

Kohärenzempfinden

- Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky - bei

Diplomierten PhysiotherapeutInnen

in der Steiermark differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem
Arbeitspensum. Eine salutogenetische Betrachtung

Alexandra Binder

Alexandra Binder
Geb. 05.12.1968

Diplomierte Physiotherapeutin, langjährige berufliche Erfahrung und Weiterbildung in klassischen und komplementären Methoden im Rahmen der physiotherapeutischen Tätigkeit in freiberuflicher Ausübung.

a.binder@tele2.at

INHALTSVERZEICHNIS

1 Zusammenfassung

| | |
|---|---|
| 1.1 Titel der Arbeit | 6 |
| 1.2 Einleitung | 6 |
| 1.2.1 Hintergrund und Stand des Wissens | 6 |
| 1.2.2 Forschungsfrage | 6 |
| 1.3 Methodik | 6 |
| 1.3.1 Design | 6 |
| 1.3.2 TeilnehmerInnen | 6 |
| 1.3.3 Durchführung | 7 |
| 1.3.4 Statistische Analyse | 7 |
| 1.4 Ergebnisse | 7 |
| 1.4.1 Überblick | 7 |
| 1.4.2 Besonderheiten | 8 |
| 1.5 Schlussfolgerung | 8 |
| 1.5.1 Interpretation | 8 |
| 1.5.2 Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens | 9 |
| 1.5.3 Eigenkritisches | 9 |
| 1.5.3 Anregungen zu weiterführender Arbeit | 9 |

2 Einleitung

| | |
|---|----|
| 2.1 Allgemeines | 10 |
| 2.2 Salutogenese – Entstehung von Gesundheit | 11 |
| 2.3 Kohärenzempfinden | 12 |
| 2.3.1 Die drei Komponenten des Kohärenzempfindens | 14 |
| 2.3.2 Gesundheit und Kohärenzempfinden | 15 |
| 2.3.3 Entwicklung von Kohärenzempfinden | 16 |
| 2.4 Forschungsfrage und Arbeitshypothese | 18 |

3 Methodik

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.1 Fragestellung | 19 |
| 3.2 Aufbau der Untersuchung | 19 |
| 3.2.1 Der Fragebogen | 19 |
| 3.2.2 Die Befragung | 19 |
| 3.2.3 Beschreibung der Stichprobe | 19 |
| 3.3 Die Auswertung | 21 |

4 Ergebnisse

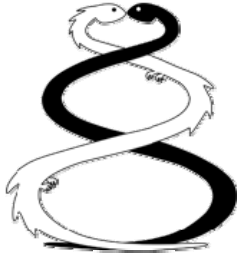
| | |
|---|----|
| 4.1 SOC-Fragebogen | 22 |
| 4.2 SOC-Komponenten der Untersuchungsgruppe | 25 |
| 4.3 SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Untersuchungsgruppen | 27 |
| 4.3.1 SOC-Komponenten der Vergleichsgruppen | 28 |
| 4.4 SOC-Komponenten nach der Art der Berufsausübung | 29 |
| 4.5 SOC-Komponenten nach Arbeitsstunden pro Woche | 31 |
| 4.6 SOC-Gesamtwerte in Abhängigkeit vom Arbeitspensum der Angestellten und Selbständigen | 34 |
| 4.6.1 Angestellte | 34 |
| 4.6.2 Selbstständige | 35 |
| 4.7 Unterschiede nach Sozialvariablen | 36 |

5 Diskussion

| | |
|--|----|
| 5.1 Überblick | 38 |
| 5.2 Schlussfolgerungen | 39 |
| 5.2.1 Kohärenzempfinden der Berufsgruppe der diplomierten PhysiotherapeutInnen | 39 |
| 5.2.2 Kohärenzempfinden und Art der Berufsausübung | 44 |
| 5.2.3 Kohärenzempfinden und wöchentliches Arbeitspensum | 46 |
| 5.3 Zur Arbeitshypothese | 47 |
| 5.4 Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften | 47 |
| 5.4.1 Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen | 47 |
| 5.4.2 Tiefenpsychologische Grundlagen - Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit (mit den Übungen Kommunikations- und Balintarbeit) | 48 |
| 5.4.3 Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung (mit der Übung Reflexion der angestammten Kompetenz sowie der Erstellung der Thesis) | 48 |
| 5.4.4 Regulationsbiologische Grundlagen - Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren | 49 |
| 5.4.5 Vorstellung regulativer Verfahren - Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung | 49 |
| 5.4.6 Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren – Menschenbild und Heilkunde | 50 |
| 5.5 Schluss | 51 |

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

7 Anhang



www.inter-uni.net > Forschung

Kohärenzempfinden bei Diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum.

Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell überarbeitet)

Alexandra Binder, mit Günther Bitzer-Gavornik, Elke Mesenholl und P.C. Endler
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2005

Einleitung

Diplomierte PhysiotherapeutInnen müssen in ihrer Profession hohen Anforderungen gerecht werden. Dabei werden neben fachspezifischen Kompetenzen, die ein breitgefächertes Befundungs- und Behandlungsspektrum umfassen, ebenso psychosoziale, pädagogische, didaktische und organisatorische Fähigkeiten gefordert. Infolge dessen sind diplomierte PhysiotherapeutInnen sowohl großen physischen als auch psychischen Belastungen (Stressoren) ausgesetzt.

Nach Antonovskys theoretischem Konzept steht das Kohärenzempfinden in unmittelbarem Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Bewältigung von Anforderungen, die durch Lebensbedingungen und Lebensereignisse an die Person gestellt werden. Das Kohärenzempfinden spiegelt wieder, wie das Individuum sich in die Vorgänge des Lebens und in die Strukturen und Anforderungen der Gesellschaft eingebunden fühlt und ist der entscheidende Prädiktor für eine gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und Stressoren - und damit in weiterer Folge entscheidend für die Gesundheit.

Die Recherchen der Autorin ergaben, dass es bezüglich der Berufsgruppe diplomierter PhysiotherapeutInnen zu dieser Thematik keine vergleichbaren Studien gibt und aufgrund dieser Tatsache notwendig Grundlagenforschung zu betreiben ist.

Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautete: "Wie ausgeprägt ist das Kohärenzempfinden (SOC nach Antonovsky) bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich?". Weiters wurde die Nebenfrage gestellt: "Gibt es einen Unterschied im Kohärenzempfinden zwischen ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) und ausschließlich unselbständig erwerbstätigen (angestellten) diplomierten PhysiotherapeutInnen?".

Methodik

Design

Der zur vorliegenden Studie verwendete Fragebogen setzte sich aus einem soziografischen Teil mit 9 Items zu Person, Berufsausübung und Freizeit und einem standardisiertem Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Fragebogen nach Antonovsky) mit 29 Items zu Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen. Die quantitative Datenerhebung der Untersuchung wurde mittels einer Einmalmessung durchgeführt.

TeilnehmerInnen

Es wurden 130 Fragebögen an diplomierte PhysiotherapeutInnen, die in der Steiermark in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. in freiberuflichen (Gemeinschafts-)Praxen in verschiedenen fachspezifischen Bereichen der Physiotherapie ihre berufliche Tätigkeit ausüben, verteilt. Davon konnten 87 beantwortete Fragebögen zur Durchführung der Untersuchung herangezogen werden.

Durchführung

Die Untersuchung wurde von November bis Dezember 2004 durchgeführt, wobei die Fragebögen teilweise persönlich überreicht als auch mittels frankierter Rücksendeküverts verschickt und innerhalb eines Zeitraumes von 5 Wochen persönlich eingesammelt oder postalisch retourniert wurden.

