

Diplomarbeit

**Empirische Studie zu Spiritualität, Krankheitsverarbeitung und Kohärenz-
sinn bei Pflegepersonal im Krankenhaus**

eingereicht von

Greta Maria Hametner

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pathophysiologie und Immunologie Graz

unter der Anleitung von

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat.

Sandra Wallner-Liebmann

Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med

Human-Friedrich Unterrainer

Graz, 11.02.2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 11.2.2015

Unterschrift: Greta Maria Hametner eh.

Danksagungen

Ich möchte mich bei Frau Assoz. Prof. Dr. Wallner-Liebmann für die Betreuung der Diplomarbeit bedanken und auch bei Herrn PD DDr. Human Unterrainer, der mit seinem Fachwissen über das Thema, eine sehr kompetente Ansprechperson war.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei Frau Mag. Kerstin Jäger, die es mir ermöglichte im Zuge ihrer Dissertation diese Diplomarbeit zu verfassen,

bei meinem Vater, der mir stets beigebracht hat, eigene Ziele zu verfolgen, an den ich mich zu jeder Zeit wenden kann, der immer an mich glaubt und mich in schwierigen Zeiten auffängt, [*"Erfolg haben heißt, einmal mehr aufstehen, als man hingefallen ist."* Danke Papa!]

bei meinen engen Freunden, die mir während der ganzen Zeit geduldig und unterstützend zur Seite gestanden sind und mit mir alle Probleme geteilt haben,

wie auch bei meinen Geschwistern Anna und Lukas, die immer für mich da sind und ohne deren Hilfe und Beistand das Studium nicht möglich gewesen wäre.

Zusammenfassung

Einleitung

Das Pflegepersonal stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Durch den demografischen Wandel kommen auf diese Gruppe große berufliche Herausforderungen zu. Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung des Kohärenzsinn als ein wichtiger gesundheitsfördernder Faktor, der die Fähigkeit, eine Situation adäquat zu interpretieren und gegebenenfalls verfügbare Ressourcen einsetzen zu können, umfasst. Mögliche Zusammenhänge von Kohärenzsinn, Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten und Spiritualität könnten eine neue Einschätzung von möglichen Copingstrategien in diesem Personenkreis ergeben.

Methoden und Material

Mittels Fragebögen zu Soziodemographischen Daten, Fragebogen zum Sense of Coherence (SOC), Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhalten (FEG), Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) und Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48) wurden Daten aus einer Stichprobe von 68 Pflegekräften aus dem LKH Deutschlandsberg erhoben.

Ergebnisse

Von den 68 Pflegekräften waren bis auf einen Mann alle weiblich. Die Höhe des Kohärenzsinn und des spirituell- religiösen Empfindens lagen bei den befragten Pflegekräften etwas über den Normwerten. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen MI-RSB und dem Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung bestätigt werden. Der Kohärenzsinn zeigte keine signifikante Korrelation zu MI-RSB. Die Dauer der Beschäftigung korrelierte negativ mit MI-RSB.

Diskussion

SOC und MI- RSB zeigten keine signifikante Korrelation, was als Hypothese im Vorhinein angenommen wurde. Der positive Zusammenhang des MI- RSB mit dem Gesundheitsverhalten könnte als Hinweis zur Unterstützung einer besseren Krankheitsverarbeitung beitragen.

Schlüsselwörter: Kohärenzsinn, Spiritualität, Religiosität, Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten

Abstract

Introduction

The nursing staff represents the largest professional group in our health care system. Demographic changes lead to large job challenges in this group. The aim of this study was to investigate the sense of coherence as an important health promoting factor, including the ability to sum up a situation and use given resources. Correlations of the sense of coherence, coping with illness, health behavior and spirituality could contribute to a new interpretation of possible coping strategies in this group of individuals.

Material and Methods

Using questionnaires about socio-demographic data, sense of coherence (SOC), Freiburg's Questionnaire for Disease Coping (FKV), Health Behaviour Questionnaire (HBQ), and Multidimensional Inventory for Religious- Spiritual Well-being 48 (MI-RSWB 48) data were collected from a sample of 68 nurses of a hospital in Styria.

Results

Except of one man all of the nurses were women. The level of sense of coherence and the spiritual-religious well-being was slightly above the standard values. There was a positive correlation between religious- spiritual well-being, the sense of coherence and coping with disease and health behavior. There was no significant correlation between sense of coherence and religious- spiritual well-being. The duration of employment correlated negatively to MI- RSWB.

Conclusion

SOC and MI- RSWB show no significant correlation, which was hypothesized. The positive correlation of MI-RSB to health behavior could indicate a benefit for a better coping with diseases.

Key words: Sense of coherence, spirituality, religiosity, coping, health behavior

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	iv
Glossar und Abkürzungen	vii
Abbildungsverzeichnis	viii
Tabellenverzeichnis	ix
1 Einleitung	1
1.1 Kohärenzsinn	2
1.1.1 Veränderbarkeit des Kohärenzsinn.....	4
1.1.2 Neuere Forschungsergebnisse zu Sense of Coherence	5
1.2 Krankheitsverarbeitung	6
1.2.1 Tiefenpsychologischer Zugang.....	6
1.2.2 Empirische-naturwissenschaftliche Zugang.....	7
1.2.3 Bewältigungsstrategien durch kognitive Fähigkeiten	9
1.3 Spiritualität	10
1.3.1 Religiosität	12
1.3.2 Transzendenz.....	13
1.3.3 Religiös- spirituelle Befinden (RSB).....	14
1.3.4 Religiosität/ Spiritualität und Gesundheit	14
1.4 Bio-psycho-soziales Modell versus Bio-psycho-sozio-spirituelles Modell	15
2 Forschungsfragen und Hypothesen	18
2.1.1 Kernfrage.....	18
2.1.2 Zusätzliche Fragestellungen.....	18
2.1.3 Hypothesen	18
3 Material und Methoden	19
3.1 Stichprobe	19
3.2 Material	20
3.2.1 Sozioökonomische Daten/ Anamnesebogen (Unterrainer).....	20
3.2.2 Fragebogen zum Sense of Coherence (Antonovsky, 1979)	20
3.2.3 Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI- RSB 48, Unterrainer et. al. 2010)	20

3.2.4	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhalten (FEG, Dlugosch und Krieger, 1995).....	21
3.2.5	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV. Muthny, 1989)	21
3.3	Untersuchungsablauf	22
4	Statistische Auswertung und Ergebnisse.....	23
4.1.1	Deskriptive Statistik zu Sozioökonomischen Daten	23
4.1.2	Deskriptive Statistik zu SOC	28
4.1.3	Deskriptive Statistik zu MI- RSB	29
4.1.4	Korrelationen von MI-RSB und SOC	30
4.1.5	Korrelation von FKV und SOC.....	31
4.1.6	Korrelation von FEG und MI- RSB.....	32
4.1.7	Korrelation von MI- RSB und Dauer der Beschäftigung.....	37
4.1.8	Korrelationen von MI- RSB und FKV	38
5	Diskussion	41
6	Literaturverzeichnis	45
7	Anhang- Fragebogen	51
	SOC-13	51
	Anhang – Projektplan	54

Glossar und Abkürzungen

Bzw.	Beziehungsweise
FEG	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
HBQ	Englische Abkürzung für „Health Behaviour Questionnaire“
MI-RSWB 48	Englische Abkürzung für „Multidimensional Inventory for Religious- Spiritual Well-being“
MI-RSB	Multidimensionales Inventar zum religiös- spirituellen Empfinden
SOC	Englische Abkürzung für „sense of coherence“, Kohärenzsinn
VO ₂ max.	maximale Sauerstoffaufnahme
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptkomponenten des SOC (8)	4
Abbildung 2: Stressmodel nach Lazarus (20).....	9
Abbildung 3: Altersverteilung der Testpersonen.....	25
Abbildung 4: Familienstand der Befragten	26
Abbildung 5: Anzahl der Kinder der Befragten	26
Abbildung 6: Berufsbezeichnung der Befragten	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells (5).....	2
Tabelle 2: Verteilung der Testpersonen an den Abteilungen.....	24
Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Testpersonen	25
Tabelle 4: Höchst abgeschlossene Schulbildung	27
Tabelle 5: Kohärenzsinn Mittelwerte	29
Tabelle 6: MI- RSB Mittelwerte.....	30
Tabelle 7: Korrelation SOC und MI-RSB	31
Tabelle 8: Korrelation FKV und SOC.....	32
Tabelle 9: Korrelation FEG und MI-RSB	33
Tabelle 10: Korrelation FEG und MI- RSB	35
Tabelle 11: Korrelation FEG und MI- RSB	36
Tabelle 12: Korrelation FEG und MI- RSB	37
Tabelle 13: Korrelation Dauer der Beschäftigung und MI- RSB	38
Tabelle 14: Korrelation MI- RSB und FKV I.....	39
Tabelle 15: Korrelation MI- RSB und FKV II.....	40

1 Einleitung

Ende 2012 stellte das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal innerhalb des Gesundheitswesens die größte Berufsgruppe von 56.084 Personen dar (1). Die Aufgaben an die Pflege wachsen täglich und die finanziellen Ressourcen schrumpfen.

Es ist vermutlich besser sich auf das zu konzentrieren was den Menschen gesund erhält, als immense Mittel für die Erforschung seiner Krankheiten auszugeben.“

Aaron Antonovsky (2)

Gerade das Pflegepersonal ist besonders gefährdet unter diesen Anforderungen selbst zu erkranken. Von der Krankenschwester zur kranken Schwester ist es ein kurzer Weg. Gesundheitsberufe belasten die Gesundheit, lange Dienstzeiten, Nachtdienste, Zeitmangel und belastende psychische Situationen sind nur einige der wenigen Dinge, die diesem Beruf abverlangt werden (3). Wie sieht nun die Fähigkeit den Alltag zu bewältigen bei dieser großen Gruppe des Gesundheitswesens aus? Die Fähigkeit, eine Situation adäquat zu interpretieren und gegebenenfalls verfügbare Ressourcen einsetzen zu können, wird als Kohärenzsinn bezeichnet. Diese Ressourcen können sowohl personen- als auch umweltbezogen sein, wie beispielsweise Faktoren der Persönlichkeit, Spiritualität, Coping Strategien oder soziale Unterstützung. Dabei ist weniger wesentlich, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, sondern vielmehr die Kompetenzen, diese zu erkennen und entsprechend zu nutzen. Das Ziel dieser Untersuchung ist die Erforschung des Kohärenzempfindens des Pflegepersonals im Krankenhaus. Diese Forschungsfrage ist für Männer und Frauen gleichermaßen bedeutsam.

Mittels standardisierter Fragebögen zu Kohärenzsinn, spirituell-religiösem Befinden, Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung wurden Daten bei dem Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegehelfern und Pflegehelferinnen im LKH Deutschlandsberg erhoben. Diese Datenerhebung untersuchte Zusammenhänge zwischen Spiritualität, Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung.

1.1 Kohärenzsinn

Das Konzept der Salutogenese versteht Krankheit und Gesundheit nicht als einen Gegensatz, vielmehr ist es ein Fließgleichgewicht zwischen zwei Punkten. Jeder Mensch ist gleichzeitig mehr oder weniger gesund oder krank. Das Ziel ist natürlich mehr auf der gesunden als auf der kranken Seite zu sein. Dazu werden die Ressourcen untersucht, die jeder Mensch für die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit bzw. für die Wiederherstellung jener benötigt (4). Das salutogenetische Modell wird in Tabelle 1 dem pathogenetischen Modell gegenübergestellt und zeigt die wesentlichen Unterschiede beider Modelle auf.

Annahme in Bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und Gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung

Tabelle 1: Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells (5)

Der Kohärenzsinn ist im salutogenetischen Modell nach Aaron Antonovsky entstanden. Antonovsky beschäftigte sich Zeit seines Lebens mit der Fragestellung. Was hält den Menschen gesund und wie kann die Gesundheit erhalten werden? Der SOC ist in dieser These die individuelle Haltung zur Welt und dem eigenen Leben, diese Haltung ist unser ganzes Leben dynamisch und wird durch ständigen

Zuwachs an Erfahrungen geprägt und verändert. Jene Grundhaltung zum Leben ist wichtig um die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Jedoch kann der Kohärenzsinn nicht mit Bewältigungsstrategien gleichgesetzt werden, er ist vielmehr das übergeordnete Steuerungsprinzip, welches die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Strategien verwaltet (6). Diese persönliche Weltanschauung setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen (7):

- Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Diese Komponente versteht die Fähigkeit, bekannte und auch unbekannte Reize als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können. Es stellt also ein kognitives Verarbeitungsmuster dar, welches die Welt für uns nicht als ein wirres Durcheinander, sondern als ein in sich zusammenhängendes, geordnetes und vorhersagbares System wahrgenommen wird (7).

- Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Diese Komponente beschreibt das Gefühl, dass schwierige Situationen lösbar sind. Dass eigene Ressourcen erkannt werden können und die adäquatesten für die jeweilige Situation ausgewählt werden können. Dabei ist nicht nur wichtig, über eigene Ressourcen zu verfügen, sondern vielmehr noch der Glaube daran, dass andere Menschen oder eine höheren Macht bei schwierigen Situationen helfen können. Wenn diese Eigenschaft fehlt denkt der Mensch er ist der ewige Pechvogel und projiziert alle schlechten Ereignisse im Leben auf sich selbst und fühlt sich diesen hilflos ausgeliefert. Anotonovsky bezeichnet dies als ein kognitiv- emotionales Verarbeitungsmuster (7).

- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Diese Komponente ist in der Salutogenese die wichtigste, sie beschreibt ob Probleme und Anforderung im Leben, angenommen werden. Das heißt, ob es als Wert empfunden wird, Energie hinein zustecken und die Herausforderung als willkommen anzunehmen und als emotional sinnvoll zu verstehen. Es ist also eine motivationale Dimension, die uns das Leben als sinnhaft empfinden lässt. Auch wenn die beiden anderen Komponenten stark ausgeprägt sind so kann nur ein Gefühl der Sinnhaftigkeit uns davor bewahren das Leben als eine einzige Qual zu sehen (7).

