagues.

Especially positive results were recorded when it comes to resources like freedom of action and social support. Also in literature these two resources are described as the most important situation-related ones (Udris & Frese, 1988).

14.4 References

Allenspach, M. (2005). *Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzales, E. (2005). *Zum Stand der Erforschung von arbeitsbedingtem Stress*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Hüther, G. (1999). Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft*, 3, 6-11.

Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Stress*. Berlin: Springer.

Keller, M., Aulike, B., Böhmert, M. & Nienhaus, A. (2010). Explorative Studie zur Erfassung arbeitsbedingter Stressoren und Ressourcen von Klinikärztinnen und -ärzten. *Journal Psychologie des Alltagshandelns* (3), 39-50.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.

Liem, T. (2006). *Morphodynamik in der Osteopathie*. Stuttgart: Hippokrates.

Mohr, G. & Udris, I.(1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (553 - 574). Göttingen: Hogrefe.

Schmid, B. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren, Hintergründe, Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuler, H.(2007). *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Huber.

Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress – Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 163-187). Bern: Huber.

Semmer, N. K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse*. Weinheim: Beltz.

Semmer, N. K. & Udris, I. (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie* (S. 133-166). Bern, Schweiz.

Semmer, N. K. & Udris, I. (2007). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 157-195). Bern: Huber.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T. Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European Comparison. *Social Science & Medicine*; 58, S. 1483-1499.

Winter, U.I. (2014). Die Bedeutung des Biopsychosozialen Modells für die multimodale Stress-Diagnostik und Stress-Therapie. *Psychologische Medizin*, 2, 29-34.

Burnout in Gesundheitsberufen gefährdet auch die Patienten. Verfügbar unter: URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/14306-burnout-in-gesundheitsberufen-gefaehrdet-auch-die-patienten> (16.09.2014)

15 Anhänge

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Abgeschlossene Ausbildungen vor der Osteopathieausbildung.....	33
Tabelle 2	Aktueller Ausbildungsstatus der Befragten	34
Tabelle 3	Angaben zur Arbeit.....	35
Tabelle 4	Sonstige Angaben zur Zusammenarbeit von OsteopathInnen mit anderen Berufsgruppen	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Arbeitsverhältnisse der Befragten	35
Abbildung 2	Orte der beruflichen Tätigkeit	36
Abbildung 3	Zusammenarbeit von OsteopathInnen mit anderen Berufsgruppen.....	36
Abbildung 4	Histogramm für die Dauer der bisherigen Tätigkeit als OsteopathIn	38
Abbildung 5	Assoziationen zu Stress (Mehrfachnennungen möglich)	39
Abbildung 6	Assoziationen zu Stress	40
Abbildung 7	Ressourcen der befragten OsteopathInnen.....	41
Abbildung 8	Zeitdruck bei der Arbeit	42
Abbildung 9	Unsicherheit bezüglich der Arbeitsinhalte.....	44
Abbildung 10	Frustration wegen übergeordneter Ziele	45
Abbildung 11	Zusammenarbeit mit KollegInnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen	46
Abbildung 12	Soziale Stressoren.....	48
Abbildung 13	Emotionale Dissonanz.....	49
Abbildung 14	Handlungs- und Entscheidungsspielraum.....	50
Abbildung 15	Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit.....	51
Abbildung 16	Soziale Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte	53
Abbildung 17	Partizipation	54

Anhang A: Motivationsschreiben

Liebe Osteopathin, lieber Osteopath!

Ich schreibe derzeit gerade an meiner Masterthese zum Thema Stress und Stressmanagement bei Osteopathen. Da für eine gute Auswertung und Beantwortung meiner Fragestellung ein großer Rücklauf notwendig ist, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen (ca. 10 Minuten).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Karin Homa-Konrad

Anhang B: Cluster der offenen Fragen

Schreiben Sie bitte die Wörter auf, die Ihnen in Verbindung mit STRESS in den Sinn kommen:

• **Körperliche Zuordnungen / Symptome:**

A: Atemsymptome: ges = 12 (kurzer Atem, nicht durchatmen können, atemlos 3, flache Atmung, atmen, (nicht gut) durchatmen 2, Atemnot, kurzatmig, Atembeschwerden), Anspannung 5, keinen Appetit 2, erhöhte Spannung im autonomen Nervensystem, Adrenalin, Anstrengung,

B: (hoher) Blutdruck 7, BWS-Schmerzen, Bauchweh, Belastbarkeit, körperliche Beschwerden