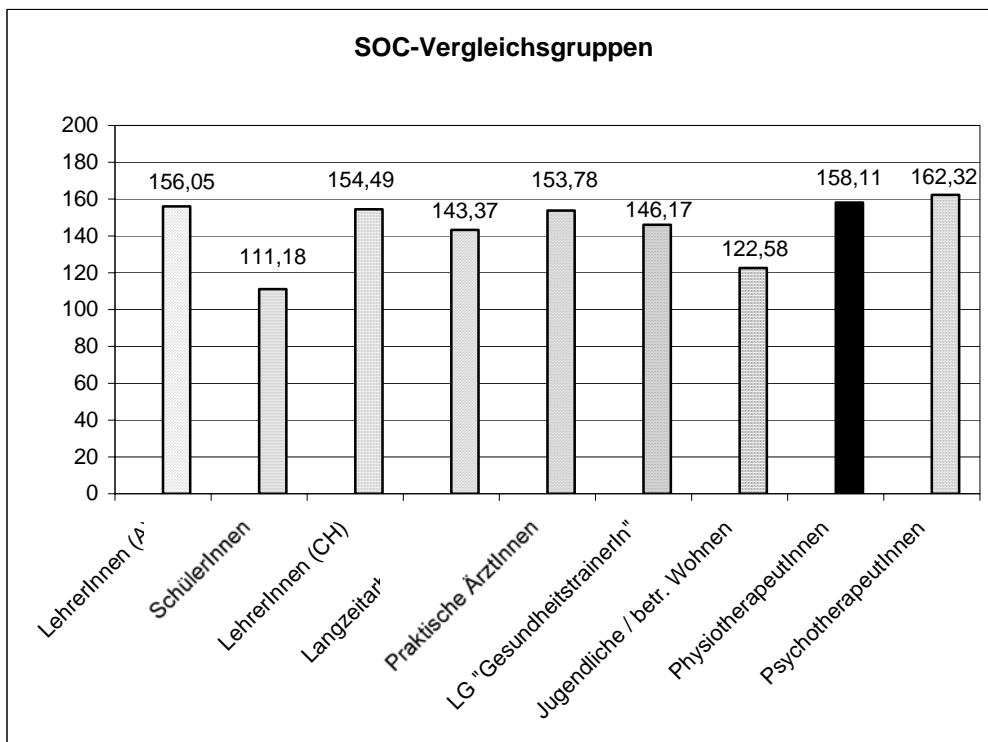
Statistische Analyse

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch statistische Verfahren der Korrelationsanalyse, Varianzanalyse und t-Test zur Ermittlung von Mittelwertsunterschieden. Als Signifikanzniveau wurde das 5 %- Niveau herangezogen.

Ergebnisse

Überblick

Der SOC-Gesamtwert der untersuchten Berufsgruppe liegt bei 158,11 – im Vergleich mit der Normstichprobe von Schumacher et al. (145,66) bzw. anderen Stichproben, die im Rahmen von Thesearbeiten des Interuniversitären Kollegs, Graz / Schloss Seggau, erhoben wurden, ist dieser Wert statistisch signifikant höher.



Stichprobenvergleiche des SOC-Gesamtwertes

Im Vergleich mit anderen professionellen Helferberufen des Gesundheitswesens wie PsychotherapeutInnen und praktischen ÄrztInnen ergaben sich signifikante Unterschiede.

Innerhalb der Untersuchungsgruppe zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter, Familienstand und den Jahren der Berufsausübung.

Besonderheiten

Neben einem ausgeprägten Wert des Kohärenzempfinden zeigte sich bei der Stichprobe als weiteres signifikantes Ergebnis, dass ein Unterschied zwischen ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) und ausschließlich unselbständig erwerbstätigen (angestellten) diplomierten PhysiotherapeutInnen besteht. Freiberufliche PhysiotherapeutInnen zeigten sowohl bei den SOC-Einzelkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit als auch im SOC-Gesamtscore signifikant höhere Werte.

Diskussion

Die Befunde eines relativ hohen SOC bei PhysiotherapeutInnen allgemein sowie insbesondere bei freiberuflich Arbeitenden könnten darauf zurückgeführt werden, dass Diplomierte PhysiotherapeutInnen einerseits schon vor bzw. während ihrer Berufsausbildung ein erhöhtes Maß an Kohärenzempfinden aufweisen bzw. entwickeln. Andererseits könnte vermutet werden, dass sich das Kohärenzempfinden durch multiple Anforderungen und Herausforderungen im Berufsleben und

weitere einer positiven Entwicklung und Positionierung dieses Berufsstandes bezüglich Anerkennung von Seiten anderer Gesundheitsberufe als auch der Öffentlichkeit, weiter ausgeprägt.

Analysen anderer Autoren zur beruflichen und psychosozialen Situation von diplomierten PhysiotherapeutInnen zeigten jedoch, dass – trotz eines ausgeprägten SOC-Wertes – das eigene Gesundheitshandeln nicht immer in direktem Zusammenhang mit dem erhobenen Befund steht und Prinzipien der Prävention, Gesundheitsvorsorge und Psychohygiene oft nicht ausreichend von den TherapeutInnen bei sich selbst angewendet werden. Da sich keine literarischen Hinweise bezüglich des Gesundheitshandelns von diplomierten PhysiotherapeutInnen und nur wenige spezifische Untersuchungen zum Gesundheitszustand der untersuchten Berufsgruppe fanden, stellen sich vielfache Fragen zur weiterführenden Diskussion und nachfolgenden Forschung.

Der demografische Fragebogen könnte um einige Fragen, vor allem zum eigenen Gesundheitshandeln und zum aktuellen Gesundheitszustand der TherapeutInnen, erweitert werden, um ein komplexeres Bild der untersuchten Personen und weitere Querverbindungen zum erhobenen Kohärenzempfinden herzustellen. Interessant wären weiterführende Untersuchungen an dieser Berufsgruppe in anderen Bundesländern sowie vergleichende Untersuchungen an anderen professionellen Helferberufen wie z.B. ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, DiätassistentInnen, Gesundheitsschwestern, etc.

2 EINLEITUNG

2.1 Allgemeines

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie ausgeprägt das anhand eines standardisierten Fragebogens ermittelte Kohärenzempfinden (SOC nach Antonovsky) bei diplomierten PhysiotherapeutInnen ist, weiters ob und in wieweit Unterschiede in den SOC-Werten zwischen ausschließlich unselbständig erwerbstätigen (angestellten) PhysiotherapeutInnen und ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) PhysiotherapeutInnen bestehen. Neben dieser Grundfrage wird noch das wöchentliche Arbeitspensum dieser beiden Vergleichsgruppen in Zusammenhang mit der SOC-Ausprägung genauer untersucht.

Der Auswahl dieser Berufsgruppe und weiters der Differenzierung in der Art der jeweiligen Berufsausübung liegt der Gedanke zugrunde, dass PhysiotherapeutInnen in ihrer Profession einem hohen Anforderungsprofil gerecht werden sollten, sich außerdem mit einem sehr breitgefächertem Befundungs- und Behandlungsspektrum auseinandersetzen müssen und infolge dessen sowohl großen physischen als auch psychosozialen Belastungen (Stressoren) ausgesetzt sind.

Die Vermutung, dass diplomierte PhysiotherapeutInnen - wie auch andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (die sogenannten professionellen Helferberufe) - als Grundvoraussetzung für eine ausreichende Bewältigung ihrer beruflichen Anforderungen einen höheren SOC-Wert aufweisen, liegt nahe. Da die Recherchen der Autorin ergaben, dass es zum Kohärenzempfinden keine vergleichbaren Studien innerhalb der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen gibt, wurde diese Forschungsfrage gewählt.