Diese 3 Hauptkomponenten des Kohärenzsinn stellt die Abbildung 1 noch einmal zur Verdeutlichung dar.

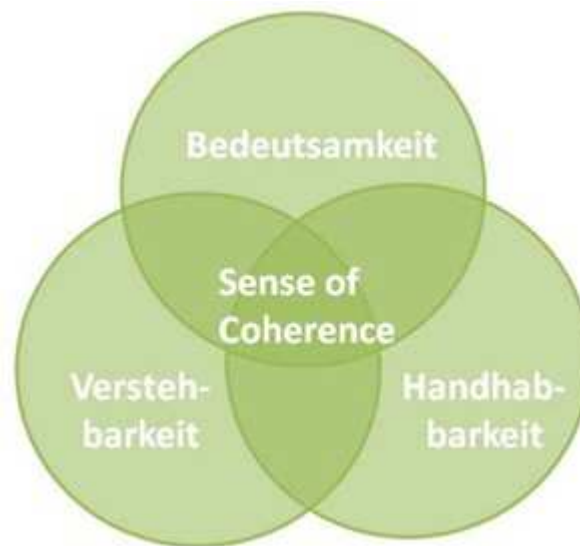


Abbildung 1: Hauptkomponenten des SOC (8)

1.1.1 Veränderbarkeit des Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn entwickelt sich nach Antonovsky in der frühen Kindheit und im jugendlichen Alter bis zur Adoleszenz. Er wird geprägt durch die Summe aller Erfahrungen und Lebensereignisse und kann bis zum 30. Lebensjahr noch größeren Veränderungen unterliegen, da ein Heranwachsender oder eine Heranwachsende noch Wahlmöglichkeiten besitzt und die Lebensbereiche noch nicht gänzlich festgelegt sind. Ob ein starker oder schwach ausgeprägter SOC gebildet wird, hängt von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab. Die Balance aus Unter- und Überforderung und ein Verhältnis aus Stabilität, Überraschung und von lohnenden und frustrierenden Ereignissen. Antonovsky hält es für unwahrscheinlich, dass sich der SOC - wenn er einmal ausgebildet ist – nicht noch einmal stark verändert, er räumt jedoch ein, dass bei radikalen Lebensveränderungen wie zum Beispiel Umzug, Veränderung des Familienstandes, Beschäftigungsverhältnissen etc. eine andere Ausprägung möglich wäre. Derjenige, der mit viel Geduld und Ausdauer an seinem SOC mittels Psychotherapie arbeitet, dem räumt Anotonovsky eine Mög-

lichkeit ein eine Veränderung in der Ausprägung zu erzielen. Wenngleich er es eher für utopisch hält (7).

1.1.2 Neuere Forschungsergebnisse zu Sense of Coherence

Antonovskys Haupthypothese des salutogenetischen Modells geht davon aus dass ein starker SOC mit dem aufrechterhalten der Gesundheit zusammenhängt, da ein starker Wert entscheidend für die allgemeine Bewältigung von beschwerlichen Lebenssituationen ist (9). Aktuelle Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass der SOC mehr Zusammenhang mit der psychischen als mit der physischen Gesundheit aufweist. In Querschnittstudien aus Kanada konnte bei der Bevölkerung eine Tendenz zwischen hohen SOC und besserem Gesundheitszustand festgestellt werden (10). In einer Schwedischen Studie konnte auch eine schwache physische Korrelation mit einem hohen SOC hergestellt werden. Es zeigte sich ein niedrigerer diastolischer Blutdruck, niedrigere Serum Triglyceride, ein niedrigerer Puls und ein höherer VO_2 max. (11). Bei psychosomatischen Erkrankungen wie Kopfschmerz, Schlafstörungen und Appetitmangel ist der Zusammenhang signifikant (12). In einer neueren japanischen Forschungsarbeit welche die Beziehung zwischen SOC und depressivem Zustand, Stress am Arbeitsplatz und Kohärenzgefühl bei 348 weiblichen Krankenschwestern in einem öffentlichen Krankenhaus untersuchte, hatte ein niedriger SOC einen Einfluss auf den depressiven Zustand unter weiblichen Krankenschwestern. Daher schlussfolgerten die Wissenschaftler, dass Gesundheitsberufe versuchen sollten den SOC zu verbessern (13).

1.2 Krankheitsverarbeitung

Definition Krankheitsverarbeitung:

„Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf ein Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen. Die Krankheitsverarbeitungs-Modi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Verarbeitungserfolgs zu definieren (14).“

Definition Krankheitsbewältigung:

„Ist das Bemühen, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (kognitiv und emotional) aus zu balancieren und/oder durch zielgerichtetes Handeln zu meistern (15).“

Zur Krankheitsverarbeitung gibt es in der Literatur mehrere Modelle mit verschiedenen Ansätzen. Dabei werden oft die Begriffe Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung auch engl. Coping (= mit etwas fertig werden) synonym verwendet. Zum einen gibt es nach Freud ein schon lange bestehendes tiefenpsychologisches Modell und auf der anderen Seite einen empirisch-naturwissenschaftlichen Ansatz, der auch in den letzten Jahren unter anderem von Antonovskys Salutogenese stark geprägt wurde.

1.2.1 Tiefenpsychologischer Zugang

Freud vertrat den Ansatz, dass durch analysieren und interpretieren des menschlichen Verhaltens Hypothesen erstellt werden können, welche allgemeine Gültigkeit haben. Er erstellte dabei den Grundstock, der heutigen Coping Forschung, wenn gleich seine Theorien nicht empirisch überprüfbar waren. Freud konnte dabei die These zur Beschreibung eines psychischen Apparates des Menschen aufstellen, diese besteht aus einem Ich, Überich und einem Es, welche sich gegenseitig be-

einflussen. Er beschreibt zusätzlich die wichtigsten Abwehrmechanismen des Menschen (16):

- Identifikation (mit dem Aggressor)
- Isolierung des Affektes
- Projektion
- Rationalisierung
- Reaktionsbildung
- Regression
- Verleugnung
- Sublimierung

Die Abwehrmechanismen sind psychische Vorgänge, diese treten bei einer Krankheit mit einander in Konflikt und sollen uns so die Verarbeitung oder die Kompensierung ermöglichen. Dies erfolgt ohne unser Wissen. Nach Freud werden die Abwehrmechanismen in reifere und unreifere gegliedert und sind maßgeblich für die Bewältigung von uns nicht bewussten innerlichen Konflikten und dienen uns als Grundlage um überhaupt eine Selbststeuerung zu erlangen. Diese werden der uns bewussten Bewältigung von Problemen und Verarbeitung von Konflikten gegenübergestellt, welche als Bewältigung engl.: coping betitelt werden (17).

1.2.2 Empirischer-naturwissenschaftliche Zugang

Entgegen Freuds Theorien, welche nicht anhand von Studien überprüft werden konnten, werden im empirischen Zugang zur Krankheitsverarbeitung Studien herangezogen. Dabei werden Konzepte ausgearbeitet und untersucht, aufgrund dessen gibt es seit vielen Jahren eine Dynamik in diesem Forschungsbereich. Die Theorien werden an aktuelle Ergebnisse adaptiert, verändert und somit auch stetig erweitert. Eines der früheren Modelle versteht Krankheitsverarbeitung als Stressverarbeitung und wurde im transaktionalen Stressmodell nach Lazarus beschrieben. *„Stress fordert den Betroffenen auf, ein Gleichgewicht herzustellen – zwischen Anforderungen und der Fähigkeit ohne zu hohe Kosten oder destruktive*

Folgen fertig zu werden“ (18). Lazarus ging nicht wie Freud davon aus, dass es objektiv beschaffene Reize gibt, welche für Stress sorgen, sondern dass die subjektive Bewertung des Reizes für jeden Einzelnen unterschiedlich ausfallen kann. Was für den einen Stress bedeutet kann für den anderen als nicht stresshaft empfunden werden.

Lazarus befindet Krankheitsbewältigung als komplexen Vorgang, der von einem Individuum in drei Stufen stattfindet. Die primäre Bewertung (engl. primary appraisal) kann eine Situation als Bedrohung, Schaden, Verlust oder Herausforderung einschätzen.

Unter der sekundäre Bewertung (engl.:secondary appraisal) werden die Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten verstanden, welche dem Individuum die eigenen zur Verfügung stehenden Ressourcen (persönliche z.B. Belastbarkeit, materielle und soziale Ressourcen) erkennen lassen und ob diese Ressourcen zum bewältigen des Problems ausreichend sind. Diese zwei Prozesse müssen nicht hintereinander stattfinden, sondern können einander auch beeinflussen.

In der dritten Stufe wird der Erfolg der Bewältigungsstrategie neu bewertet und gegebenenfalls adaptiert und neu eingestuft Lazarus spricht von engl.: re-appraisal.

Bei der Bewältigung von Stress spricht Lazarus von zwei Arten: dem problemzentrierten und dem emotionszentrierten Coping.

Das problemzentrierte Coping ist die aktive Auseinandersetzung mit der Situation oder der Belastung und die aktive Einwirkung auf die Umwelt. Es kann bei einem selbst oder der Umwelt ansetzen z.B. Arztbesuch, Informationen einholen, Planen. Das emotionszentrierte Coping soll die Emotionen, welche bei den Wechselwirkungen von Person und Umwelt entstehen, kontrollieren. Dabei kann es eine Dämpfung einer Überreaktion (z.B. Angst, Ärger) oder eine Suche nach einer Erklärung oder dem Sinn eines Problems geben (19). Zusammengefasst werden diese Vorgänge in Abbildung 2 dargestellt von dem äußerlichen Reiz bis zu den Bewertungen des Individuums und letztlich der Anpassung bzw. gegebenenfalls zur Neubewertung.

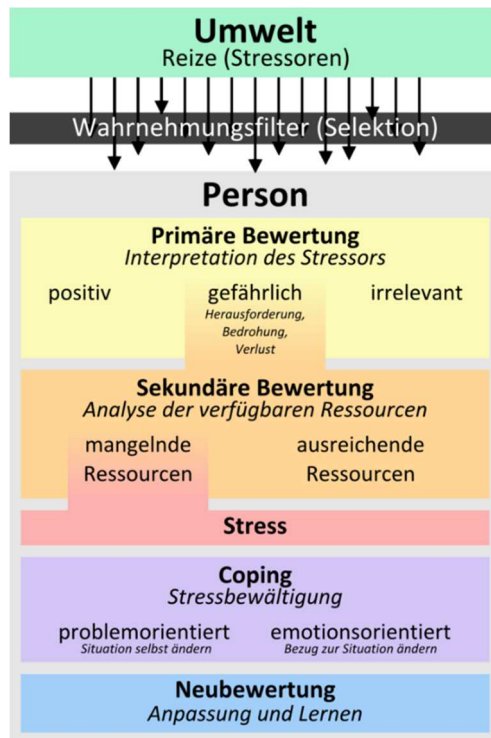


Abbildung 2: Stressmodell nach Lazarus (20)

1.2.3 Bewältigungsstrategien durch kognitive Fähigkeiten

Definition Bewältigung (coping)

„Das Bemühen, mit internen oder externen Anforderungen oder Konflikten zwischen beiden, die die Mittel einer Person beanspruchen oder überfordern, fertig zu werden (21).“

Wenn Menschen erkranken, ist es von Nöten, eine Strategie zu entwickeln, wie mit der Krankheit umgegangen werden soll. Es legt sich also jeder Mensch Strategien zur Krankheitsverarbeitung zurecht. Diese werden für das Abwehren der Lebensveränderungen, die die Krankheit mit sich bringt, benötigt und werden gebraucht, um die eigenen Fähigkeiten zu lenken. Es gibt immer eine Hauptfähigkeit (engl.: master skill), die das Kombinieren aller Unterfertigkeiten gewährleistet. Dabei stellen die Fertigkeiten unsere Werkzeuge dar und die Strategie den Plan, den wir damit verfolgen wollen. Die Strategien, die sich dabei jeder Einzelne zurecht legt, sind im Laufe des Lebens durch unser Umfeld, unsere Persönlichkeit, unsere Lebenserfahrungen und Überzeugungen sowie von tiefsitzenden Mustern gebildet und beeinflusst. Es ist jedoch möglich, neue Bewältigungsstrategien im Laufe des

Lebens zu erlernen. Dabei gilt, es gibt keine schlechte Fähigkeit, sondern vielmehr den richtigen oder den falschen Zeitpunkt für die Anwendung einer solchen. Jede Fertigkeit hat eine Wichtigkeit, solange sie richtig angewendet wird. Manche Menschen können durch eine zu ausgeprägte oder fehlende Fähigkeit leiden, und dadurch Probleme in der Anpassung an Krankheitssituationen bekommen. Auch bei fehlangepassten Strategien finden sich nützliche Fähigkeiten, die für eine adäquate Anpassung sorgen und Lebensziele unterstützen können (22). Eine australische Studie, welche die Beziehungen zwischen Arbeitsplatz-Stressoren, Coping-Methoden, demografische Merkmale und Gesundheit bei Krankenschwestern untersuchte, zeigt, dass es Bewältigungsstrategien in diesem Beruf gibt, welche die psychische und physische Gesundheit mehr unterstützten als andere. Die besten Prädiktoren waren Flucht, Vermeidung, Distanzierung und Unterstützung am Arbeitsplatz, die Anzahl der Berufsjahre, die Arbeitsbelastung und die Selbstkontrolle. Außerdem konnten diejenigen Krankenschwestern, welche mehr Berufserfahrung hatten und Distanzierung als Möglichkeit zur Bewältigung verwendeten, einen besseren mentalen und körperlichen Zustand aufweisen. Kolleginnen die weniger Berufsjahre hatten und Flucht und Selbstkontrolle als Coping verwendeten waren in deutlich schlechterem Zustand. Diese Ergebnisse könnten helfen, Empfehlungen für Coping Strategien, soziale Unterstützung und Arbeitsbelastung zu geben (23).