D: Diaphragma, davonlaufen, Durchfall

E: Einengung (Enge) 4, schnell essen, hastiges Essen,

F: (nur mehr) funktionieren 2, fight and flight, zusammengezogener Fluidkörper,

G: hastiges Gehen, graue Haare

H: Herzsymptome: ges. = 12 (Herzrasen 4, Hunger 3, Herzklopfen 7, empfindliche Haut, erhöhte Herzfrequenz), Heiserkeit,

K: Kopfschmerzen (Kopfweh) 5, roter Kopf, Krankheit (krank) 3, körperliche Limitierung

L: Leber, keine Luft, Luft anhalten, geringe Leistungsfähigkeit

M: Müdigkeit (müde, ermüdend) 17, trockener Mund, Muskel- und Gelenksschmerzen, unterbrochene Midline, Magenschmerzen,

N: (vibrierendes) Nerven(system) 4, Nackenschmerzen 2, Nebenniere, Irritation der Nabelschnur

P: Puls (hoch) 2, schlechter Austausch an der Plazentawand

S: Schlaf: ges. = 11 (Schlaf 2, Schlaflosigkeit (Schlafstörungen, Schlafprobleme, Schlafmangel, Schlafentzug), Schmerz 4, Sympathicus 3, Schnellessen, schwitzen, surren im Kopf, nicht sitzen, Spannung Niere und Nebenniere, Schusseligkeit,

U: Unwohlsein, unausgeruht

V: Verspannungen (Nacken – Schulter) 7, Verdauungsprobleme 2, vegetative Zustände

W: gestörte Wahrnehmung, Wortfindungsstörungen

Z: Zähneknirschen, vegetative Zustände, zittern

Zusammenfassung:

Müdigkeit	17
Atemsymptome	12
Herzsymptome	12
Schlaf	11
Verspannung	7
Blutdruck	7
Kopfschmerzen	5

• **Emotionale Zuordnung:**

- A: Angst 9, Ärger 3, Aggression 4, ausgebrannt sein 2, Anspannung (angespannt) 18, Aufgeregtheit 2, ausgelaugt, nicht abschalten können, Alterungsprozess, abgeschlagen, Ausweglosigkeit
- B: Burn out 3, Belastung 4, Balanceverlust, Belastbarkeit, nicht bei mir sein
- D: Druck 22, Depression 4, Dekompensation, Distress, Deprimiertheit,
- E: Euphorie, Erfolgsdruck, Erschöpfung (erschöpft) 6, Eile, (hohe eigene) Erwartung 3, Energieraub
- F: nicht im Fluss sein, fremdgesteuert, falsch, Frust 2, Fremdbestimmung 3,
- G: Gedankenrad, (innere) Gereiztheit 5, ungutes Gefühl, Gefühl es nicht mehr zu schaffen, Geduldlosigkeit 2, grantig
- H: aus der Haut fahren, Hektik (hektisch, gehetzt sein) 19, hilflos
- K: den Kontakt zu sich verlieren, unüberlegte Kommentare
- L: Leistungsdruck, schlechte Laune, Lustlosigkeit 2,
- N: Nervosität (nervös)12, genervt sein
- M: Missverhältnis Wollen-Müssen-Können, multitasking,
- P: psychische Beschwerden, Passivität
- R: Ruhelosigkeit (rastlos) 3, Realitätsverlust 2, Rücksichtslosigkeit, zu wenig Regeneration
- S: unter Strom stehen, Sorgen, aufgeladene Stimmung, schreien, Spannung 6, Streit
- U: Ungeduld 4, (innere) Unruhe (unruhig)27, Unentspanntheit 2, Überforderung 7, unfreundlich, Unzufriedenheit (unzufrieden) 4, Überlastung 4, Unglücklichsein, unrund, Unsinn, Unkonzentriertheit, Unlust,
- V: Vergesslichkeit (vergesslich) 2, Verspannung, Verantwortung

W: wollen aber nicht können, Widerwillen

Z: depressive Zustände, Zorn

Zusammenfassung:

Unruhe	27
Druck	22
Anspannung	18
Nervosität	12
Angst	9
Überforderung	7
Erschöpfung	6

• **Soziale Zuordnung:**

Kapazität, Geld, wenig (keine) Freizeit 6, Unvorhergesehenes, Chaos, Kinder (und Schule) 4, Berge unerledigter Aufgaben (1000 Erledigungen) 3, den anderen gerecht zu werden, Familie 2, viele Termine zusätzlich zum Arbeiten, Alltag, Haushalt, Vereinbarkeit Beruf – Familie – Ich (Arbeit – Freizeit – Familie) 4