Das Berufsbild der untersuchten Gruppe ist „durch professionelles, systemisches Handeln gekennzeichnet, das sich in einer eigenverantwortlichen ziel- und problemlösungsorientierten Therapieplanung und –durchführung, dem sogenannten physiotherapeutischen Prozess zeigt. Das Beherrschen des physiotherapeutischen Prozesses und die Fähigkeit, nicht nur die Symptome von Störungen, sondern auch die Kausalzusammenhänge zur Grundlage der eigenen Arbeit mit dem Patienten / Klienten zu machen (Physio Austria 2004)“, erfordert vielfältige Kompetenzen und Ressourcen des Therapeuten.

Auf der Basis dieses physiotherapeutischen Prozesses sollte eine eigenständige, zielorientierte und gleichsam patientenzentrierte Therapiegestaltung in die Praxis umgesetzt werden. Neben der Fachkompetenz sind kommunikative, pädagogische und psychologische Fähigkeiten, Kenntnis ethischer Werte und die Bereitschaft zu ethisch begründetem Handeln, aber auch Fähigkeiten zu vernetztem Denken, Problemlösung und Teamarbeit erforderlich.

Zusätzlich zu diesen komplexen Anforderungen ist vor allem von den selbständig erwerbstätigen Physiotherapeuten aufgrund der Selbst- bzw. Eigenständigkeit das eigenverantwortliche Handeln durch einen größeren Handlungsspielraum stärker gefragt und zudem ein betriebswirtschaftliches Basiswissen zur Unternehmensführung und Wirtschaftlichkeit unerlässlich.

Für diese Studie wurden 87 PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich, befragt, die in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens ihre berufliche Tätigkeit ausüben.

Zu Beginn dieses Kapitels werden die wichtigsten Grundlagen und Begriffe zum weiteren Verständnis der Forschungsstudie näher erläutert.

2.2 Salutogenese – Entstehung von Gesundheit

Das in seiner Theorie interessanteste und in seiner Tragweite bedeutsamste Konzept zur Salutogenese (lat. *salus* = Gesundheit, Heil, Wohlbefinden + *genesis* = Entstehung, Schöpfung) stammt von Aaron Antonovsky (1979, 1987), der sowohl eine umfassende Theorie von Gesundheit vorlegt als auch den Ressourcen in der Salutogenese eine zentrale Bedeutung einräumt.

Jener Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese als entscheidende Aussage seiner Arbeiten hat bis heute die Gesundheitsforschung und die Gesundheitsförderung nachhaltig anzuregen vermocht, wobei zunehmend den Fragen nachgegangen wird, welche praktischen Konsequenzen aus seinem Konzept abgeleitet werden können, wie sich Ressourcen in spezifischen Praxisfeldern erschließen lassen und wie das Kohärenzempfinden zu stärken ist.

Hier stellt sich die zentrale Frage seiner Überlegungen: „Warum und wie bleibt jemand trotz verschiedener (mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, psychologischer, sozialer und kultureller) krankheitserregender Bedingungen gesund?“ (Antonovsky 1979, S.12f).

In seinem salutogenetischen Modell werden Gesundheit und Krankheit als zwei entgegengesetzte Pole eines Kontinuums gedacht - er sieht Krankheit als notwendigen Bestandteil des Lebens, wo Gesundheit und Krankheit sich mischen und der Mensch sich zwischen den Zuständen von Gesundsein und Kranksein bewegt (siehe Abb. 1).

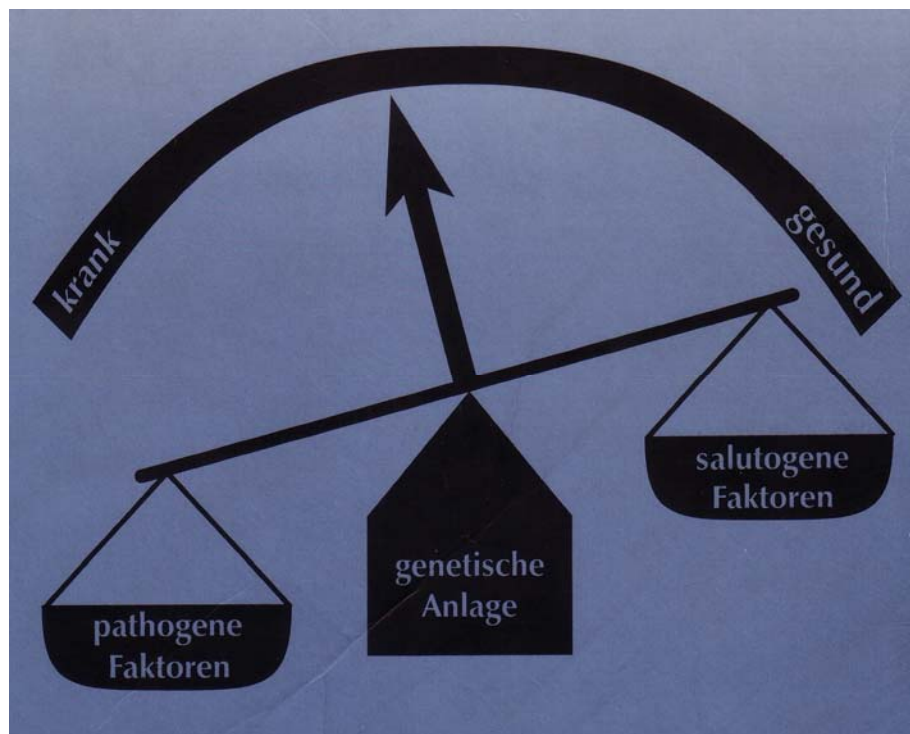


Abb.1: Gesundheit und Krankheit – ein ständiger Balanceakt eines stufenlosen Kontinuums

Hier liegt nicht die Idee der Homöostase (Gleichgewicht) zugrunde, sondern die Idee der Heterostase (Ungleichgewicht), wo der Mensch sich in seiner Selbsterhaltung wesentlich im Ungleichgewicht, in der fehlenden Stabilität bewegt.

Antonovsky verwendet das Bild eines "Schwimmers" im Strom des Lebens, um den Sachverhalt zu beschreiben: wir alle befinden uns ..."in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren; niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer" (Antonovsky 1993, S. 7). „Darüber hinaus ist ..klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (Antonovsky 1997, S.92).

Nicht die Frage nach den krank machenden Faktoren solle im Zentrum des Interesses stehen, sondern jene nach den Ressourcen und Potenzialen, lautete Antonovskys Vorschlag (Antonovsky 1979, 1987).

Gesund zu bleiben heißt in diesem Sinne „ein guter Schwimmer zu werden“.

Die Ressourcenforschung (vgl. Badura 1981; Udriș & Frese 1988) stellt somit die Frage: „Wie kann man ein guter Schwimmer werden?. Welche "inneren" (endogenen / personalen) und welche "äußeren" (exogenen / sozialen) Ressourcen stehen einem Menschen zur Verfügung bzw. lassen sich stärken, um mit Stress fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und dennoch die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. nicht krank zu werden? Beide dieser Faktoren stehen in einem dynamischen Interdependenzverhältnis (Udriș, Kraft, Mussmann 1991).

Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang von "generalisierten Widerstandsressourcen" (generalized resistance resources, GRR), "heilsamen Faktoren" (salutary factors) wie unter anderem eine starke Ich-Identität, individuelle Problemlösungskompetenz und soziale Unterstützung, die einem helfen, "mit jedwedem Stressor umzugehen" (Antonovsky 1993, S.11), den Organismus in Richtung Gesundheit zu bewegen und daher mit Gesundheit und Kohärenzgefühl in unzertrennlicher Verbindung stehen.