1.3 Spiritualität

Wenn man sich mit dem Begriff Spiritualität auseinandersetzt, wird schnell klar, dass die Definition eine Herausforderung darstellt. In den letzten Jahren ist die Spiritualitätsforschung vorangeschritten, nicht nur um eine wissenschaftliche Komponente in den oft inflationär gebrauchten Begriff zu bringen, als vielmehr auch im Gesundheitswesen Antworten auf Fragen wie zum Beispiel Coping-Strategien, Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung zu erhalten. Oft wird auch in der Literatur Spiritualität und Religiosität synonym verwendet. Der Begriff bedeutet meist für jeden Menschen etwas anderes. Der Begriff wird in jede Epo-

che, Kultur, Religion und Wissenschaft anderes gebraucht (24). Der Duden (1999-2004) definiert Spiritualität als „Geistigkeit, inneres Leben, geistiges Wesen“. Der Begriff leitet sich vom Lateinischen „*spiritus*“ = Geist, Hauch ab bzw. von „*spiro*“ ich atme.

„Mit dem Begriff der Spiritualität wird eine nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung bezeichnet, bei der sich der/die Suchende ihres ‚göttlichen‘ Ursprungs bewusst ist (wobei sowohl ein transzendentes als auch ein immanentes göttliches Sein gemeint sein kann, z.B. Gott, Allah, JHW, Tao, Brahman, Prajna, All-Eines u.a.) und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. spürt. Aus diesem Bewusstsein heraus bemüht er/sie sich um die konkrete Verwirklichung der Lehren, Erfahrungen oder Einsichten im Sinne einer individuell gelebten Spiritualität, die durchaus auch nicht-konfessionell sein kann. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensführung und die ethischen Vorstellungen (25).“

Büssings Definition verfolgt die zentralen Themen, wie die Suche nach Sinn und Bedeutung, Bewusstheit des göttlichen Ursprungs, Verbundenheit und die konkrete Verwirklichung der Erfahrung im Sinne einer individuellen Spiritualität und die Auswirkung auf die Lebensführung. Dadurch wird klar wie komplex dieser häufig verwendete Begriff in Wahrheit ist.

Viele Autoren und Autorinnen verwenden in ihren Definitionen den Begriff der Transzendenz. Dies soll begreiflich machen, dass Spiritualität derjenige Teil des menschlichen Denkens ist, der über das Ich- Denken hinausgeht. Es soll die Endlichkeit des eigenen Daseins beschreiben (26).

Spiritualität muss jedoch nicht mit einer Religion in Beziehung stehen, es ist eine Art des Glaubens, welche nicht an religiösen Strukturen befestigt ist (27). Was wissenschaftliche Studien zu erforschen versuchen, sind meist Überzeugungen oder Gefühlswahrnehmungen in Bezug auf die Spiritualität. Das Problem dabei ist, dass Gläubige jedoch von ihren eigenen physischen Erlebnissen ausgehen und sich dadurch eigene Definitionen von Spiritualität schaffen, welche nicht auf einer wissenschaftlichen Ebene vergleichbar sind. Religion kann als grundsätzlich soziales Phänomen verstanden werden, während Spiritualität in der Regel auf der Ebene des Individuums in dessen spezifischen Kontexten betrachtet wird. So gesehen verhält sich Religion zu Spiritualität wie die Medizin zur Gesundheit (28).

Ein anderes Wort, welches oft in Verbindung mit und zur Erklärung von Spiritualität verwendet wird, ist die Frömmigkeit. Diese hat im Englischen keine direkte Übersetzung und wird oft als Teil der Religiosität geahndet, wobei auch hier zwei Begriffe im Englischen auftauchen „religiosity“ und „religiousness“. Aus wissenschaftlicher Sicht kann Religion als institutionsgebunden verstanden werden (29). Jedoch muss bedacht werden, dass bei all den Schwierigkeiten, die die Definition der Spiritualität mitbringt, die Begriffe in der Allgemeinbevölkerung nicht wirklich zu trennen sind. In einer groß angelegten Studie in den USA 2002 mit 1,422 Teilnehmern und Teilnehmerinnen, welche befragt wurden, ob sie spirituell oder religiös oder beides sind, gaben 52% an, beides zu sein und nur 10% befanden entweder religiös oder spirituell zu sein (30). Deshalb kann die Spiritualität als Begriff schwer ohne Einbezug der Religion existieren.

1.3.1 Religiosität

Mit dem Begriff der Religiosität verhält es sich fast wie mit dem der Spiritualität, er ist sehr schwer zu definieren. Religionswissenschaftler und Religionswissenschaftlerinnen bekennen selbst, dass Religiosität nicht stets in allen Epochen, Kulturen und Zeitaltern dasselbe bedeutet und diese Definition auch sehr von der Betrachtung abhängt. Soziologen und Soziologinnen unterscheiden zwischen einer substanziellen und einer funktionalen Religiosität. Die substanzielle Form ist geprägt vom Wesen und Inhalt des Geglaubten. Die funktionale Religiosität versteht sich als die Aufgabe und die Bedeutung, die sie für den Einzelnen und die Gesellschaft hat. Mit dieser Definition ist eine wissenschaftliche Untersuchung möglich, da diese Definition ohne Wertung ist und daher religiöse und nicht religiöse Ereignisse unterscheidet (31).

„In fact that we use one word to describe a complex of beliefs, behaviors, and experiences as ‚religious‘ is often enough for us to believe that religion is really one entity, and that we can expect to find the same or similar phenomena anywhere else in the world (32).“

Emmons und Paloutzian befinden, die Definition nach Dollahite als die kürzeste und am besten formulierte.

„A covenant faith community with teachings and narratives that enhance the search for the sacred and encourage morality (33).“

Sie weisen außerdem daraufhin, dass es nötig ist, ein neues Konzept für die Beschreibung der Religion zu finden. Sie nennen es das „*multilevel interdisciplinary paradigm*“. Dieses soll ein Paradigma darstellen, welches den Wert der Daten in den vielen analytischen Studien darüber einbezieht und keine reduktiven Annahmen über den Wert der geistigen und religiösen Phänomene macht. Nach Emmons und Paloutzian ist dieses Paradigma erst der Anfang und bildet die Basis der wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Feld der Religion und Spiritualität. Jedoch kann die Implementierung dieses neuen Paradigmas nur unter Miteinbezug von vielen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgen, wie zum Beispiel Neurowissenschaften, Philosophie, Anthropologie, Biologie, Psychologie und vielen weiteren (34).

1.3.2 Transzendenz

Das Wort "Transzendenz" kann zweierlei Bedeutung haben: eine den menschlichen Horizont überschreitende Wirklichkeit, oder aber eine besondere Erfahrungsweise des Menschen, die jeden Bewusstseinsinhalt in eine andere Dimension hebt. So kann die Verfassung, in der der Mensch etwas Einfaches, Alltägliches verrichtet, transzendentalen Charakter gewinnen, und ein Gebet, das nichts ist als eine sehr weltliche Bitte, ohne transzendentalen Charakter sein (35).

Das Transzendente ist das über den Menschen und sein Ich Hinausgehende. Es ist für jeden Einzelnen etwas anderes und auch hier wird es nie möglich sein eine genaue Definition zu finden. Das Wort selbst kommt aus dem Lateinischen „*transcendentia*“ und bedeutet „das Übersteigen“, also über sich oder etwas hinaus bzw. darüber gehend. Ob das transzendente in Sinneswahrnehmungen oder auf die Religion bzw. das Göttliche bezogen wird, kommt in der Literatur stark darauf an welche Wissenschaft sich damit auseinandersetzt. Die Ansätze sind je nach Wissenschaftsgebiet ob Religionswissenschaft, Psychologie, Psychiatrie, Philosophie oder Theologie sehr unterschiedlich.

1.3.3 Religiös- spirituelles Befinden (RSB)

Religiös-spirituelles Befinden (RSB) kann global als die Fähigkeit beschrieben werden, Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen oder einer (wie auch immer gearteten) höheren Macht zu erfahren (36).

RSB kann als Größenordnung des Wohlbefindens, welches im biopsychosozispirituellen Modell betrachtet wird, beschrieben werden. Es lässt ein quantitatives Vergleichen von Spiritualität und Religiosität in einer empirischen Studie zu und dadurch können Aussagen über die verschiedenen Ausprägungen einer untersuchten Gruppe getroffen werden.

1.3.4 Religiosität/ Spiritualität und Gesundheit

Die Frage, ob sich eine spirituell/religiöse Grundhaltung auf die Gesundheit auswirkt, wurde in den letzten Jahren beinahe auf der ganzen Welt diskutiert und untersucht. Auch die WHO nahm unter dem wissenschaftlichen Druck die Frage nach dem Umgang mit Glaube und spiritueller Einstellung in ihren Fragebogen der Lebensqualität auf. Es ist belegt, dass der Glaube oder die Spiritualität den Menschen als Coping Strategien bei Krankheitsbewältigung und als Prävention zur Gesundheitserhaltung dienen kann. Mehrere Studien in den USA konnten einen Zusammenhang zwischen Gottesdienstbesuchen und Lebenserwartung darstellen. Da es allgemein schwierig ist, eine quantitative Erhebung des Glaubens zu machen wurden in den Studien immer die Gottesdienstbesuche als starke oder weniger starke Ausprägung des Glaubens zu veranschaulichen versucht.

Auch konnte festgestellt werden, dass diejenigen Menschen, die an schweren Erkrankungen leiden, besser mit der Situation klar kommen, wenn sie einen spirituellen/religiösen Zugang zur Krankheit hatten. Es belegen zahlreiche Studien, dass religiöse Menschen weniger an Bluthochdruck, kardiovaskulären Ereignissen und weniger Cortisol Ausschüttungen leiden. Zusammengefasst könnte man deuten, dass religiös/spirituelle Menschen ein besseres Gesundheitsverhalten zeigen und daher auch Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol, Übergewicht und Stress mei-

den. Sie erfahren meist soziale Unterstützung durch die jeweilige Glaubensgemeinschaft. Und die Bewältigung von Krankheiten durch Gebete, Meditation und Rituale sind eine wirkungsvolle Möglichkeit für eine gesunde Lebensführung. Jedoch findet sich kein Nachweis, dass bereits erkrankte spirituell/religiöse Personen gegenüber nicht spirituellen eine bessere Heilungschance oder eine schnellere Genesung aufweisen. Auch allen Formen der Heilung durch z.B. Handauflegen oder anonyme Gebete konnte keine Wirkung nachgewiesen werden. Sicher hingegen ist die Annahme aus psychoneuroimmunologischer Sicht, dass bei Gläubigen weniger Cortisol und Interleukin-6 ausgeschüttet wird und dadurch eine Stressverminderung, welche positive Effekte auf das Immunsystem hat, stattfindet. Das Fazit aus zahlreichen Studien ist also, dass Religion und Spiritualität wirksame Werkzeuge für Coping in Krankheit und Gesundheit darstellen, aber selbst kein Heilmittel sind. Jedoch sollte der psychosozialen Komponente des Glaubens Beachtung geschenkt werden und z.B. als Krankenhausseelsorge angeboten werden, um denjenigen zu unterstützen, der den Glauben für sich als Bewältigungsstrategie anwenden möchte (37).

1.4 *Bio-psycho-soziales Modell versus Bio-psycho-sozio-spirituelles Modell*

Das Bestreben den Mensch als Ganzes zu sehen und nicht nur die Krankheit, geht bereits bis auf die Antike zurück. Platon (ca. 427 – 347 v. Chr.), ein Schüler des Sokrates und Lehrer von Aristoteles, erkannte bereits:

„Das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann (38).“

Jedoch dauerte es sehr lange bis das naturwissenschaftlich-biomedizinische Modell eine Ablöse fand. Spricht man von Spiritualität, Religiosität oder von dem religiös-spirituellen Befinden, kann spätestens hier keine Erklärung in Zusammenhang mit Krankheit oder Gesundheit unter rein biologischen Aspekten hergestellt werden. Auch die psychosomatische Medizin hatte lange Zeit keine Chance einer

Daseinsberechtigung, da sie nicht durch rein biologische Werte erklärt werden konnte. Engel erstellte ein auf 3 Ebenen aufgestelltes Modell der Krankheitsentstehung und Gesunderhaltung und nannte es das biopsychosoziale Modell (39). Das Modell besagt, dass biologische Faktoren, psychisches Befinden und soziale Lebensbedingungen auf die Krankheitsentstehung einwirken und wenn eines dieser Systeme aus dem Gleichgewicht kommt, kann dies zu Krankheit führen. Es wird die Gesundheit erstmals als ein komplexes System, als eine Homöostase gesehen, welche zu jeder Zeit neu geschaffen werden muss (39). Auch die WHO hat in ihrer Definition von Gesundheit nicht nur biologische und psychische Faktoren genannt, sondern auch soziale Einflüsse, die eine Rolle auf Gesundheit und Krankheit haben.