Zusammenfassung:

Vereinbarkeit von Rollen	4
Kinder	4
Freizeit	6

• **Positive Zuordnungen:** positiv 2, bewältigen, lebenswichtig, Eustress, Achtsamkeit, Selbstliebe, Motor, Antrieb, Urlaub, Kraft, positiver Reiz zur Veränderung

• **Adjektive:** dicht, eng, anstrengend 2, viel los, hyper, immer da, aufgereggt, energielos 2, negativ 3, weit verbreitet, zu negativ behaftet, unausgeglichen, rot sehen, langsam, selbst verschuldet (verursacht) 2, ungesund 2, gehetzt, zu viel, unnötig,

- **Arbeit:**

A: Arbeit: ges. = 11

Arbeit 4, (zu)viel Arbeit 5, Arbeitspensum, lange Arbeitszeit, ungemütliche Arbeitsatmosphäre, Ärztekammer, verpasste Anrufe, viele Aufgaben gleichzeitig, zu hohe Anforderungen, Altenpfleger, (Selbst) Anspruch 2,

B: Buchhaltung (Büroarbeit) 6

E: Erfolgsdruck, falsche Erwartungen des Patienten und Therapeuten, ständige Erreichbarkeit, e-mail 2, Erwartungshaltung

F: Fehler 2, nicht gemeldetes Fernbleiben, viele Forderungen, Finanzamt (Finanzen, Einkommenssteuer) 4, Bewältigung finanzieller Fixkosten,

G: Geld

K: Konfliktgespräche, Krankenkasse, Kontrolle, Kapazität

L: Leistungsdruck 3, Lernpensum, Lernen,

M: Masterthesis 2, Mailbox

O: Ordnung, Organisation

P: Prüfungssituationen (Prüfungen) 4

Patienten: ges. 14

Patient(enanfragen) 3, , Patienten erzählen Dinge, die sie psychisch bedrücken 2, zu viele Patienten an einem Tag, akute Patienten 2, Patienteneinteilung, therapieresistente Patienten, Patientendokumentation, fordernde Patienten, Rückrufe an Patienten, Patientengeschichten

(keine) Pause 3, zu kurze Mittagspause

PC - Probleme

R: Rechthaber

S: Struktur, SVA (Beiträge) 3, Studie

T: Termine: ges = 19

keine freien Termine, Termine 6, Termindruck, zu viele Termine 2, Terminvergabe 2, übervoller Terminplan (voller Terminkalender) – Terminplanung – Terminkalender-Terminorganisation 5, Terminprobleme, Terminmangel,

Tag zu kurz, (mangelnder) Therapieerfolg 2, schlechtere Therapieergebnisse, Telefon (während Behandlungszeit) 9

U: Ungenauigkeit 2, Unerledigtes

V: Verwaltung

- W: (zu lange) Wartezeiten 3, Warteliste
 Q: Qualitätsverlust 2, Qualitätsanspruch
 Z: hohes wenig Ruhephasen, säumige Zahler, zu viele Dinge auf einmal erledigen

Zusammenfassung Bereich Arbeit

Terminbelange	19
Patientenbelange	14
Arbeit	11
Telefon	9
Buchhaltung (Büro)	6
Finanzamt	4
Prüfungen	4

- **Zeit: ges = 66**
 Zeitdruck 23, Zeitmangel (Zeitnot) 13, keine (zu wenig) Zeit 13,
 Zeit 3, falsche Zeiteinteilung, Tempo, viel zu tun 2, keine Zeitressourcen,
 Zeiteinteilung, Zeitstress, zu wenig Zeit für Ausgleich, timing, (schlechtes)
 Zeitmanagement 5
 keine Muse, ständig auf Tour, zu viele Tätigkeiten gleichzeitig oder kurz
 hintereinander
- **Umgang / Ressourcen:** Stress vermeiden 2, bessere Einteilung, gelassen bleiben 2,
 Schokolade, Entspannung 2, Ruhe 4, Hingabe, Vergebung, Süßigkeiten essen,
 Achtsamkeit, Selbstliebe, Urlaub, bewältigen, Auszeit, Ausgleich,
- **Literatur:** Selye, Nitsch, Eustress – Distress 3
- **Sonstiges:** Volkskrankheit, Modewort, Grenzen 2, Unvorhergesehenes, Energie, keine
 Ruhe, Chaos, Unwort des Jahres, A-Schas – lass nach, LMAA,

Wie reagieren Sie auf Stress?