Die zentrale Widerstandsressource dafür ist das Kohärenzempfinden - eine Grundorientierung des Menschen, die sich in einem tief verankerten Vertrauen ausdrückt.

„...die Art, wie gut man schwimmt, ist zwar nicht ausschließlich, aber zu einem wesentlichen Anteil durch das SOC determiniert..." (Antonovsky 1997, S.92).

2.3 Kohärenzempfinden

| |
|---|
| Glattes Eis Ein Paradeis Für den, der gut zu tanzen weiß Friedrich Nietzsche |
|---|

Das Kohärenzempfinden (engl. sense of coherence, kurz SOC), das weitere Übersetzungen wie Kohärenzsinn und Kohärenzgefühl umfasst, ist die entscheidende Moderatorvariable im Sinne eines *gefühlshaftern* Weltbezuges und wird von Antonovsky wie folgt beschrieben:

„Eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass

- (1) die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- (2) Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden;
- (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1992).

Aus dieser Perspektive betrachtet beschreibt das Kohärenzempfinden die Fähigkeit, angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) und Handhabbarkeit zu entwickeln und stellt den wesentlichsten Wirkfaktor der Salutogenese dar.

Gemäß Antonovsky entscheiden soziale Ressourcen und Belastungen mit darüber, in welchem Ausmaß das Kohärenzempfinden und die damit verbundene Fähigkeit, in Belastungssituationen über ein flexibles Bewältigungsinstrumentarium zu verfügen, entwickelt werden kann (Wydler, Kolip, Abel 2002).

Im Hinblick auf die Metapher des Schwimmers, der sich nicht entlang des sicheren Ufers bewegt, sondern inmitten von Strömungen und anderen Gefahrenquellen befindet, bedeutet dies, „den Fluss, in dem er schwimmt, einigermaßen zu überblicken und seine Wünsche, sein Können und Tun darauf abzustimmen“ (Antonovsky 1993, S.4) – um ein guter bzw. besserer Schwimmer zu werden.

Hinsichtlich unserer Lebenserfahrungen – unserer Erfahrungen als Schwimmer - stellt sich die Frage, ob und inwieweit wir selbst mitentschieden haben, ob wir diese Erfahrung machen wollten, nach welchen Spielregeln sie verlief und wie Aufgaben und Probleme gelöst wurden, die aus den einzelnen Aufgaben wuchsen. Die entscheidende Dimension dabei ist die Partizipation an Entscheidungsprozessen, wo der Mensch die ihm gestellte Aufgabe/Anforderung gutheißt, Verantwortung für die Ausführung übernimmt und sein Tun oder Nicht-Tun sich auf das Ergebnis auswirkt.

Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl eines Menschen ist, umso mehr bewegt sich der Mensch *aktiv* in Richtung „Gesundheitspol“, da man an Anforderungen, die optimal bewältigt wurden, wächst und die Selbstkompetenz und das Selbstvertrauen damit steigert.

Menschen mit einem hohen Kohärenzempfinden können einen Stimulus / Stressor als geordnete, konsistente und strukturierte Information erkennen, emotional und kognitiv verarbeiten, flexibel auf Anforderungen mit verändertem Verhalten reagieren; sie sind der Überzeugung, dass sich Probleme lösen lassen und sehen in den Verhältnissen und eigenen Lebensmöglichkeiten einen Sinn.

2.3.1 Die drei Komponenten des Kohärenzempfindens

Drei wesentliche Komponenten, die zusammen den Gesamtwert des Kohärenzempfindens ergeben und mittels eines von Antonovsky entwickelten Fragebogens (SOC-Fragebogen; Fragebogen zur Lebensorientierung 1987) ermittelt werden können, sind Folgende:

(1) Das Gefühl der *Verstehbarkeit* (engl. comprehensibility), das beschreibt, dass die Welt und das Leben als verständlich, strukturiert und geordnet erlebt werden, und nicht chaotisch, ungeordnet, zufällig und unerklärlich erscheinen. Es existieren Regeln und es gibt eine Art Ordnung in der Welt; der Mensch durchschaut das Leben.

(2) Das Gefühl der *Handhabbarkeit* (engl. manageability), das ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten vorhanden ist und die Überzeugung, dass Aufgaben und Anforderungen gelöst werden können. Veränderungen sind Herausforderungen, die bewältigt werden können; der Mensch kann sein Leben meistern.

(3) Das Gefühl der *Bedeutsamkeit / Sinnhaftigkeit* (engl. meaningfulness), das den Glauben an die Sinnhaftigkeit der Existenz beschreibt, wo Anstrengungen in der Lebensführung als sinnvoll angesehen werden. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt; der Mensch will sein Leben meistern.

Nach Schiffer stellt die Sinnhaftigkeit die bedeutsamste Teilkomponente des Kohärenzgefühls dar (2001, S.28). Diese Dimension beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke 1997, S.36).

Dabei sei angemerkt, dass sich ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben sich trotz einer hohen Ausprägung der beiden anderen Teilkomponenten Verstehbarkeit und Handhabbarkeit kein hoher Gesamtwert des Kohärenzempfindens ergibt. Ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit (Bedeutsamkeit) empfindet der Mensch das Leben in allen Bereichen nur als Last und jede weitere Aufgabe und Anforderung als zusätzliche Überforderung.

Das Kohärenzempfinden meint eine Grundstimmung oder Grundsicherheit, innerlich zusammengehalten zu werden, nicht zu zerbrechen und gleichzeitig auch an äußeren Anbindungen Unterstützung und Halt zu finden (Ostermann 2003).

2.3.2 Gesundheit und Kohärenzempfinden

Kohärenzempfinden und Gesundheit können als innere Antriebe, als Mittel und als Endzwecke verstanden werden. Ein Mensch entscheidet unter dem Aspekt der Heterostase, ob er aus einer inneren Motivation heraus gesund bleiben will. Dabei pflegt er seine Gesundheit aus bestimmten Gründen oder er betrachtet seine Gesundheit als höchstes Ziel (Schneider 1992).

Das Kohärenzgefühl ist der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und Stressoren und damit entscheidend für die Gesundheit. Je stärker das Erleben von Kohärenz (lat. cohaerere = mit etwas zusammenhängen, in sich zusammenhalten, bestehen) bei einem Menschen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Mensch sich in die Richtung von Gesundheit bewegt.

Gesundheit ist nicht der Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern die Dynamik der Bewegung vom Krankheitspol zum Gesundheitspol (Antonovsky 1979, 1987) – vgl. Abbildung 1, S.11.

Gesundheit als ..“ungestörter Auf- und Umbau der Umgebungsbeziehungen.., in denen ein Lebewesen seine Bedürfnisse befriedigen kann“ (Uexküll 1988). Er spricht von „sich gesund fühlen“, um den *subjektiven* Erlebnisaspekt zu betonen und weist darauf hin, dass Gesundheit in jedem Augenblick neu hergestellt werden muss (zit. n. Beutel 1989).

Der Philosoph Hans-Georg Gadamer spricht in seinem gleichnamigen Buch von der Verborgtheit der Gesundheit: „Wir erkennen unsere wahre Gesundheit nicht an der Oberfläche unseres Befindens. Sie ist verborgen in der Art unseres Lebens, unseres In-der-Welt-Seins. Harmonie, oder wie ich lieber sage, die verborgene Balance, welche unsere langfristige Gesundheit ausmacht, realisiert sich in der Wechselwirkung zweier Dialektiken, die das Spannungsfeld unseres Lebens ausmachen: Die Dialektik von innen und außen und die Dialektik von gut und schlecht bzw. von nährend und belastend, von schützend und schädigend, von befriedigend und angreifend...“. „Gesundheit (...) ist die Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert“ (Gadamer 1993).