Gesundheitsdefinition der WHO 1948

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (40).“

Nach vielen Jahren der Beweissuche und Ergebnissen um das bio-psycho-soziale Modell, gibt es seit einigen Jahren Wissenschaftler, die auch dieses Modell als nicht ausreichend erachten. Gerade in Gesundheitsberufen hat das Personal täglich mit Tod und Sterblichkeit zu tun. Der Helfende und die Helfende werden oft zum Hilflosen und zur Hilflosen. Die Patienten und Patientinnen haben oft das Bedürfnis nach spiritueller Hilfe. Eine spirituell/ religiöse Orientierung kann möglicherweise eine Hilfe in Problemsituationen für Personal und Patienten und Patientinnen darstellen (41, 29). Es gehört auch zum Mensch sein, sich die Frage nach der Endlichkeit und dem Sinn des Lebens zu stellen (4). Spirituelle Fragen sind sehr persönlich und entstehen in der Auseinandersetzung mit dem eigenem Sein. Die Medizin ist spätestens seit dem 19. Jahrhundert eine Naturwissenschaft und lässt die Fragen nach Sinn, Glauben und Transzendenz nicht zu. Gerade wenn Patienten und Patientinnen mit einer Krankheit konfrontiert werden, verändert sich das gesamte Sein. Es werden oft Fragen aufgeworfen, die die Medizin nicht beantworten möchte.

Die Objektivierbarkeit einer evidenzbasierten Medizin wird eine Frage nach dem Sinn nicht beantworten können. Spätestens hier sollte sich nicht nur das medizinische Personal sondern auch das Pflegepersonal konfrontiert sehen der spirituellen Dimension eines Menschen Beachtung zu schenken (35). Und hier könnte auch die Komponente eines bio-psycho-sozio-spirituellen Modells helfen, einen Ansatz zur Lösung dieses Problems zu finden (42).

2 Forschungsfragen und Hypothesen

2.1.1 Kernfrage

Wie ausgeprägt ist der Kohärenzsinn bei Pflegepersonal?

Welche Einflüsse hat der Kohärenzsinn auf das Gesundheitsverhalten und die Krankheitsverarbeitung des Pflegepersonals?

Wie ausgeprägt ist das religiös- spirituelle Empfinden des Pflegepersonals?

Haben Pflegekräfte mit einem hohen spirituell- religiösen Empfinden eine bessere Krankheitsverarbeitung und ein besseres Gesundheitsverhalten?

2.1.2 Zusätzliche Fragestellungen

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten und dem Kohärenzsinn?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten und dem religiös- spirituellen Empfinden?

Gibt es eine Veränderung des Kohärenzsinns mit der Dauer der Beschäftigung?

Gibt es eine Veränderung des religiös-spirituellen Empfindens mit der Dauer der Beschäftigung?

2.1.3 Hypothesen

- A) Es gibt einen Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn, spirituell/religiösem Empfinden und Gesundheitsverhalten der Pflegekräfte.
- B) Menschen mit einem stärkeren SOC haben ein besseres Gesundheitsverhalten und eine bessere Krankheitsverarbeitung bzw. bessere Coping-Strategien.
- C) Spirituell/religiöses Empfinden hat einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten.
- D) Pflegekräfte mit einem hohen spirituell/religiösen Empfinden und einem hohen Kohärenzsinn empfinden weniger Stressbelastung und fühlen sich gesünder.
- E) Ein hohes religiös/spirituelles Empfinden geht mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einher.

3 Material und Methoden

3.1 Stichprobe

Im Zuge einer Dissertationsarbeit wurde für eine Studie ein breiter Fragenkatalog mit insgesamt 13 Fragebögen zusammengestellt. Dabei wurden 180 Testhefte an männliche und weibliche Personen des Pflegepersonals im LKH Deutschlandsberg ausgeteilt. Es wurde sowohl diplomiertes Pflegepersonal als auch Pflegehelfer und Pflegehelferinnen miteinbezogen. Um Unterschiede bezüglich verschiedener Stationen zu erhalten, wurde versucht, Personen aller Stationen in die Befragung miteinzubeziehen. Am Beginn der Befragung fand in einem Aufklärungsgespräch die detaillierte Beschreibung über die Bedeutung, Absicht und Zielsetzung statt. Außerdem wurde den Teilnehmern und den Teilnehmerinnen das Prozedere der Bearbeitung der Testhefte nähergebracht. Die Teilnahme war freiwillig, es gab kein Kriterium, welches die Teilnahme ein- oder ausschloss und keine Bezahlung. Die Fragebögen mussten mit einer Einverständniserklärung versehen werden, um ausgewertet werden zu können. Der Rücklauf der Fragebögen belief sich auf 69 Personen. Teilweise waren die Fragebögen gar nicht oder nur unvollständig ausgefüllt. Von den 69 Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben, waren bis auf zwei männlichen Teilnehmern alle anderen weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 41,4 Jahre. Dabei waren 43 Personen verheiratet und 58 Personen gaben an, ein oder mehrere Kinder zu haben. Die Mehrheit der Befragten war mit 58 Personen diplomiertes Pflegepersonal.

3.2 Material

Für diese Arbeit wurden folgende Fragebögen aus dem Fragebogenkatalog verwendet:

3.2.1 Sozioökonomische Daten/ Anamnesebogen (Unterrainer)

Zur Erhebung sozioökonomischer Daten, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Glaubensbekenntnis etc. wird der Anamnesebogen von Unterrainer verwendet.

3.2.2 Fragebogen zum Sense of Coherence (Antonovsky, 1979)

Der Fragebogen von Antonovsky umfasst in der Originalversion 29 Items in der hier verwendeten Kurzfassung 13 Items. Die autorisierte deutsche Übersetzung der ursprünglich englischsprachigen SOC-Skala (Antonovsky, 1979) wurde von Abel (1995) vorgenommen (43). Die Kurzfassung umfasst drei Subskalen zu den jeweiligen 3 Komponenten, mit welchen Antonovsky den Kohärenzsinn beschreibt, diese lauten: Handhabbarkeit: Dazu wird z.B. die Frage gestellt: *Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?* Verstehbarkeit: *Bis jetzt hatte Ihr Leben...?* Bedeutsamkeit: *Kommt es vor, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?* . Als Antwortmöglichkeit steht eine siebenstufige Skala zu Verfügung. Durch dieses Messinstrument soll die Stärke des SOC bei der einzelnen Testperson erhoben werden. Am Ende werden alle Werte zu einem gesamten Summenscore zusammengezählt, je höher der Score umso stärker ist der SOC.

3.2.3 Multidimensionales Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB 48, Unterrainer et. al. 2010)

Das MI-RSB wurde im Zuge eines interdisziplinären Forschungsprojekts von Klinischen Psychologen, Psychologinnen, Pastoraltheologen und Pastoraltheologinnen entworfen und durch eine Stichprobe an der Allgemeinbevölkerung überprüft. Er

umfasst 43 Items und folgende Subskalen: *Hoffnung immanent* („Ich blicke mit Optimismus in die Zukunft“), *Vergeben* („Es gibt Dinge, die ich nicht verzeihen kann“; invers kodiert), *Erfahrungen von Bedeutung und Sinn* („Ich habe die Erfahrung der Echtheit von Gefühlen gemacht“), *Hoffnung transzendent* „Ich denke oft daran, dass ich die von mir geliebten Menschen zurücklassen muss“, invers kodiert), *Allgemeine Religiosität* („Mein Glaube gibt mir ein Gefühl der Sicherheit“), *Allverbundenheit* („Ich habe eine Erfahrung gemacht, in der meine Person in etwas Größerem aufzugehen schien“). Die Werte werden summiert und es ergibt sich daraus ein Gesamtwert zum religiös-spirituellen Empfinden.

3.2.4 Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhalten (FEG, Dlugosch und Krieger, 1995)

Der Fragebogen von Dlugosch G.E. und Krieger W. umfasst 84 Items und dient zur Erhebung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens, also dem Umgang mit Gesundheit. Erweiternd zum Verhalten kommen noch funktionelle Verknüpfungen, kognitive Bewertungen, eigene Lebensführung und Änderungswünsche hinzu. Der FEG erfasst das Gesundheitsverhalten und Änderungswünsche in acht Bereichen, welche wie folgt lauten: *Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegung, Medikamente, Schlaf, Allgemeines Wohlbefinden/psychosoziale Belastung, Probleme und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit*. Im Bereich allgemeines Wohlbefinden/psychosoziale Belastung wurden z.B. folgende Aspekte erhoben: allgemeine Lebenszufriedenheit, aktuelles Wohlbefinden.

3.2.5 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV. Muthny, 1989)

Mit dem Fragebogen (in der Version FKV 102), welcher aus 102 Items besteht, werden ausführliche Formulierungen in ganzen Sätzen dargestellt. Die Sätze sind in ein 1-5 Rating gegliedert, wobei 1 gar nicht zutreffend und 5 sehr stark zutreffend darstellt. Der FKV prüft auf den Ebenen Kognition, Emotion und Verhalten ein

breites Spektrum an Krankheitsverarbeitungsmechanismen. In den Items werden folgende Skalen erfasst: Problemanalyse und Lösungsverhalten, Depressive Verarbeitung, Hedonismus, Religiosität und Sinnsuche, Misstrauen und Pessimismus, kognitive Vermeidung und Dissimulation, Ablenkung und Selbstaufwertung, Gefühlskontrolle und sozialer Rückzug, regressive Tendenz, Relativierung und Vergleich, Compliance- Strategien und Arztvertrauen sowie Selbstermutigung.

3.3 Untersuchungsablauf

Personen des Pflegepersonals des Landeskrankenhauses Deutschlandsberg (Steiermark) werden analysiert. Dabei gibt es keine speziellen Ein- oder Ausschlusskriterien. Es wird versucht, alle Abteilungen miteinzubeziehen, um eine große Gruppe der Pflegenden in der Untersuchung analysieren zu können.

Dabei wird zwischen diplomiertem und nicht diplomiertem Pflegepersonal kein Unterschied gemacht. Es wurde bei der Rekrutierung aller potentiellen Teilnehmer und Teilnehmerinnen von der Versuchsleiterin in einem persönlichen Gespräch gebeten, an der Untersuchung teilzunehmen. In diesem Gespräch wurde sowohl über den Inhalt, den Zweck und die Verarbeitung der Daten in der Studie aufgeklärt.

Im Anschluss daran erhielten alle Personen elektive Fragebogenbatterien, bestehend aus den angeführten Messinstrumenten. Für die Bearbeitung des gesamten Testheftes werden voraussichtlich 120 Minuten benötigt, wobei keine zeitliche Begrenzung vorgegeben wurde. Es wurden 180 Testhefte mit jeweils 12 Fragebögen ausgeteilt, welche anonymisiert und mit Codes (DL001 bis DL180) versehen waren.

Die befragten Personen bekamen ausreichend Zeit, die Fragen auf freiwilliger Basis zu beantworten, und diese anschließend in einem Kuvert der Untersuchungsleitung abzugeben. Bei Fragen stand die Versuchsleiterin telefonisch oder per Mail-Kontakt zur Verfügung. Die Testhefte können entweder vor Ort, am Arbeitsplatz oder zu Hause bearbeitet und anschließend der Untersuchungsleiterin zurückgegeben werden. Mittels der Fragebögen werden Persönlichkeitsprofile und der Grad der Spiritualität erfasst.

Der Rücklauf bestand aus 69 Testheften, jedoch waren davon einige Fragebögen nicht oder unvollständig bearbeitet worden. Dem Fragenkatalog lag eine Einverständniserklärung bei, welche belegen sollte, dass die Teilnahme freiwillig passierte und dass die Befragten alle Inhalte verstanden und akzeptiert haben.

3.4 Statistik

Die erhobenen Messgrößen wurden in das Statistik Programm SPSS übertragen. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver als auch inferenzstatistischer Methoden. Dazu wurden in einem ersten Schritt die sozio-anamnestischen Daten der Stichprobe dargestellt. In einem zweiten Schritt wurde die Zusammenhangsstruktur der untersuchten Parameter mittels Korrelationsrechnung nach Pearson überprüft. Das Signifikanzniveau wurde dabei allgemein auf dem 5% Niveau festgelegt.

Somit wurden die Ergebnisse nach den Irrtumswahrscheinlichkeiten von $\alpha \leq .001$ als hoch signifikant, $\alpha \leq .01$ als sehr signifikant, $\alpha \leq .05$ als signifikant und $\alpha \leq .10$ als tendenziell signifikant eingestuft (Kennzeichnung wie folgt: $\alpha \leq .001^{***}$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .05^*$ $\alpha \leq .10^{\circ}$).

4 Statistische Auswertung und Ergebnisse

4.1.1 Deskriptive Statistik zu sozioökonomischen Daten

Es wurden, um eine bessere Vergleichbarkeit von den Daten zu erhalten, die Fragebögen auf unterschiedlichen Stationen ausgeteilt. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, besteht der Großteil der rückläufigen Fragebögen aus der Abteilung für Innere Medizin, sie stellen mit 23 Teilnehmern und Teilnehmerinnen 36 % dar. Aus der chirurgischen Abteilung kamen 10 Heft (16%), von der Anästhesie kamen 5 (7,8%), von den Intensiv Pflegekräften 6 (9%) zurück. Von der gynäkologischen Abteilung füllten 8 (12%) Pflegekräfte und von den Operationssälen 3 (4,5%)

Pflegekräfte die Fragebogen aus. Nur teilweise ausgefüllte Fragebogen stellten 3 (4,5%) Personen dar.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen- te	Kumulierte Prozen- te
Gültig	Med. Innere	23	34,3	35,9	35,9
	Chirurgie	10	14,9	15,6	51,6
	Anästhesie	5	7,5	7,8	59,4
	Intensiv	6	9,0	9,4	68,8
	Interne	9	13,4	14,1	82,8
	Gyn.	8	11,9	12,5	95,3
	OP	3	4,5	4,7	100,0
	Gesamt	64	95,5	100,0	
Fehlend	System	3	4,5		
Gesamt		67	100,0		

Tabelle 2: Verteilung der Testpersonen an den Abteilungen

Von den rückläufigen Fragebogenheften, wurden 67 also 98,5 % von Frauen ausgefüllt und nur ein Mann (1,5%) gab den ausgefüllten Fragebogen zurück. Im kurzen Überblick ist dies in Tabelle 3 ersichtlich.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Pro- zente
Gültig	Frauen	67	95,7	98,5	98,5
	Männer	1	1,4	1,5	100,0
	Summe	68	97,1	100,0	
	Fehlend	2	2,9		
Gesamtsumme		70	100,0		

Tabelle 3: Geschlechterverteilung der Testpersonen

Das durchschnittliche Alter der Pflegekräfte in der Studie lag bei 42 Jahren. In Abbildung 3 dargestellt war der Großteil mit 39% zwischen 40 und 49 Jahren alt, gefolgt von der zweitgrößten Gruppe mit 31% welche zwischen 30 und 39 Jahren alt waren. Die kleineren Gruppen war mit 22% im Alter zwischen 50 und 59, der Rest war mit 8% zwischen 20 und 29 Jahren alt.