• Psychische Stressreaktionen

- A: Anspannung (Spannung) 14, Aggression 8, Ärger 5, Augen zu und durch (aushalten) 2, fühle mich beengt 2, Aufregung gefolgt von Müdigkeit, alles muss funktionieren, ängstlich, ausgelaugt, Abstand nehmen, schwer abschalten können, adäquat
- B: geringere Belastbarkeit, , Blockadegefühl,
- C: cool
- D: Desinteresse, durchhalten, unter Druck
- E: Erschöpfung 2, Erholung, Emotionen durchlassen, emotional, explosiv, effizient, energielos
- F: fahrig 2, Freizeit nicht genießen, weniger Freundlichkeit,
- G: Gereiztheit (Reizbarkeit) 17, gelassen 4, genervt 4, grenze mich ab, gut, wenig Geduld, gekränkt, gefasst, gedankenabwesend, Gedankenkreisen, klare Gedanken fassen wird schwierig
- H: Hektik 16, Herbeisehnen des Endes, Hauptprobleme
- I: Ignoranz, Isolierung
- K: kopflos, kochend, Kraft- und Energieaufwand, Konzentration, Kommentare zur Situation
- L: schlechte Laune 3, lachen
- N: Nervosität (nervös) 14, Stress nicht aufkommen lassen,
- P: nicht so präsent, nicht mehr am Punkt
- R: ruhig bleiben 3, Ruhe (ruhig) 8, äußerlich ruhig 2, Rückzug 4, verspätete Reaktion, Reflexion, Routinearbeiten sind mir zuwider,
- S: streite leichter, schlecht, Schnelligkeit, , stressig, Sorgen,
- T: niedere Toleranzschwelle,
- U: Unruhe 18, Unkonzentriertheit (Konzentrationsschwäche) 9, unrund (unwucht, unausgeglichen) 6, Ungeduld (mit Patienten / Mitmenschen) 4, Überforderung 3, fühle Ungerechtigkeit, Unwillen, un kreativ
- V: Verwirrung, verlangsamten, Vergesslichkeit,
- W: weinen, Widerstand, harte Wortwahl
- Z: Zorn (zornig) 2, zurückhaltend,

Gesamt: 211

Zusammenfassung der meistgenannten psychischen Stressreaktionen:

Unruhe	18
Gereiztheit (Reizbarkeit)	17
Hektik	16
Nervosität (nervös)	14
Anspannung (Spannung)	14
Ruhe (ruhig)	13
Unkonzentriertheit (Konzentrationschwäche)	9
Aggression	8

• **Körperliche Stressreaktionen**

- A: körperliche Anspannung 3, Atemnot, nicht tief durchatmen, Kurzatmigkeit 2, flache Atmung, (durch)atmen 6,
- B: (erhöhter) Blutdruck 4
- D: Druck in der Brust
- E: hektisches Essen 2, wenig essen, essen 2, Frustessen, Essverhalten ändert sich, Heißhunger, Schokolade essen,
- H: Herzrasen, Herzklopfen 3, Herzrhythmusstörungen, Heiserkeit, hitzig
- I: Infekt
- K: Kopfschmerzen 8, körperliche Symptome 2, Krankheit 2, kalte Hände,
- L: lachen
- M: Müdigkeit 21, Magenschmerzen 2
- S: sympathikoton, Schusseligkeit, somatisch 2, stampfen
Schlafstörungen 10, Schlaflosigkeit 2, Schlaf 2, erhöhter Schlafbedarf, schwitzen 3, Schnupfen, Schilddrüsenproblematik
- T: hohes Tempo, tun was zu tun ist
- U: körperliches Unwohlsein 2
- V: Verspannungen (im Nacken) 12, Verdauungsprobleme 2, Verkühlung
- Z: Zähneknirschen, Zähne zusammenbeißen

Gesamt: 119

Zusammenfassung der meistgenannten körperlichen Stressreaktionen

Müdigkeit	21
Veränderung des Schlafverhaltens	15
Verspannungen	12
Veränderung der Atmung	11
Kopfschmerzen	8
Veränderung des Essverhaltens	9
Blutdruck	4