Auf der Grundlage dieser Kriterien und Betrachtungen stellt sich drängend die Frage nach der Genese des Kohärenzempfindens und den Ressourcen von Gesundheit.

Wir sind im salutogenetischen Sinne gesund, wenn die Energien aus inneren Kraftquellen und äußeren Ressourcen die Belastungen und inneren Destruktionskräfte übersteigen (siehe Abbildung 2).

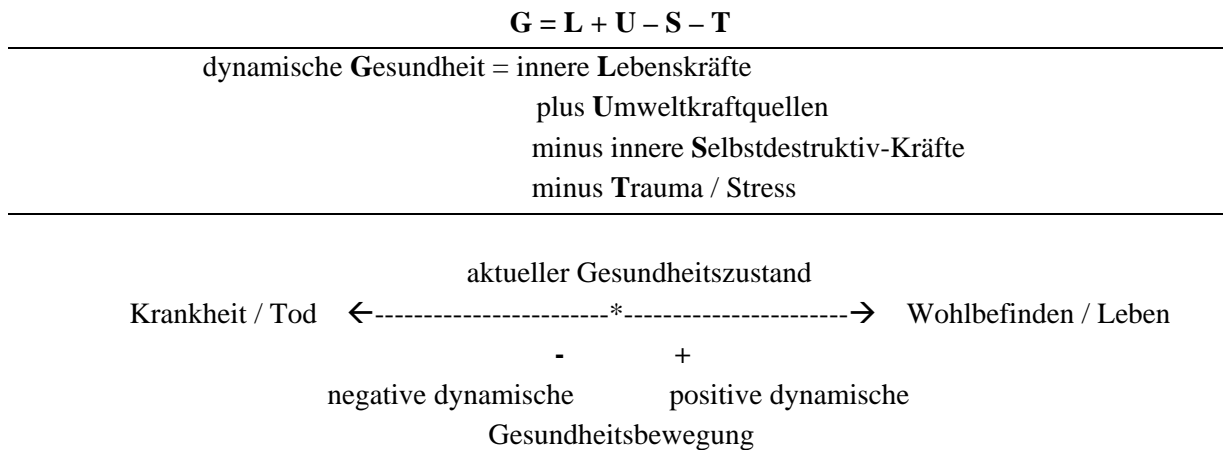


Abb. 2: Gesundheit als energetisch-dynamisches Ungleichgewicht (Fäh 2004)

Wer langfristig gesund bleiben will, baut sich ein soziales Netz auf, pflegt herzliche und verlässliche Beziehungen, die ihm Unterstützung, Anerkennung und Befriedigung verschaffen (Fäh 2004).

2.3.3 Entwicklung von Kohärenzempfinden

Die Grundentwicklung des Kohärenzempfindens sowie die des Selbstvertrauens und der Ich-Identität (vgl. Petzold; Erikson) findet in der frühen Kindheit statt, wo das Gefühl der Geborgenheit und der Sicherheit durch frühe Bezugspersonen, die auch eine ausreichende Reizschuttschwelle gegenüber Stressoren aus der Umwelt darstellen, emotional erlebt wird.

Der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Einheit“ gesehen, befindet sich immer „in Beziehung“ zu anderen und zu sich selbst und reagiert somit auf jegliche Informationen aus seiner Umgebung, wobei die Beziehungen der frühesten Kindheit am prägensten sind.

Das Kind braucht um ein gutes Selbstgefühl, Selbstgewissheit und Identität entwickeln zu können, „empathische caregivers“, die sich auf die Affekte des Kindes einlassen können – empathisch, also einfühlsam reagieren und die Gefühle differenziert benennen können.

„Aus dem Miteinander (Intersubjektivität) bildet sich das Individuelle (Subjektivität) heraus“ (Rahm u.a. 1993, S.191). Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, viele positive Beziehungserfahrungen zu machen, denn um sich selber ein „guter Gefährte zu sein“, müssen diese Erfahrungen vom Kind in der Interaktion mit anderen gemacht und verinnerlicht worden sein.

Das „verallgemeinerte Bild vom Anderen“, das durch unzählige Erfahrungen entstanden ist, wird dann „ein Teil von einem selbst“. Auf diese Weise tritt das Kind mit sich selbst in einen Dialog. Wenn dieser „Anderer in ihm“ liebevoll und unterstützend ist, dann kann er zu einem guten „inneren

Gefährten“, einem guten innerem Beistand werden, infolge dessen sich subjektive Reflexivität und Identität ausbilden (vgl. Petzold 1993, S.1084).

Dies sind notwendige Voraussetzungen für das Entstehen eines gesunden Selbstwertgefühls und einer stabilen Identität, wobei ein positives Selbstbild von sich selbst zu haben, einen bedeutenden Schutzfaktor, eine wichtige Ressource, darstellt.

Eigene Überzeugungen wie „Ich schaffe es...!“, „Ich will und ich kann es...!“ bis hin zu „Ich habe schon Schwierigeres geschafft!“ ermutigen das sich entwickelnde Kind zu immer neuen experimentellen Unternehmungen, Auseinandersetzungen und Herausforderungen und tragen „in der kindlichen Entwicklung zu einer wesentlichen Stabilisierung des Selbstbildes, des Ideal-Selbst, also der eigenen Identität“ bei. (Rahm 1993, S.236).

Entscheidend dabei ist, „dass es sich nicht um passives Erleben, sondern um eine *aktive* Strategie handelt: um eine spezifische Art, sich in die Welt einzuordnen, sich in ihr zu positionieren. Diese Position schafft persönlich gestaltete Zusammenhänge – Kohärenz entsteht. Aus den „Fragmenten“ einer unübersichtlichen Welt, an die man unendlich viele Fragen stellen kann, wird quasi eine Bühne gezimmert, die es unserem Selbst möglich macht, eine sinnvolle Rolle zu spielen“ (Bastian 2000).

Neben einem hohen Maß an Stabilität ist aber auch ein hohes Maß an Flexibilität notwendig, denn die Identität ist einem ständigem Wandel unterworfen. Der Mensch braucht also eine stabile, personale Identität, das bedeutet Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, und gleichzeitig eine flexible Identität, also die Fähigkeit, sich immer wieder neu auf unterschiedliche Situationen im Leben einzustellen – ein Balanceakt, der viele Möglichkeiten der Lebensbewältigung in sich trägt (vgl. Kapitel 2.1, Abb.1, S.11: Balanceakt im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum).

Die Entwicklung der Persönlichkeit und der Identität wird als kontinuierlicher, lebenslanger Prozess gesehen – Identität ist kein einmal erreichter statischer Zustand, sondern ständiger Veränderung unterworfen; doch um über eine stabile Identität zu verfügen, müssen viele Entwicklungsschritte positiv bewältigt worden sein - vergleichbar mit dem Schwimmer im Fluss des Lebens. Identitätsbildung ist somit eine lebenslange Aufgabe und wird durch jede Lebenskrise und Grenzerfahrung immer wieder auf eine neue Probe gestellt – gelingt die Balance, dann kann daraus Ich-Stärke, Selbstvertrauen und Weltvertrauen entstehen.