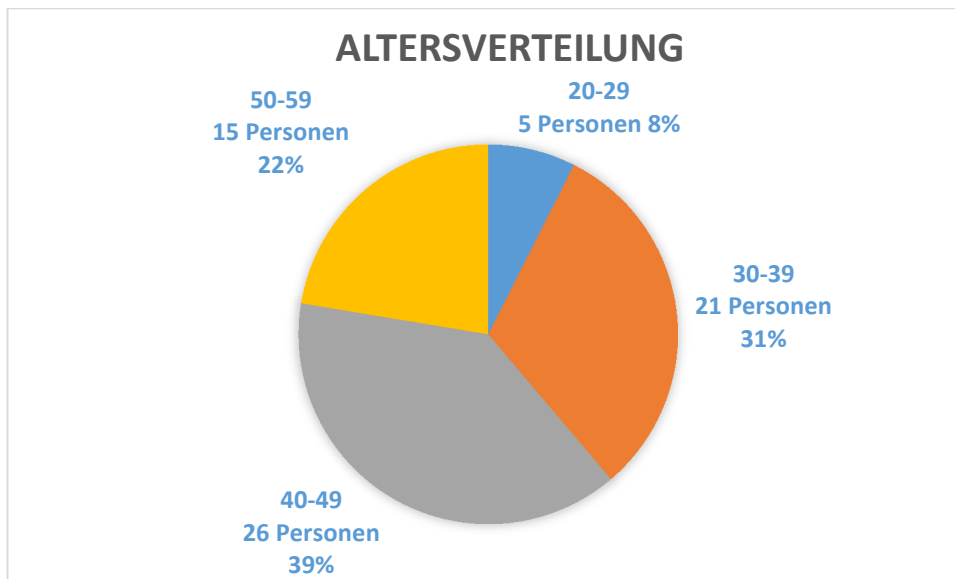


Abbildung 3: Altersverteilung der Testpersonen

Abbildung 4 zeigt, dass von den 70 teilgenommenen Personen 62% verheiratet waren, 20% in einer festen Partnerschaft lebten, 12% ledig waren und 6% in Scheidung oder getrennt vom Partner lebten.

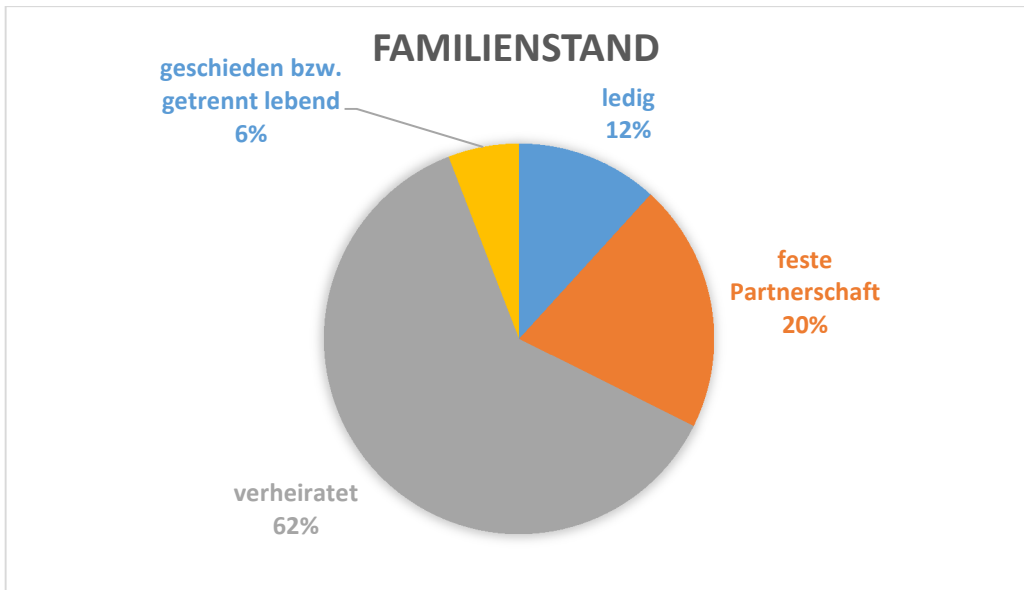


Abbildung 4: Familienstand der Befragten

Von den 70 Pflegekräften gaben 14% an, kein Kind zu haben. 30% hatten ein Kind, 42% hatten 2 Kinder, 10% hatten 3 Kinder, 1 % hatte 4 Kinder und 3 % gaben nicht an, ob sie Kinder haben oder nicht. Dies wird in Abbildung 4 grafisch dargestellt

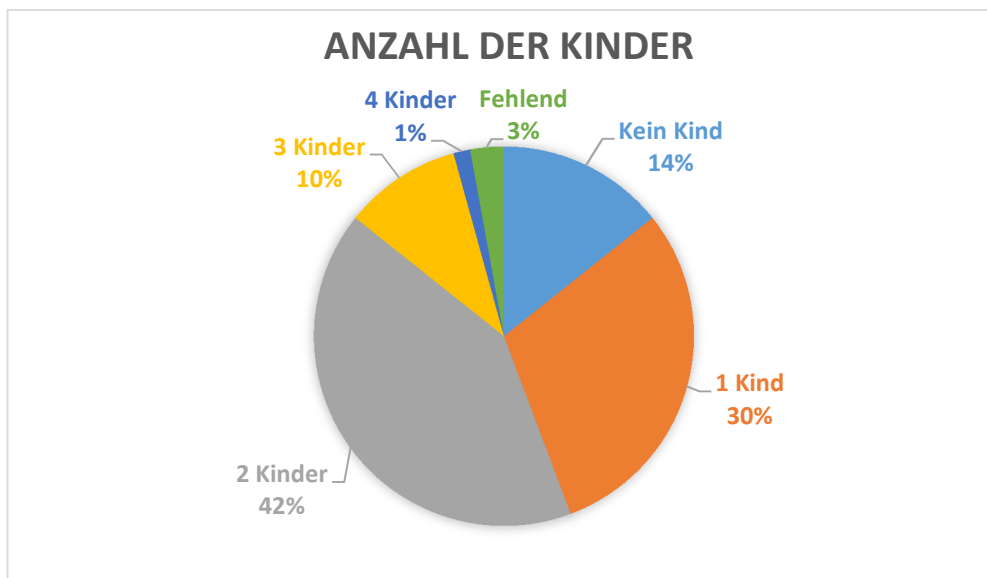


Abbildung 5: Anzahl der Kinder der Befragten

Es gaben von den 70 Befragten 7 (10%) an einen Pflichtschulabschluss zu haben, 44 Personen (62 %) hatten eine Matura, 17 (24 %) Personen hatten eine spezielle

Fachschule ohne Matura absolviert und 2 (3%) Personen gaben keine Auskunft über die höchste abgeschlossene Ausbildung an, dies ist in Tabelle 4 zusammengefasst.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Pro-Kumulative Prozente
Gültig Pflichtschule	7	10,0	10,3	10,3
Matura	44	62,9	64,7	75,0
Spezielle Fachschule ohne Matura	17	24,3	25,0	100,0
Gesamtsumme	68	97,1	100,0	
Fehlend System	2	2,9		
Gesamtsumme	70	100,0		

Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Schulbildung

Bei der Frage nach der Berufsbezeichnung gaben 56 (80%) Personen an diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger zu sein. 10 (14 %) Personen bezeichneten sich als Pflegehelfer oder Pflegehelferinnen und eine Person (1,4%) gab an eine Führungsposition in der Pflege zu haben, dies wird in Abbildung 6 noch einmal verdeutlicht.

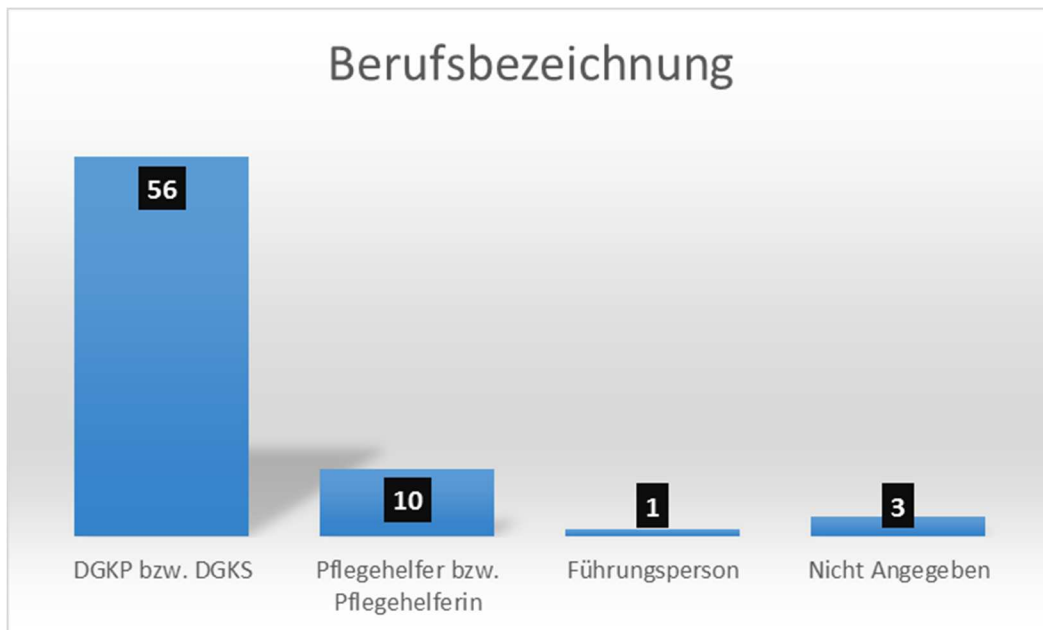


Abbildung 6: Berufsbezeichnung der Befragten

4.1.2 Deskriptive Statistik zu SOC

Der Kohärenzsinn wurde von 68 Teilnehmern und Teilnehmerinnen erhoben, dabei ist dieser Gesamtwert ein Mittelwert aus 13 Items, welcher in SPSS errechnet und mittels Tabelle 5 zusammengefasst wurde. Der SOC schwankt bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen zwischen 42 und 79 Punkten und der Mittelwert lag bei 65,1 Punkten. Diese liegen gegenüber den Prozent- Rangnormen von einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung mit einer Stichprobe von 2,005 Personen im Jahr 1998 und einem Mittelwert zwischen 67 für Männer und 64,5 für Frauen (44), mit 65,1 etwas über der Norm. Da auch bei dieser Stichprobe nur ein Mann teilnahm, muss eher von den Werten für Frauen ausgegangen werden. Die Pflegekräfte in dieser Studie besaßen einen etwas überdurchschnittlichen Kohärenzsinn gegenüber einer Bevölkerungsstichprobe.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Kohärenzsinn	68	42	79	65,10	8,336
Gültige Anzahl (listenweise)	68				

Tabelle 5: Kohärenzsinn Mittelwerte

4.1.3 Deskriptive Statistik zu MI- RSB

Die Auswertung des multidimensionalen Inventars zum religiös/spirituellen Empfinden erfolgte mittels Addition der jeweils 8 Einzelitems. Der Gesamtscore wurde mittels Addition aller Items bzw. der Scores der 6 Subskalen erstellt und in Tabelle 6 überblicksmäßig aufgezeigt. Die Ergebnisse für die Stichprobe ergaben bei der Allgemeinen Religiosität einen Mittelwert von 25,4 , für Vergebung 35,2 , Hoffnung immanent 36,8 , Allverbundenheit 27,3 , Hoffnung transzendent 33,8 , Erfahrung von Bedeutung und Sinn 36,8 und der Gesamtwert des religiös-spirituellen Empfindens lag bei 195,2. Diese Werte könnten mit den Normwerten der Allgemeinbevölkerung, welche in einer Stichprobe von 1500 Personen erhoben wurden, verglichen werden. Jedoch wird in den Normwerten eine ausgeglichene Stichprobe mit 750 Männer und 750 Frauen einbezogen. Um einen besseren Vergleich machen zu können, werden hier nur die Werte der 750 Frauen in der Allgemeinbevölkerung herangezogen, da in der untersuchten Stichprobe nur ein Mann teilnahm. In der weiblichen Bevölkerung liegt zur allgemeinen Religiosität ein Mittelwert von 28,5 vor, Vergebung liegt bei 35,9 , Hoffnung immanent bei 36,4 , Allverbundenheit bei 28,5 , Hoffnung transzendent bei 29,9 , Erfahrung von Bedeutung und Sinn bei 39 und der Gesamtscore der Frauen bei 201,3 (36). Die Stichprobe lag also bei Allgemeiner Religiosität etwas unter der Norm, die Allverbundenheit etwas über der Norm und Hoffnung transzendent deutlich über der Norm. Erfahrung von Bedeutung und Sinn war wieder etwas unter der Norm, wie auch der Gesamtscore des religiös-spirituellen Befindens in der Stichprobe mit 6 Punkten unter der Norm der Bevölkerung in Österreich lag.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Allgemeine Religiosität	67	8	45	25,40	11,069
Vergeben	67	20	43	35,19	5,541
Hoffnung immanent	66	19	47	36,77	6,411
Allverbundenheit	66	8	46	27,29	8,823
Hoffnung transzendent	66	11	45	33,80	7,512
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	67	18	47	36,79	6,402
Gesamte RSB				195,24	
Gültige Anzahl (listenweise)	64				

RSB: religiös- spirituelles Befinden

Tabelle 6: MI- RSB Mittelwerte

4.1.4 Korrelationen von MI-RSB und SOC

Es gab in der Stichprobe mit 68 Personen keine Korrelation zwischen dem Kohärenzsinn und einem Item des multidimensionalen Inventars zum religiös- spirituellen Empfinden. Das heißt, der Kohärenzsinn und das religiös- spirituelle Empfinden hingen in dieser Stichprobe nicht zusammen (Tabelle 7). In dieser Stichprobe lässt sich nicht sagen, dass ein hoher Kohärenzsinn mit einem religiös- spirituellen Empfinden in Verbindung steht.