• **Arbeitsbezogene Stressreaktionen**

- A: erhöhtes Arbeitstempo 2, Arbeit unterbrechen
- E: effektives Arbeiten danach sehr müde
- F: Fokus auf die Arbeit fehlt, (Termin) Fehler 3, fokussiert arbeiten
- H: Handy lautlos stellen
- K: Kontakt mit Kollegen reduzieren
- L: Leistung
- P: kaum (weniger) Pausen 2,
- Q: Qualität leidet
- R: rufe meine Leistung ab
- S: Schreibarbeiten werden vernachlässigt zugunsten von Patienten
- U: unkonzentriertes Arbeiten
- V: Verschieben – langer Arbeitstag
- W: Wichtiges vergessen

Gesamt: 20

Zusammenfassung der meistgenannten arbeitsbezogenen Stressreaktionen

Erhöhtes Arbeitstempo	2
Kaum (weniger) Pausen	2
Fehler	2

• **Ressourceneinsatz**

- A: Atemtechniken, Ausgleich in der Natur / mit Familie
- B: Bewusstsein auf das Jetzt lenken, auf meine Bedürfnisse schauen,

- E: Entspannung,
- F: Fokussierung auf den Moment, Freunde
- G: Gegenmaßnahmen ergreifen 2, Gedanken ordnen, gute Terminplanung in Arbeit und Freizeit, Gute Freizeitgestaltung
- M: Meditation 2
- N: (Blick in die) Natur 2
- P: weniger Patienten einteilen, Pause 2, Pause zwischen den Patienten 2, Pausetage, Ruhepausen
- R: räuchern
- S: Stress meiden 2, Stress mit Kollegen und Patienten ansprechen und abklären, Veränderung der Situation, singen, (Ausgleichs) Sport 3, Bewegung 2, Supervision
- W: Wanderungen
- Z: Zeit nehmen (weniger ist mehr, mehr Zeit für mich) 4, zurückschalten

Gesamt: 41

Zusammenfassung der Stressreaktion durch Ressouceneinsatz

Zeit nehmen	4
Bewegung und(Ausgleichs) Sport	5
Meditation	2
Natur	2
Stress meiden	2
Gegenmaßnahmen ergreifen	2
Zeit nehmen	2

- Sonstiges

Gesamt: 2

Ich lehne den Begriff Stress ab

Sehr gut, gut – wenn nicht zu lange

Was hilft Ihnen, den Stress bei der Arbeit zu bewältigen?

Ressourcen – Cluster

- **Soziale Unterstützung:**

E: Erfahrungsaustausch emotionaler und fachlicher Art

F: Familie (treffen) 12, Freunde(treffen) 5,
 G: Gespräche 4, Gespräche mit Freunden 2
 K: Gespräche mit Kollegen 19, Kollegen denen es ähnlich geht, Kino
 L: lustige Sachen machen
 P: Partner(schaft) 3, privater Ausgleich, Gespräche mit Ehemann
 U: nettes Umfeld
 V: außerhalb der Arbeit sozial gut vernetzt sein

Gesamt: 53

Zusammenfassung:

Gespräche mit KollegInnen	19	Gespräche gesamt = 25
Familie	12	
Freunde	5	
Partnerschaft	3	

• **Körperlicher Ausgleich:**

A: Atemübungen 4, Atemtechniken 2, bewusst atmen 3, ausatmen, (ruhig) atmen 6, durchatmen 3, Atmung 4,
 B: Bewegung(im Freien) 19, in die Berge gehen (Bergtouren) 2, Bodybliss
 E: essen
 F: frische Luft schnappen (rausgehen) 2
 H: Hängematte, heißes Bad 2, Hund, Hobbies
 K: Karate, klettern, Kurztrips, Körperübungen, kochen
 L: laufen 3, lachen 4, locker bleiben, langsamer werden
 N: Nordic Walking, Natur 12
 M: Musik 2
 P: Powernap
 Q: Qi Gong
 R: reiten
 S: Sport 30, schütteln, schreien, Schlaf(en) 7, spazieren gehen 7
 T: Tanz(en) 3, Tai Chi, Training
 W: Wasser trinken 2
 Y: Yoga 12

Gesamt: 150

Zusammenfassung Körperlicher Ausgleich

Bewegung gesamt = 83 (Bewegung, Sport, spazieren gehen, laufen, Bergtouren, Karate, klettern, Körperübungen, laufen, Nordic Walking, Qi Gong, reiten, tanzen, Tai Chi, Training, Yoga)