„Ich-Identität wird von Antonovsky als emotionale Widerstandsressource, als personales Kapital aufgefasst (...). Dabei unterscheidet er zwischen dem Konzept der Ich-Identität, die sich, wie er argumentiert, auf das Bild von einem Selbst richtet, während das Kohärenzgefühl sich auf das Bild richtet, das man von der Welt hat, das aber, wie er meint, das Selbst umschließt. Weiters nimmt er an, dass eine starke Ich-Identität sich als entscheidende oder sogar notwendige Bedingung für ein starkes Kohärenzgefühl erweisen wird (Höfer, In: Wydler et al. 2002)

Die im Wesentlichen in der Kindheit geprägte und verankerte Basis des Kohärenzempfindens, ein gut entwickeltes kohärentes Selbstverständnis und gleichzeitiges Weltverständnis, dass im Laufe der Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter eine bestimmte Position auf dem SOC-Kontinuum erreicht hat, stellt eine entscheidende Variable für den Gesundheitsstatus dar. Der positive Zusammenhang zwischen dieser Variable und einer positiven Lebensgestaltung einerseits und positiver

Gesundheitsfaktoren (Ressourcen) andererseits wurde in verschiedenen Studien belegt (eine Übersicht findet sich bei Wydler et al. 2002).

Die Frage nach der Stärkung des Kohärenzempfindens im Erwachsenenalter ist derzeit schwer zu beantworten, wobei Antonovsky von der Annahme ausgeht, dass nach dem Abschluss der Adoleszenz die SOC-Komponenten konstant bleiben und keine wesentlichen Veränderungen mehr stattfinden – dieser Aspekt wurde in neueren Untersuchungen aufgegriffen und diskutiert (Sack & Lamprecht 1994; Sandell et al. 1997, 1999).

Höfer bemerkt dazu, dass es „weniger um Kohärenz als Inhalt, als vielmehr um Kohärenz als Prozess geht. Allein über die Teilhabe an sozialen Rollen und die Anpassung können Individuen nicht mehr genügend Selbstwert und Handlungsfähigkeit gewinnen. Die eigenen Ziele, Referenzpunkte und die damit verbundenen Bewertungsprozesse werden zu einem Motor der Identitätsarbeit. Je mehr selbstreflexive Prozesse mit dieser Qualität ein Subjekt erfährt, desto stärker wird das Selbst- und Kohärenzgefühl“ (Höfer, 2000).

In dem Ausmaß, in dem es dem Menschen immer wieder gelingt, zwischen den eigenen Zielen und Bedürfnissen und den Anforderungen von außen ein Gleichgewicht herzustellen, wird auch das Identitätsgefühl und in weiterer Folge ebenso das Kohärenzempfinden zum Positiven beeinflusst.

So werden unterschiedliche Möglichkeiten therapeutischen Handelns erforscht, die den Aspekt der Gesundheit in den Vordergrund rücken und damit dem Gedanken der Salutogenese entsprechen. Diese sind vor allem in einem Perspektivenwechsel von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung und weiterführend von der Expertenorientierung zum Selbstmanagement der Patienten zu sehen (Ostermann 2003).

2.4 Forschungsfrage und Arbeitshypothese

Die Forschungsfrage der vorliegenden Studie lautete: „Wie ausgeprägt ist das Kohärenzempfinden (SOC nach Antonovsky) der diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich?“. Weiters wurde die Nebenfrage gestellt: „Gibt es einen Unterschied im Kohärenzempfinden zwischen ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) und ausschließlich unselbständig erwerbstätigen (angestellten) diplomierten PhysiotherapeutInnen?“.

Von diesen Fragestellungen wurde die Arbeitshypothese abgeleitet, dass diplomierte PhysiotherapeutInnen ein gut ausgeprägtes Kohärenzempfinden haben und es Unterschiede im Kohärenzempfinden zwischen freiberuflichen und angestellten PhysiotherapeutInnen gibt.

Inwieweit diese Hypothesen bestätigt wurden, werden die folgenden Kapitel zeigen.

3 METHODIK

3.1 Fragestellung

Mit dieser Forschungsarbeit soll zunächst untersucht werden, wie ausgeprägt das Kohärenzempfinden (SOC nach Antonovsky) bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich, ist.

Weiters interessiert, inwiefern Unterschiede bezüglich SOC - Ausprägung zwischen ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) und unselbständig erwerbstätigen (angestellten) diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich, vorhanden sind.

3.2 Aufbau der Untersuchung

3.2.1 Der Fragebogen

Der verwendete Fragebogen gliedert sich in 2 Teile:

(a) Soziodemografischer Fragebogen zu Person, Berufsausübung und Freizeit mit insgesamt 9 Items (siehe Anhang).

(b) Fragebogen zur Lebensorientierung, entwickelt von Aaron Antonovsky als Messinstrument für die Höhe des Kohärenzempfindens (Antonovsky 1987), auch als *SOC (sense of coherence) – Fragebogen* mit insgesamt 29 Items, die jeweils 7 Antwortmöglichkeiten beinhalten, bekannt (siehe Ergebnisse). Für jedes dieser 29 Items gibt es eine Zuordnung zu einer der drei Komponenten des SOC nach folgender Verteilung: 11 Items für Verstehbarkeit (SOC V)
10 Items für Handhabbarkeit (SOC H)
8 Items für Bedeutsamkeit (SOC B)

3.2.2 Die Befragung

Es wurden 130 Fragebögen an diplomierte PhysiotherapeutInnen, die in der Steiermark in physikalischen Instituten und freiberuflichen (Gemeinschafts-) Praxen tätig sind, nach vorherigem telefonischen Kontakt, ausgeteilt bzw. bei einem Treffen freiberuflicher Physiotherapeuten ausgegeben und gleich während der Veranstaltung wieder eingesammelt.

104 Stück wurden persönlich überreicht, 26 Stück mit einem frankiertem Rückkuvert versendet, davon wurden 87 beantwortete Fragebögen innerhalb eines Zeitraumes von 5 Wochen persönlich eingesammelt oder postalisch retourniert.

3.2.3 Beschreibung der Stichprobe

Es handelte sich um eine zufällige Stichprobe, die sich aus 76 weiblichen (87,36%) und 11 männlichen (12,64%) diplomierten PhysiotherapeutInnen zusammensetzte. Die Anzahl der Probanden ergab sich aus einer angestrebten Zellgleichverteilung bzw. Mindestbesetzung des Versuchsdesigns, da in der beforschten Berufsgruppe die Geschlechterverteilung weiblich : männlich in der Steiermark ungefähr 95% : 5% (laut E-mail- Auskunft von Frau PT Eberl, Landesverband Steiermark, September 2004) bzw. österreichweit 90,5% : 9,5% (PhysioAustria in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen

Bundesinstitut für Gesundheitswesen - ÖBIG: Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten 2003) beträgt.

Das Alter der Versuchspersonen lag zwischen 23 und 52 Jahren, das durchschnittliche Alter betrug 32,94 Jahre (32,86 bei den weiblichen Physiotherapeuten und 33,55 bei den männlichen Physiotherapeuten).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren 26 Personen ledig, 58 Personen verheiratet oder in fester Partnerschaft, 3 Personen geschieden oder getrennt lebend.

Der Mittelwert der Jahre der Berufsausübung betrug 10,46 Jahre, wobei sich bei der Gruppe der ausschließlich selbständig erwerbstätigen Physiotherapeuten (= 36 PT) 13,42 Jahre bisheriger Berufsausübung und bei der Gruppe der ausschließlich angestellt erwerbstätigen Physiotherapeuten (= 33 PT) 9,15 Jahre bisheriger Berufsausübung als durchschnittlicher Wert zeigte.

Das durchschnittliche Arbeitspensum pro Woche lag bei der gesamten untersuchten Gruppe bei 31,36 Arbeitsstunden, wobei eine genauere Aufschlüsselung zeigt, dass die durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitsstunden in der Gruppe der ausschließlich angestellten PT 34,12 Stunden, in der Gruppe der ausschließlich selbständigen PT 28,42 Stunden und in der Gruppe der angestellt und selbständigen PT 32,17 Stunden betragen (siehe Abb. 3).