		Kohärenzsinn
Allgemeine Religiosität	Pearson-Korrelation	,191
	Sig. (2-seitig)	,124
	N	66
Vergeben	Pearson-Korrelation	,033
	Sig. (2-seitig)	,790
	N	66
Hoffnung immanent	Pearson-Korrelation	,160
	Sig. (2-seitig)	,204
	N	65
Allverbundenheit	Pearson-Korrelation	,118
	Sig. (2-seitig)	,350
	N	65

Hoffnung transzendent	Pearson-Korrelation	-,019
	Sig. (2-seitig)	,881
	N	65
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	Pearson-Korrelation	-,075
	Sig. (2-seitig)	,552
	N	66
Kohärenzsinn	Pearson-Korrelation	1
	Sig. (2-seitig)	
	N	68

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 7: Korrelation SOC und MI-RSB

4.1.5 Korrelation von FKV und SOC

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung korrelierte mit dem Kohärenzsinn in mehreren Punkten, ersichtlich in Tabelle 8. Depressive Krankheitsverarbeitung und Kohärenzsinn korrelierte negativ ($r = -.400$, $p < 0.01$) und auch zwischen Bagatellisierung und Wunschdenken und dem Kohärenzsinn konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang festgestellt werden ($r = -.315$, $p < 0.01$). Dies zeigt auf, dass ein hoher Kohärenzsinn mit einer geringeren depressiven Verarbeitung bei Krankheiten einhergeht. Und auch das Bagatellisieren und Wunschdenken, also das aktive nicht-wahrhaben-Wollen der Krankheit, ist signifikant geringer, wenn die Pflegekraft einen höheren Kohärenzsinn aufweist.

		Religiosität und Sinnsuche	Bagatellisierung und Wunschdenken	Kohärenzsinn
Depressive Verarbeitung	Pearson-Korrelation	,031	,357**	-,400**
	Sig. (2-seitig)	,805	,003	,001
	N	64	65	67

Aktives problemorientiertes Coping	Pearson-Korrelation	,319*	,019	-,031
	Sig. (2-seitig)	,010	,883	,805
	N	64	65	67
Ablenkung und Selbstaufbau	Pearson-Korrelation	,459**	,057	,040
	Sig. (2-seitig)	,000	,647	,744
	N	65	66	68
Religiosität und Sinnsuche	Pearson-Korrelation	1	,113	,060
	Sig. (2-seitig)		,379	,637
	N	65	63	65
Bagatellisierung und Wunschdenken	Pearson-Korrelation	,113	1	-,315*
	Sig. (2-seitig)	,379		,010
	N	63	66	66
Kohärenzsinn	Pearson-Korrelation	,060	-,315*	1
	Sig. (2-seitig)	,637	,010	
	N	65	66	68

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 8: Korrelation FKV und SOC

4.1.6 Korrelation von FEG und MI- RSB

Der Fragebogen zum Gesundheitsverhalten wurde mit dem Fragebogen zum religiös-spirituellen Empfinden korreliert (Tabelle 9). Dabei konnte eine Korrelation zwischen Regelmäßigkeit der Ernährung und der allgemeinen Religiosität bestätigt werden ($r = .277$, $p < 0.05$). Und auch die gesunde Ernährung hatte einen Zusammenhang mit Hoffnung transzendent ($r = -.293$, $p < 0.05$). Mit dem Rauchverhalten und dem MI-RISB Fragebogen konnten keine Zusammenhänge gefunden werden. Es konnte aber festgestellt werden, dass die Pflegekräfte mit einem religiös-spirituellen Empfinden gesünder und regelmäßiger essen.

Der Fragebogen zum Gesundheitsverhalten wurde mit dem Fragebogen zum religiös- spirituellen Empfinden korreliert (Tabelle 9). Dabei konnte eine Korrelation zwischen Regelmäßigkeit der Ernährung und der allgemeinen Religiosität ($r = .277$, $p < 0.05$) errechnet werden. Und auch die gesunde Ernährung steht im Zusammenhang mit der Hoffnung transzendent ($r = -.293$, $p < 0.05$). Zwischen dem

Rauchverhalten und dem MI- RISB Fragebogen konnten keine Zusammenhänge gefunden werden. Es konnte jedoch herausgefunden werden, dass die Pflegekräfte mit einem religiös-spirituellen Empfinden gesünder und regelmäßiger Essen.

		Gesunde Ernährung	Er-Regelmäßigkeit Ernährung
Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	-,001	,277*
	Sig. (2-seitig)	,992	,023
	N	66	67
Vergeben	Korrelationskoeffizient	-,050	,076
	Sig. (2-seitig)	,693	,543
	N	66	67
Hoffnung immanent	Korrelationskoeffizient	-,044	,213
	Sig. (2-seitig)	,730	,086
	N	65	66
Allverbundenheit	Korrelationskoeffizient	,046	,129
	Sig. (2-seitig)	,716	,304
	N	65	66
Hoffnung transzendent	Korrelationskoeffizient	-,293*	,079
	Sig. (2-seitig)	,018	,529
	N	65	66
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	Korrelationskoeffizient	-,099	,087
	Sig. (2-seitig)	,431	,482
	N	66	67
Gesunde Ernährung	Korrelationskoeffizient	1,000	,256*
	Sig. (2-seitig)	.	,035
	N	68	68
Regelmäßigkeit Ernährung	Korrelationskoeffizient	,256*	1,000
	Sig. (2-seitig)	,035	.
	N	68	69
Rauchverhalten	Korrelationskoeffizient	-,265	-,251
	Sig. (2-seitig)	,051	,062
	N	55	56

Tabelle 9: Korrelation FEG und MI-RSB

Die Einnahmen von Pharmaka und die allgemeine Religiosität korrelieren negativ miteinander ($r = -.274$, $p < 0.05$) und auch die Vergebung hat eine negative Korrelation mit der Einnahme von Pharmaka ($r = -.325$, $p < 0.05$). Die Pharmaka-Einnahme korrelierte mit dem Rauchverhalten ($r = .423$, $p < 0.01$) und den körperlichen Beschwerden ($r = .321$, $p < 0.01$). Das Gesundheitsverhalten und die Pharmaka-

Einnahmen hatten eine signifikante Korrelation von ($r = .299$, $p < 0.05$) (Tabelle 10). Das bedeutet, dass diejenigen Pflegekräfte, welche ein hohes religiös-spiritueller Empfinden haben, weniger Pharmaka einnehmen und dass diejenigen Pflegekräfte, welche viele Medikamente einnehmen, auch viel Rauchen und häufiger körperliche Beschwerden haben. Es zeigt sich aber auch, dass eine hohe Pharmaka-Einnahme mit einem hohen Gesundheitsverhalten einhergeht.

		Pharmaka Einnahme
Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	-,274*
	Sig. (2-seitig)	,026
	N	66
Vergeben	Korrelationskoeffizient	-,325**
	Sig. (2-seitig)	,008
	N	66
Hoffnung immanent	Korrelationskoeffizient	-,107
	Sig. (2-seitig)	,395
	N	65
Allverbundenheit	Korrelationskoeffizient	-,015
	Sig. (2-seitig)	,906
	N	65
Hoffnung transzendent	Korrelationskoeffizient	-,077
	Sig. (2-seitig)	,543
	N	65
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	Korrelationskoeffizient	,026
	Sig. (2-seitig)	,839
	N	66
Gesunde Ernährung	Korrelationskoeffizient	-,313*
	Sig. (2-seitig)	,010
	N	67
Regelmäßigkeit Ernährung	Korrelationskoeffizient	-,125
	Sig. (2-seitig)	,309
	N	68
Rauchverhalten	Korrelationskoeffizient	,423**
	Sig. (2-seitig)	,001
	N	55
Schlafprobleme	Korrelationskoeffizient	,126

	Sig. (2-seitig)	,311
	N	67
Gesundheitsverhalten	Korrelationskoeffizient	,299*
	Sig. (2-seitig)	,014
	N	67
Körperliche Beschwerden	Korrelationskoeffizient	,321**
	Sig. (2-seitig)	,009
	N	66
Pharmak- Einnahme	Korrelationskoeffizient	1,000
	Sig. (2-seitig)	.
	N	68

** . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

Tabelle 10: Korrelation FEG und MI- RSB

Das Wohlbefinden, das Gesundheitsverhalten und die Widerstandsfähigkeit weisen jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit der allgemeinen Religiosität auf, ersichtlich in Tabelle 11.

		Allgemeine Religiosität	Regelmäßigkeit Ernährung
Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	1,000	,277*
	Sig. (2-seitig)	.	,023
	N	67	67
Regelmäßigkeit Ernährung	Korrelationskoeffizient	,277*	1,000
	Sig. (2-seitig)	,023	.
	N	67	69
Wohlbefinden	Korrelationskoeffizient	,192	-,085
	Sig. (2-seitig)	,129	,499
	N	64	66
Gesundheitsverhalten	Korrelationskoeffizient	-,184	,019
	Sig. (2-seitig)	,140	,875
	N	66	68
Widerstandsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	,011	-,002
	Sig. (2-seitig)	,928	,988

Tabelle 11: Korrelation FEG und MI- RSB

Die Schlafprobleme der Befragten korrelierten negativ mit der Vergebung ($r = -.244$, $p < 0.05$) in Tabelle 12 grafisch dargestellt. Daher treten Schlafprobleme weniger häufig bei hoher Vergebung auf. Das Gesundheitsverhalten korrelierte jedoch mit der Hoffnung immanent negativ ($r = -.271$, $p < 0.05$). Das bedeutet, dass ein hohes Gesundheitsverhalten eine niedrige immanente Hoffnung mit sich bringt.

		Allgemeine Religiosität	Vergeben	Hoffnung immanent
Allgemeine Religiosität	Pearson-Korrelation	1	,385**	,422**
	Sig. (2-seitig)		,001	,000
	N	67	67	66
Vergeben	Pearson-Korrelation	,385**	1	,311*
	Sig. (2-seitig)	,001		,011
	N	67	67	66
Hoffnung immanent	Pearson-Korrelation	,422**	,311*	1
	Sig. (2-seitig)	,000	,011	
	N	66	66	66
Allverbundenheit	Pearson-Korrelation	,495**	,092	,243
	Sig. (2-seitig)	,000	,464	,051
	N	66	66	65
Hoffnung transzendent	Pearson-Korrelation	,130	,363**	,242
	Sig. (2-seitig)	,300	,003	,053
	N	66	66	65
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	Pearson-Korrelation	,340**	,055	,391**
	Sig. (2-seitig)	,005	,659	,001
	N	67	67	66
Gesunde Ernährung	Pearson-Korrelation	-,064	-,009	-,089

	Sig. (2-seitig)	,608	,941	,481
	N	66	66	65
Regelmäßigkeit Ernährung	Pearson-Korrelation	,215	,084	,015
	Sig. (2-seitig)	,080	,499	,906
	N	67	67	66
Rauchverhalten	Pearson-Korrelation	-,103	-,075	-,182
	Sig. (2-seitig)	,460	,589	,188
	N	54	54	54
Schlafprobleme	Pearson-Korrelation	-,057	-,244*	-,053
	Sig. (2-seitig)	,650	,048	,676
	N	66	66	65
Gesundheitsverhalten	Pearson-Korrelation	-,183	-,175	-,271*
	Sig. (2-seitig)	,141	,159	,029
	N	66	66	65

Tabelle 12: Korrelation FEG und MI- RSB

4.1.7 Korrelation von MI- RSB und Dauer der Beschäftigung

Die Dauer der Beschäftigung in der Pflege mit Items des MI-RSB konnte einen negativen Zusammenhang mit der Hoffnung immanent herstellen ($r = -.255$, $p < 0.05$) (Tabelle 13). Das bedeutet, umso länger in der Pflege gearbeitet wird, umso geringer ist die Hoffnung immanent der Pflegekräfte. Andere Items korrelierten nicht mit der Dauer der Beschäftigung. Die Dauer der Beschäftigung und der Kohärenzsinn zeigten ebenfalls keine Korrelationen. Also steigt der Kohärenzsinn über die Dauer der Anstellung nicht an, wird aber auch nicht weniger. Die innere Hoffnung wird dagegen mit der Dauer der Beschäftigung in diesem Beruf über die Jahre geringer.