Sport	30
Atmung	23
Bewegung	18
Yoga	12
Natur	12

• **Mentale Ressourcen:**

- A: Achtsamkeit(straining) 3, Augen „baumeln“ lassen, abschalten 2, Auraspray
- B: bei mir sein
- D: Dankbarkeit
- E: Entspannung(stechniken) 6, erden (Kontakt zwischen Fußsohlen und Fußboden intensivieren) 2, von schlechtem Einfluss trennen, eins nach dem anderen, Einstellung
- F: Freizeit (genießen) 3, Freiraum schaffen
- G: Gelassenheit (ruhig und gelassen bleiben) 6, Gleichmut
- H: hinsetzen und beruhigen
- I: innerer Friede, im (Hier und) Jetzt bleiben 2
- K: klarer Kopf, kontrolliertes Handeln
- L: lesen 2, lächeln, Leichtigkeit
- M: Mediation 21, völlige Konzentration auf den Moment, Konzentriert am Punkt sein, eigene Mitte, Mentaltraining
- N: Neutralen Fokus finden, nachdenken
- P: keine Probleme mit nach Hause nehmen, positiv denken, kein Perfektionismus, nicht mit Problemen identifiziert sein
- R: Rückzug überwinden, Reflexion, Ruhe(pausen) 11
- S: Supervision 4, Vermeidung von Stress 3, Schritt für Schritt vorgehen 2, Stress ignorieren, Selbstliebe, SNUS, Selbstreflexion, selbst nicht so ernst nehmen,
- T: Therapie 2
- U: Unwesentliches ausblenden, überzogene Ansprüche
- V: Vertrauen in mich, vorbeugen

Z: (besseres) Zentrieren(in mich selbst) 4, Zeit lassen, mit gut zureden

Gesamt: 100

Zusammenfassung:

Meditation 21

Entspannungstechniken 6

Gelassenheit 6

Supervision 4

Zentrieren 4

- Rituale 3: räuchern, Zigaretten

- Perspektiven:

Gesamt: 5

Aussicht auf ein (Wochen)Ende, Feierabend, Urlaub 2, Ferien

- Handlungsspielraum (Arbeitsgestaltung 1, Freizeitgestaltung):

A: Abwechslung (Ausgleich) in der Freizeit 4, (mehr) Freizeit 6, (privater) Ausgleich 4
gute Arbeitseinteilung (mit den Patienten) 2, weniger arbeiten 5, gute Atmosphäre
schaffen (Blumen, Duft, frische Luft) – guter Arbeitsraum 2, 5 min Auszeit, ruhiges
Arbeiten mit Patienten, Ansprüche reduzieren, Arbeitsgrenzen setzen 2

E: Entspannungszeiten einhalten

G: strikte Grenze zwischen Arbeit und Freizeit, eigene Grenzen kennen (nicht mehr als 6
Pat am Stück, bzw nicht mehr als 8-9 am Tag)

K: Konsequenz

M: lange Mittagspause nachdem das Wichtigste erledigt ist 2

P: Pausen 20, Pausen an der Luft zum Durchatmen, genügend Pausen(Abstand)
zwischen den Patienten (öfter kleine Pausen) 8, 1 Stunde für jeden Patienten,
Pufferzeit 2, Pünktlichkeit, gute Planung der Therapiezeiten

Patienten: weniger Patienten behandeln 7, keine neuen Patienten aufnehmen, kleines
Präsent für Patienten bei Terminproblemen 2, Patienten weiterleiten

R: aus dem Raum gehen

S: klarere Struktur im Ablauf,

T: nicht zu knappe Termine hintereinander, Termine besser einteilen, Termine reduzieren

- U: keine bösen Überraschungen, Uhrzeit beachten und einhalten
 W: Wartezeiten wären für mich auch kein Problem
 Z: gute Zeitplanung (Zeiteinteilung) 2, (gutes) Zeitmanagement 9, Zeit zwischen den Patienten, zurückschalten, mich zurücknehmen, besseres zentrieren in mir selbst,

Gesamt: 102

Zusammenfassung Handlungsspielraum

Pausen	29
Freizeit	10
Zeitmanagement	9
Weniger Patienten behandeln	7
Weniger arbeiten	5

• **Arbeitsinhalt:**

- A: Arbeitserfolg, Arbeitsbewältigung (gemeinsam mit Kollegen), anderen helfen
 F: Freude am Beruf, Freude am Kontakt mit Menschen,
 G: Gewissheit, dass Gesundheit immer wirkt
 P: positives Patientenfeedback
 S: Sinnhaftigkeit
 T: therapeutische Tätigkeit an und für sich

Gesamt: 10

Sonstiges: Stille, ruhig bleiben, nichts, Nahrungsergänzungsmittel, hab keinen Stress, Vollkommene Freiheit

Ich erlebe genug

Gesamt: 7