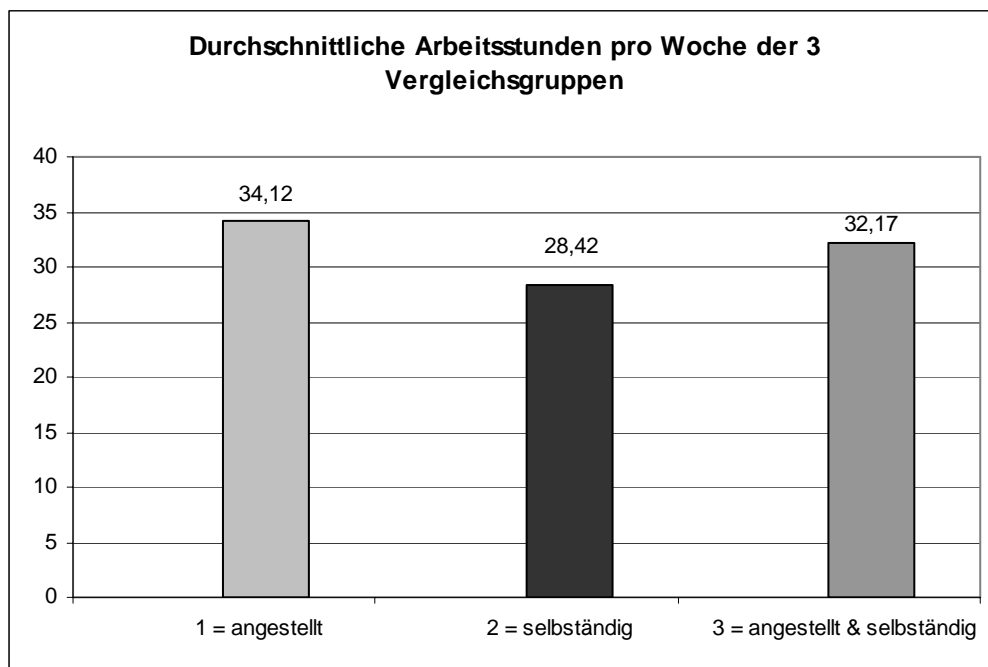


Abb. 3: Das durchschnittliche Arbeitspensum pro Woche der angestellten PT liegt mit 34,12 Stunden vor dem der angestellt & selbständigen PT mit 32,17 Stunden, gefolgt von den selbständigen PT mit 28,42 Stunden.

Auch die Freizeitstunden wurden erhoben, wobei sich ein durchschnittlicher Wert von 1,46 Stunden Freizeit pro Tag zeigte.

3.3 Die Auswertung

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch statistische Verfahren der Korrelationsanalyse, Varianzanalyse und t-Test zur Ermittlung von Mittelwertsunterschieden.

Als Signifikanzniveau wurde das 5 % - Niveau herangezogen, d.h. dass ein Wert von $p < 0,05$ als signifikant und ein Wert von $p < 0,01$ als hoch signifikant interpretiert wird.

Die Auswertung wurde von einem Statistiker der Universität Graz durchgeführt.

4 ERGEBNISSE

4.1 SOC-Fragebogen

Der folgende, zur Untersuchung verwendete Fragebogen zeigt die Werte an, die von einer durchschnittlichen Person der untersuchten Gruppe angekreuzt wurden.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie **auf jede Frage genau eine Antwort, lassen Sie keine Frage aus.**

1. **Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?**

habe nie dieses Gefühl *2,20*
 1 2 3 4 5 6 7 habe immer dieses Gefühl

2. **Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache**

keinesfalls erledigt werden würde *5,22*
 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden würde

3. **Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen - wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?**

sie sind Ihnen völlig fremd *5,02*
 1 2 3 4 5 6 7 Sie kennen sie sehr gut

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

äußerst selten oder nie *1,74*
 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

5. **Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?**

das ist nie passiert *4,06*
 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

6. **Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?**

das ist nie passiert *3,20*
 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

7. **Das Leben ist**

ausgesprochen interessant *1,92*
 1 2 3 4 5 6 7 reine Routine

8. **Bis jetzt hatte Ihr Leben**

überhaupt keine klaren Ziele
oder einen Zweck *6,28* sehr klare Ziele
und einen Zweck
 1 2 3 4 5 6 7

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft ^{5,51}
 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

10. In den letzten 10 Jahren war Ihr Leben

voller Veränderungen, ohne ^{3,67}
dass Sie wussten, was als nächstes passiert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein ^{2,44}
 1 2 3 4 5 6 7 todlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft ^{5,53}
 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie.

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

man kann für schmerzliche ^{1,82}
Dinge im Leben immer eine 1 2 3 4 5 6 7 es gibt keine Lösung für
Lösung finden schmerzliche Dinge im
Leben

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie

fühlen, wie schön es ist ^{1,91}
zu leben 1 2 3 4 5 6 7 sich fragen, warum Sie
überhaupt da sind

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend ^{4,44}
und schwierig 1 2 3 4 5 6 7 immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude ^{2,39}
und Zufriedenheit 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und
Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen ^{4,02}
sein, ohne dass Sie wissen, 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und
was als nächstes passiert klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu verzehren 5,33
1 2 3 4 5 6 7 zu sagen: "Nun gut, seis drum,
ich muss damit leben" und
weiterzumachen.

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft 4,72
1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch 1,82
weiterhin gut fühlen 1 2 3 4 5 6 7 wird sicher etwas geschehen,
das das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 4,97
1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck 6,43
sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein

23. Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher 1,39
1 2 3 4 5 6 7 Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft 5,46
1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 2,95
1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im Allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten $\overset{4,86}{\boxed{1} \boxed{2} \boxed{3} \boxed{4} \boxed{5} \boxed{6} \boxed{7}}$ richtig einschätzten

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, $\overset{2,30}{\boxed{1} \boxed{2} \boxed{3} \boxed{4} \boxed{5} \boxed{6} \boxed{7}}$ Sie die Schwierigkeiten
die Schwierigkeiten zu meistern nicht werden meistern können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft $\overset{5,79}{\boxed{1} \boxed{2} \boxed{3} \boxed{4} \boxed{5} \boxed{6} \boxed{7}}$ sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft $\overset{5,17}{\boxed{1} \boxed{2} \boxed{3} \boxed{4} \boxed{5} \boxed{6} \boxed{7}}$ sehr selten oder nie

Quelle der Fragen 1 - 29: Aaron Antonovsky / Salutogenese

Fanden Sie die Formulierungen der Fragen 1 – 29

präzise $\overset{2,59}{\boxed{1} \boxed{2} \boxed{3} \boxed{4} \boxed{5} \boxed{6} \boxed{7}}$ unklar

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Alexandra Binder, Dipl. PT

4.2 SOC-Komponenten der Untersuchungsgruppe

Bei der Auswertung der drei SOC-Komponenten zeigen sich signifikante Unterschiede (siehe Tab. 1), wobei SOC-B größer ist als SOC-H und das wiederum größer als SOC-V.

| | T | df | Sig. (2-seitig) |
|---------------|---------|----|-----------------|
| SOC-V – SOC-H | -12,914 | 86 | ,000 |
| SOC-V – SOC-B | -15,675 | 86 | ,000 |
| SOC-H – SOC-B | -6,428 | 86 | ,000 |