	Dauer der Beschäftigung in der Pflege	Allgemeine Religiosität
Dauer der Beschäftigung in der Pflege	Korrelationskoeffizient	1,000
	Sig. (2-seitig)	-,122
	N	,338
		66
		64

Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	-,122	1,000
	Sig. (2-seitig)	,338	.
	N	64	67
Vergeben	Korrelationskoeffizient	,222	,380**
	Sig. (2-seitig)	,078	,002
	N	64	67
Hoffnung immanent	Korrelationskoeffizient	-,255*	,381**
	Sig. (2-seitig)	,044	,002
	N	63	66
Allverbundenheit	Korrelationskoeffizient	-,053	,478**
	Sig. (2-seitig)	,678	,000
	N	63	66
Hoffnung transzendent	Korrelationskoeffizient	,072	,133
	Sig. (2-seitig)	,577	,287
	N	63	66
Erfahrungen von Bedeutung und Sinn	Korrelationskoeffizient	-,235	,296*
	Sig. (2-seitig)	,061	,015
	N	64	67

Tabelle 13: Korrelation Dauer der Beschäftigung und MI- RSB

4.1.8 Korrelationen von MI- RSB und FKV

Der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung und das multidimensionale Inventar zur religiös-spirituellen Empfindung zeigten in einem Item einen Zusammenhang (Tabelle 14). Depressive Verarbeitung und Hoffnung immanent korrelierten ($r = .259$, $p < 0.05$). Dies bedeutet, dass eine hohe Hoffnung immanent mit einem hohen Hang zur depressiven Verarbeitung vergesellschaftet ist. Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche, Bagatellisierung und Wunschdenken und aktiv problemorientiertes Coping zeigten keinen Zusammenhang mit den Items Vergebung und Hoffnung immanent des MI-RSB.

		Vergeben	Hoffnung immanent
Depressive Verarbeitung	Korrelationskoeffizient	,093	,259*
	Sig. (2-seitig)	,462	,039
	N	65	64
Aktives problemorientiertes	Korrelationskoeffizient	,153	,027

Coping	Sig. (2-seitig)	,223	,832
	N	65	64
Ablenkung und Selbstaufbau	Korrelationskoeffizient	-,195	-,189
	Sig. (2-seitig)	,117	,132
	N	66	65
Religiosität und Sinnsuche	Korrelationskoeffizient	,014	-,067
	Sig. (2-seitig)	,914	,604
	N	63	62
Bagatellisierung und Wunschenken	Korrelationskoeffizient	,023	-,017
	Sig. (2-seitig)	,858	,895
	N	64	63
Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	,380**	,381**
	Sig. (2-seitig)	,002	,002
	N	67	66
Vergeben	Korrelationskoeffizient	1,000	,255*
	Sig. (2-seitig)	.	,038
	N	67	66
Hoffnung immanent	Korrelationskoeffizient	,255*	1,000
	Sig. (2-seitig)	,038	.
	N	66	66
Allverbundenheit	Korrelationskoeffizient	,105	,229
	Sig. (2-seitig)	,403	,066
	N	66	65
Hoffnung transzendent	Korrelationskoeffizient	,391**	,308*
	Sig. (2-seitig)	,001	,013
	N	66	65

Tabelle 14: Korrelation MI- RSB und FKV I

In Tabelle 15 aufgelistet, korrelierten andere Items des FVK nicht signifikant miteinander. Es lässt sich also feststellen, dass das religiös- spirituelle Empfinden nur in gewissen Punkten mit der Krankheitsverarbeitung in Zusammenhang steht.

		Allverbunden- heit	Hoffnung trans- zendent
Depressive Verarbeitung	Korrelationskoeffizient	,198	,107
	Sig. (2-seitig)	,116	,399
	N	64	64
Aktives problemorientiertes Coping	Korrelationskoeffizient	-,091	,075
	Sig. (2-seitig)	,477	,558
	N	64	64
Ablenkung und Selbstaufbau	Korrelationskoeffizient	-,219	-,114
	Sig. (2-seitig)	,080	,366
	N	65	65
Religiosität und Sinnsuche	Korrelationskoeffizient	-,131	-,113
	Sig. (2-seitig)	,311	,380
	N	62	62
Bagatellisierung und Wunschdenken	Korrelationskoeffizient	,123	-,107
	Sig. (2-seitig)	,335	,404
	N	63	63
Allgemeine Religiosität	Korrelationskoeffizient	,478**	,133
	Sig. (2-seitig)	,000	,287
	N	66	66
Vergeben	Korrelationskoeffizient	,105	,391**
	Sig. (2-seitig)	,403	,001
	N	66	66
Hoffnung immanent	Korrelationskoeffizient	,229	,308*
	Sig. (2-seitig)	,066	,013
	N	65	65
Allverbundenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	-,075
	Sig. (2-seitig)	.	,554
	N	66	65

Tabelle 15: Korrelation MI- RSB und FKV II

5 Diskussion

Der Rücklauf der Fragebögen lag bei 36%. Die Geschlechterverteilung ist beinahe zu 100% weiblich, da nur ein Mann rekrutiert werden konnte. Der Pflegeberuf ist seit langer Zeit in weiblicher Hand und erst in den letzten Jahren üben auch Männer diesen Beruf vermehrt aus, so ist es nicht verwunderlich, dass die Stichprobe beinahe zu 100 % aus Frauen besteht. Dies muss bei den Ergebnissen berücksichtigt werden, da diese nur für weibliche Pflegekräfte Gültigkeit haben. Die größte Fragebögenrücklaufquote ergab sich an der Abteilung für Innere Medizin. Der Großteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen war zwischen 40 und 59 Jahren (60%), verheiratet (62%), hatte zumindest ein Kind (80%) und war eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester oder ein diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (80%). Der Kohärenzsinn lag bei den 68 teilnehmenden Pflegekräften etwas über der Norm der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (40).

Auch das religiös-spirituelle Empfinden der Stichprobe befand sich etwas über der weiblichen Normbevölkerung in Österreich. Jedoch ist ein Mann in der Stichprobe miteingerechnet worden und Männer haben meist einen etwas höheren Wert (36), dies könnte zusätzlich das Ergebnis beeinflussen. Hier wäre interessant, ob das Pflegepersonal generell dazu neigt, ein höheres religiös-spirituelles Empfinden zu haben, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie haben nicht den positiven Zusammenhang von religiös-spirituellen Befinden und Kohärenzsinn bestätigen können (45). Der Kohärenzsinn könnte mit positivem Zusammenhang zu Coping gezeigt werden. Dabei war gerade der positive Zusammenhang von depressiver Krankheitsverarbeitung und SOC interessant. Das Nicht-wahrhaben-wollen und Herunterspielen von Krankheiten korrelierte negativ mit SOC. Dies deckt sich auch mit Studien aus anderen Ländern, welche einen positiven Einfluss von SOC auf psychische und physische Gesundheit untersuchten (47), (10), (13).

Die Hypothese, die davon ausging, dass ein hohes religiös-spirituelles Empfinden das Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst, konnte in der Stichprobe bestätigt

werden. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, welche ein hohes RSB hatten, nahmen weniger Medikamente zu sich, hatten weniger Schlafprobleme und aßen regelmäßiger und gesünder.

Wohlbefinden, Widerstandsfähigkeit, Gesundheitsverhalten korrelierten nicht mit religiös-spirituellen Empfinden.

Coping durch Spiritualität könnte als mögliches Werkzeug für eine bessere Arbeitszufriedenheit von großen Nutzen sein. In einer Studie von Golbasi sind positive Coping Strategien mit einer verminderten Stressbelastung und besseren Arbeitszufriedenheit vergesellschaftet (48).

Die Studie im LKH Deutschlandsberg zeigt außerdem, dass eine hohe Hoffnung immanent mit einem hohen Hang zur depressiven Krankheitsverarbeitung in Verbindung steht. Eine depressive Krankheitsverarbeitung im FVK Fragebogen wurde mit Fragen über Verhalten in Krankheitssituationen abgefragt. Es bedeutet, dass die Befragten eher ungeduldig und gereizt auf Krankheiten reagieren, sich dabei selbst bemitleiden, oft ins Grübeln kommen, mit dem eigenen Schicksal hadern und sich vor anderen Menschen zurückziehen. Andere Zusammenhänge mit den Items des FVK und MI-RSB Fragebogen können nicht festgestellt werden. Das ein gesundes Coping für das Ausüben eines Pflegeberufs von großer Wichtigkeit ist, konnte auch 2013 in einer Studie an 100 Krankenschwestern im Iran, welche mit Lazarus und Folkmanns Fragebögen über Krankheitserarbeitung befragt wurden, festgestellt werden (49).

Interessant sind auch die Ergebnisse über die Dauer der Beschäftigung in der Pflege, dem religiös-spirituellen Empfinden und dem Kohärenzsinn. Die Dauer der Dienstzeit stand nicht im Zusammenhang mit dem Kohärenzsinn oder dem Gesamtwert des SOC. Der Zusammenhang von Dienstjahren und religiös-spirituelle Empfinden, hier speziell Hoffnung war signifikant. Je älter die befragten Pflegekräfte waren, umso weniger hatten sie innere Hoffnung. Hier stellt sich die Frage warum? Ist der Beruf und der Stress schuld daran oder die tägliche Konfrontation mit Krankheit und Tod? Eine Möglichkeit, mit der langjährigen psychischen Belastung umzugehen, zeigte eine australische Studie, die herausfinden konnte, dass ältere Krankenschwestern die Distanzierung als Coping Strategie nutzten. Und die älteren Krankenschwestern so auch am besten mit den beruflichen Herausforderungen fertig werden konnten (23). Hier könnte eine Verlaufsstudie Aufschlüsse

über mögliche Coping Strategien untersuchen und auch der MI-RSB eingesetzt werden um das religiös-spirituelle Empfinden als Coping Strategie über viele Jahre zu überprüfen.

Kritikpunkte an dieser Studie sind die bis auf einen männlichen Teilnehmer, nur aus Frauen bestehende Stichprobe. Die Rücklaufquote der Fragebögen entsprach mit 36% nicht der Studienplanung. Es muss jedoch bedacht werden, dass die Fragebogenbatterie zwar unter der Arbeitszeit prinzipiell ausgefüllt werden durfte, es aber an Zeit mangelte, dies während des stressigen Stationsbetriebes, auch wirklich zu schaffen. So konnte das Ausfüllen meist nur in der Freizeit vorgenommen werden und dies ist für einen Großteil berechtigterweise sehr abschreckend bzw. auf Grund von Zeitmangel nicht möglich. Die Fragebogenbatterie hatte insgesamt sehr viele Fragebögen, die im Rahmen der Dissertation von Kerstin Jäger angelegt wurden und diese Diplomarbeit behandelt nur einen Teil davon. So war die Fragebogen Batterie sicherlich etwas zu lang. Auch zu bedenken ist, dass die beschriebenen Werte, welche die Spiritualität betreffen, nur aus einem Fragebogen herangezogen wurden. Um hier einen besseren Vergleich bzw. Beweis der Datelage zu erzielen, könnten auch andere relevante Fragebögen verwendet werden. Bei weiteren Studien müsste darauf geachtet werden, mindestens ein Drittel männlicher Teilnehmer zu rekrutieren. Des Weiteren sollte sich die Untersuchung nicht nur auf ein Krankenhaus beschränken, sondern auch Krankenhäuser miteinander vergleichen. Auch die einmalige Erhebung der Werte kann die Ergebnisse verfälschen, da Werte wie der SOC auch Tagesschwankungen unterliegen. Daher sollte innerhalb eines Jahres die Befragung an denselben Teilnehmern und Teilnehmerinnen nochmals erfolgen. Um mehr teilnehmende Pflegekräfte zu bekommen, sollten diese auch in der Arbeitszeit für das Ausfüllen freigestellt werden, so könnte man das Mitmachen an empirischen Studien attraktiver gestalten.

Schlussfolgerung für Forschung und Praxis

Aaron Antonovsky, als Vater der Salutogenese, erkannte schon früh, dass es besser ist, die Gesundheit zu erhalten und nicht nur die Krankheit zu behandeln. Schon Antonovsky ging kritisch mit seinen Theorien um und forderte mehr Untersuchungen und Erweiterung seiner Hypothesen (46).

Diese Arbeit versuchte, an Antonovskys Thesen anzuknüpfen, sie um eine Komponente zu erweitern und neue Thesen zu schaffen. Nicht jede Hypothese dieser Arbeit konnte bestätigt werden, jedoch zeigte sich der positive Einfluss von Kohärenzsinn und dem religiös-spirituellen Empfinden auf Gesundheitsverhalten und Krankheitsverarbeitung des Pflegepersonals. Der SOC und der RSB lagen in dieser Studie etwas über der Norm. SOC und RSB zeigten keinen signifikanten Zusammenhang. Ein hoher RSB zeigte eine bessere Krankheitsverarbeitung und besseres Gesundheitsverhalten. Eine Überraschung dabei war, dass eine niedrige immanente Hoffnung ein besseres Gesundheitsverhalten beeinflusste. Und auch, dass mit der Dauer der Beschäftigung in der Pflege die Hoffnung immanent sank. Weiterführende Forschung über Spiritualität, Coping und Gesundheitsverhalten wäre wünschenswert. Es könnte dadurch eine neue präventive Komponente zur Gesundheitsförderung entwickelt werden. Der spirituelle Aspekt der Pflege wird oftmals zu wenig beachtet. Menschen die gepflegt werden müssen, befinden sich in Ausnahmesituationen und suchen oftmals Hilfe bei den Pflegekräften, diese können dabei von den Hilfebietenden zu Hilflosen werden (4). Das macht potenziell krank, daher könnte auch in der Ausbildung der Pflegekräfte ein verstärktes Augenmerk auf ein bio-psycho-sozio-spirituelleres Modell gelegt werden.

Wissenschaftliche Untersuchung der Spiritualität und Religiosität im Gesundheitswesen sind noch rar und sollten in Zukunft weitere wichtige neue Hinweise für die Optimierung der Bedingungen der Pflegekräfte für bessere Gesundheit, und mehr Zufriedenheit im Berufs- und Privatleben bringen (28).

6 Literaturverzeichnis

1. Baldaszi E. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien: Statistik Austria; 2013; 79
2. Karsten D. Resilienz in der Unternehmensführung: Was Manager und ihre Teams stark macht. Freiburg: Haufe-Lexwar; 2014; 104
3. Hasselhorn HM, Müller BH. Arbeitsbelastung und-beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa: Ergebnisse der NEXT-Studie. In: Fehlzeiten-Report 2004. Heidelberg: Springer; 2005; 21-47
4. Berghändler T. Spiritualität als Ergänzung des bio-psycho-sozialen Modells. PrimaryCare, 2010; 10(9):162-4
5. Noack RH. Salutogenese. Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch HH, Bengel J: Salutogenese in der Onkologie; Basel: Karger; 1997; 95
6. Faltermaier T. Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive: Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Hans Wydler; Petra Kolip; Thomas Abel (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Juventa Verl., 2000; 185-196
7. Bengel J, Strittmatter R. Was erhält Menschen gesund? : Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2009; 23-30
8. ZNL TransferZentrum für Neurowissenschaften und Lernen. Projektdesign: Phase I- Konzeptphase. Universität Stuttgart: Institut für Arbeitswissenschaften [Internet]. [zitiert am 10.12.2014]. URL: <http://www.znl-uhl.de/enwibe/Projekt/Projektdesign/Phase-I/phase-i.html>

9. Anotonovsy A, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie; Tübingen; 1997; 150
10. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(5):376-381
11. Lundberg O, Peck MN. Sense of coherence, social structure and health. Evidence from a population survey in Sweden. *Eur J Public Health* 1994; 4:252-7
12. Sack M, Lamprecht F. Forschungsaspekte zum Sense of Coherence. In: Schüffel W, Brucks A, Johnen R: *Handbuch der Salutogenese*; Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998; 330
13. Kikuchi Y, Nakaya, M, Ikeda, M, Okuzumi, S, Takeda, M, Nishi M. Relationship between depressive state, job stress, and sense of coherence among female nurses. *Indian J Occup Environ Med*; 2014;18(1):32-5
14. Muthny FA. Erfassung von Verarbeitungsprozessen mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV): Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation; Blatt 6. *Rehabilitation*, Stuttgart; 1996; 35:11
15. Heim E. Krankheitsauslösung: Krankheitsverarbeitung. In: Heim E, Willi J (Hrsg.): *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit aus bio-psychosozialer Sicht*, Bd. 2: Klinik und Praxis. Springer; Berlin; 1986; 367
16. Freud A. *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer TB 1984; 46-63

17. Abwehrmechanismus- Wikipedia [Internet]. de.wikipedia.org. [Stand 2014-11-11]. Aus: <http://de.wikipedia.org/wiki/Abwehrmechanismus>
18. Lazarus RS. Stress und Stressbewältigung -ein Paradigma: Kritische Lebensereignisse. In: S-H.Filipp. München: Urban & Schwarzenberg; 1981; 213
19. Hauser J. Vom Sinn des Leidens: die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spiritueller Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis. In: Königshausen u. Neumann. Würzburg; 2004; 387-9
20. Guttman P. Veranschaulichung des Stressmodells von Richard Lazarus [Internet]. letztes Update 20.05.2012 [zitiert am 10.12.2014] URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Stressmodell_von_Richard_Lazarus.png
21. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In: Perspectives in interactional psychology. Springer US, 1978; 287-327
22. Sharoff K. Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten: Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten. Bern: Hans Huber; 2007; 31-40
23. Chang EM, Daly JW, Hancock KM, Bidewell J, Johnson A, Lambert VA, Lambert CE. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. J Prof Nurs; 2006; 22(1): 30-38
24. Büssing A, Kohls N. Spiritualität Transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin; Heidelberg: Springer; 2011; 38

25. Büssing A, Ostermann T, Glöckler M, Matthiessen PF. Spiritualität, Krankheit und Heilung: Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Frankfurt am Main: Akademische Schriften; 2006; 23
26. Reichelt H. Spiritualität und die Wissenschaft. Hamburg: Disserta; 2014; 37-8
27. Unterrainer HF, Schögl H, Lewis AJ, Fink A, Weiss E, Kapfhammer HP. Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Neuropsychiatr; 2013; 27(4):172-9
28. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *A psychol*, 2003; 58(1):24-35
29. Unterrainer HF, Schögl H, Ladenhauf KH, Wallner-Liebmann S, Kapfhammer HP . Spiritualität & Sucht: Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung von Abhängigen im Vergleich zu allgemein-psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen. In: *Wiener Zeitung für Suchtforschung*. 2009; 32(1):29-36
30. Shahabi L, Powell LH, Musick MA, Pargament KI, Thoresen CE, Williams D, Underwood L, Ory MA. Correlates of self-perceptions of spirituality in American adults. In: *An Behav Med*; 2002; 24(1):59-68
31. Grom B. Religionspsychologie. München: Kösel; 2007;15-8
32. Hood Jr RW, Hill, PC, Spilka B. *The Psychology of Religion* (4. Aufl.) New York: The Guilford Press; 2009; 7
33. Dollahite, D.C. (1998). Fathering, faith, and spirituality. *J Men ´s Stud*, 7: 5

34. Emmons RA, Paloutzian RF. The psychology of religion. *Annu Re Psychol*; 2003; 54(1):377-402
35. Dürckheim KG. Von der Erfahrung der Transzendenz. Freiburg im Breisgau: Herder; 1984; 204
36. Unterrainer HF, Fink A. Das Multidimensionale Inventar zum religiös-spirituellen Befinden (MI-RSB): Normwerte für die österreichische Allgemeinbevölkerung. In: Köller O, Glück J, Lüdtko O, Neuner F, Neyer FJ, Petermann F, Schmiedke F, Wilhelm O; Göttingen: Hogrefe. *Diagnostica*, 2013; 59(1):33-44
37. Grom B. Wie gesund macht der Glaube? Freiburg: Herder; *Stimmen der Zeit*; 2011;(2):101-12
38. Ohlsen D. Ganzheitliche Heilkunde für Körper, Geist und Seele. München: Web-Site-Verlag; 2009; 4
39. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 8. April 1977; 196(4286):129-136
40. WHO: Constitution of the World Health Organization. Copenhagen. WHO Regional Office Europe 1948.
41. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 2005; 16(2):3–12
42. Maio G. Auf der Suche nach Sinn. Spiritualität in der Medizin zwischen Sinnorientierung und Heilsmaterialismus. *PrimaryCare* 2010; 10(3):43-44

43. Abel T, Kohlmann T, Noack H. Eine deutsche Übersetzung des SOC. Universität Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; 1995
44. Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E. Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: Hogrefe u. Huber: Diagnostica, 2000; 46(4):208-213
45. Unterrainer HM, Huber HP, Ladenhauf KH, Wallner, Liebmann PM. Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Empfinden. In: Köller O, Glück J, Lüdtko O, Neuner F, Neyer FJ, Petermann F, Schmiedke F, Wilhelm O; Göttingen: Hogrefe. Diagnostica; 2010; 56(2):82-93
46. Bengel J, Strittmatter R. Was erhält Menschen gesund? : Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2009; 83-97
47. Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med; 1993;36(6):725-733
48. Golbasi Z, Kelleci M, Dogan S. Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud; 2008 Dec;45(12):1800-6
49. Loukzadeh Z, Bafrooi NM. Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. J Caring Sci; 2013 Nov 30;2(4):313-9

7 Anhang- Fragebogen

SOC- 13

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu verschiedenen Aspekten des Lebens. Bitte **kreuzen** Sie zu jeder Frage die für Sie **persönlich zutreffende Antwort** (Zahl zwischen und) an. Bitte beantworten Sie **jede** Frage bzw. Aussage und kreuzen Sie **jeweils nur eine** Zahl an.

1. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

sehr selten sehr oft oder nie

2. Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist das ist immer nie passiert wieder passiert

3. Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden auf den Sie gezählt hatten?

das ist nie passiert das ist immer wieder passiert

4. Bis jetzt hatte Ihr Leben...

überhaupt keine klaren Ziele sehr klare Ziele

5. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden

sehr oft selten oder nie

6. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft sehr selten oder
nie

7. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie ...

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung. eine Quelle von
Schmerz und
Langeweile.

8. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

sehr oft sehr selten oder nie

9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?

sehr oft sehr selten oder nie

10. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft sehr selten oder nie

11. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...

über- oder richtig unterschätzten einschätzten

12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft sehr selten
oder nie

13. Wie häufig haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

sehr oft

sehr selten

oder nie

© 2000 Universität Leipzig (PD Dr. Jörg Schumacher & Prof. Dr. Elmar Brähler)

8 Anhang – Projektplan

9. Einwilligungserklärung

Name in Druckbuchstaben:

Geb. Datum: Code: DL 62

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Identität-Existentialität-Burnout“ teilzunehmen.

Ich bin ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 4 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Versuchsleiterin verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Das Original dieser Einverständniserklärung verbleibt bei der Versuchsleiterin.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

31.01.11, Kerolin Fages AS
.....
(Datum, Name und Unterschrift der Versuchsleiterin)

Liebe Versuchsteilnehmerin, lieber Versuchsteilnehmer!

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der Studie „Identität-Existentialität-Burnout“ teilzunehmen.

Mithilfe der vorliegenden Fragebogen-Batterie werden alle wichtigen Aspekte bezüglich der untersuchten Fragestellungen erhoben. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der Erfassung der Arbeitszufriedenheit, der Stressbelastung sowie –Verarbeitung und des Kohärenzempfindens. Zusätzlich werden Sie Fragen zu Ihrer Persönlichkeit, Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhaltensweisen und Religiosität finden.

Anhand der Einwilligungserklärung wurde Ihnen ein VersuchsteilnehmerInnen-Code zugeteilt, sodass die Anonymität bei der Beantwortung der Fragebögen gewährleistet ist.

Bitte versehen Sie die einzelnen Testverfahren lediglich mit Ihrem Code, Ihren Namen benötigen wir nicht. Bei der Auswertung der Daten wird Ihnen dadurch höchste Anonymität zugesichert. Außer der Versuchsleiterin hat niemand Zugriff auf die erhobenen Daten und eventuelle Publikationen werden selbstverständlich ohne Namen und lediglich in Form von statistischen Berechnungen präsentiert.

Achten Sie bei der Bearbeitung der Fragebögen bitte auf folgende Punkte:

- Beantworten Sie bitte jede Frage und lassen Sie keine aus. Auch wenn für Sie keine der vorgegebenen Antworten passt, wählen Sie bitte diejenige, die für Sie am ehesten zutrifft
- Bitte beantworten Sie die Fragen offen, ehrlich und spontan. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und persönliche Informationen werden nicht weitergegeben
- Lassen Sie sich bei der Bearbeitung der Fragebögen so viel Zeit, wie Sie benötigen und geben Sie die ausgefüllten Testpakete innerhalb der nächsten Wochen bei Frau Böhler wieder ab
- Bei Fragen und Unklarheiten können Sie sich jederzeit gerne an mich wenden (jaeger.kerstinm@gmail.com bzw. 0676/9447014)

Bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen, möchte ich Sie noch bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Diese Information dient lediglich der statistischen Auswertung und wird natürlich ebenso vertraulich behandelt.

wesentlich, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, als vielmehr die Kompetenz, diese zu erkennen und entsprechend zu nutzen.

Aktuelle empirische Forschungsarbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Konstrukt des Kohärenzsinn und der Fähigkeit zur Stressverarbeitung einerseits, sowie zu Gesundheit (bzw. Gesundheitsverhaltensweisen) andererseits hin. Zusätzlich konnte eine Beziehung zwischen dem Kohärenzsinn und dem Ausmaß wahrgenommener beruflicher Belastung, sowie der Arbeitszufriedenheit beobachtet werden.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird am LKH Deutschlandsberg (Steiermark) durchgeführt und es werden insgesamt ungefähr 150 Personen daran teilnehmen. Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie wird voraussichtlich 120 Minuten dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden einige psychologische Testverfahren zur Erhebung des Kohärenzsinn, verschiedener Aspekte der Persönlichkeit und des Gesundheitsverhaltens, Stress- und Krankheitsverarbeitung, chronischer Stressbelastung, Religiosität und Spiritualität vorgegeben. Die Datenerhebung wird im Rahmen einer 120-minütigen Testung im LKH in Deutschlandsberg stattfinden. Eine zweite Erhebung ist nicht notwendig.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?

Durch Ihre Teilnahme an der Studie ist es möglich, wichtige Informationen über die Psychodynamik von Stress und Stressverarbeitung zu gewinnen. Dies eröffnet Einsicht in die Hintergrundmechanismen dieser Aspekte und zeigt, welche Faktoren damit im Zusammenhang stehen.

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Studie einen direkten gesundheitlichen Nutzen ziehen werden. Dennoch werden ihre momentane Stressbelastung und die Arbeitszufriedenheit erfasst und mit anderen persönlichkeits- und umweltspezifischen Merkmalen in Beziehung gesetzt.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Im Rahmen dieser Studie sind keine Risiken und negativen Begleiterscheinungen zu erwarten.

5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

Angaben zur Person:

VersuchsteilnehmerInnen-Code: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____

Familienstand:

- ledig
- feste Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden bzw. getrennt lebend

Kinder:

- keine Kinder
- wenn ja, wie viele _____

Haushalt:

- mit Partner
- mit Partner und Kindern
- allein lebend
- andere Form der Wohngemeinschaft

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

- Pflichtschule
- Spezielle Fachschule (Gesundheits- und Krankenpflegeschule)
- Matura
- Universität bzw. Fachhochschule

Berufsbezeichnung:

- DGKP bzw. DGKS
- Pflegehelfer bzw. Pflegehelferin
- Sonstiges, zusätzliche Anmerkung: _____

Momentanes Beschäftigungsausmaß: _____

Auf welcher Station sind Sie tätig? _____

Wie lange arbeiten Sie allgemein schon in der Pflege? _____

Wie lange arbeiten Sie schon hier im Krankenhaus? _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!