Tab. 1

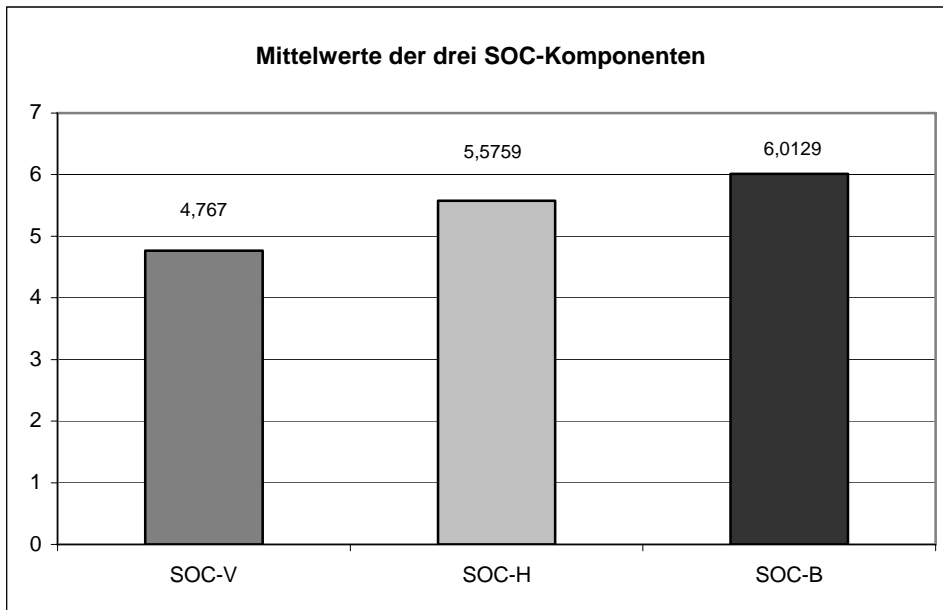


Abb. 4: Mittelwerte der einzelnen SOC-Komponenten, aufgeschlüsselt nach den Ausprägungen SOC -V, SOC-H und SOC-B.

Legende:

SOC-V = Kohärenzempfinden, Komponente **V**erstehbarkeit

SOC-H = Kohärenzempfinden, Komponente **H**andhabbarkeit

SOC-B = Kohärenzempfinden, Komponente **B**edeutsamkeit

SOC-Summe = Kohärenzempfinden der Komponenten **V, H und B** in Summe

Diese Legende gilt für das gesamte Kapitel "Ergebnisse".

Es zeigt sich, dass die einzelnen Komponenten deutlich korrelieren, d.h. je höher der Wert einer Person bei einer Komponente ist, desto höher liegt er auch bei einer anderen Komponente (Tab.2).

| | N | Korrelation | Signifikanz |
|---------------|----|-------------|-------------|
| SOC-V & SOC-H | 87 | ,630 | ,000 |
| SOC-V & SOC-B | 87 | ,381 | ,000 |
| SOC-H & SOC-B | 87 | ,509 | ,000 |

Tab. 2

4.3 SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Untersuchungsgruppen

Die untersuchte Gruppe weist einen SOC-Gesamtwert von 158,11 als Summe auf - diese Stichprobe wurde mit acht anderen Stichproben, die im Rahmen der Thesarbeiten von TeilnehmerInnen des Lehrganges am Interuniversitären Kolleg, Graz / Schloss Seggau, erhoben wurden, verglichen (Abb. 5) Es sei angemerkt, dass alle Stichproben Frauen und Männer umfassen.

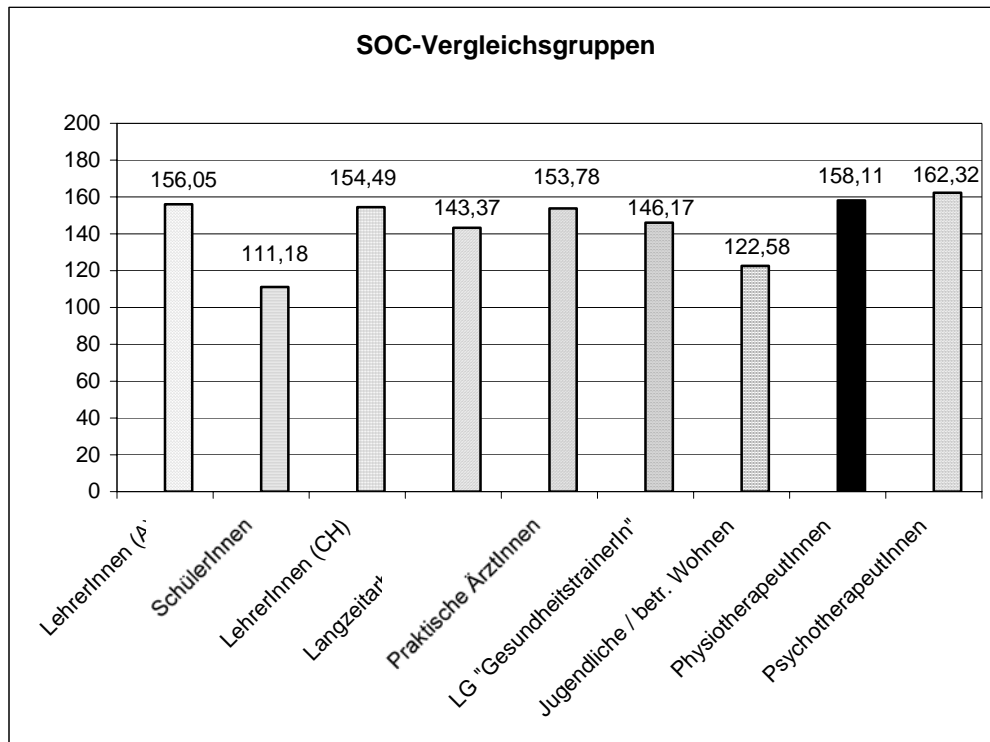


Abb. 5: die Daten entstammen den Untersuchungen von Falkenberg (LehrerInnen in A), Gypser (SchülerInnen), Niederhofer (LehrerInnen in der CH), Pochmann (Langzeitarbeitslose), Siber (Praktische ÄrztInnen), Steixner (Lehrgang "GesundheitstrainerIn"), Tranningner (Jugendliche in betreutem Wohnen), Binder H.P. (PsychotherapeutInnen).

Eine Varianzanalyse zeigt, dass es im SOC-Gesamtwert signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben gibt ($F_{8;743} = -78.186; p < .001$).

Ein Post-Test nach der Tukey-Prozedur ergibt, was sich aus der Abbildung 5 bereits erahnen lässt, nämlich dass die SchülerInnen den geringsten SOC-Gesamtwert haben, gefolgt von den Jugendlichen in betreutem Wohnen. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander und auch von allen anderen Gruppen.

Einen mittleren SOC-Gesamtwert weisen Langzeitarbeitslose und TeilnehmerInnen des Lehrganges "GesundheitstrainerIn" auf, danach folgen die übrigen Stichproben, die sich untereinander nicht signifikant im SOC-Gesamtwert unterscheiden.

Zwischen den TeilnehmerInnen des Lehrgangs "GesundheitstrainerIn", den praktischen ÄrztInnen und den Schweizer LehrerInnen gibt es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede, d.h. im Bereich dieser Stichproben lassen sich jene mit mittleren Werten nicht eindeutig von jenen mit hohen Werten abgrenzen.

Im Vergleich mit diesen anderen (Berufs)-Gruppen weisen die diplomierten PhysiotherapeutInnen einen hohen SOC-Gesamtwert (158,11) auf und reihen sich zwischen anderen Beschäftigten des Gesundheitswesens wie den Psychotherapeuten (162,32) und praktischen ÄrztInnen (153,78) ein.

Tabelle 3 veranschaulicht diese Reihung zur genaueren Übersicht nochmals.

| Stichprobe | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|
| SchülerInnen | 108 | 111,1785 | | | | |
| Jugendliche betreutes Wohnen | 33 | | 122,5776 | | | |
| Langzeitarbeitslose | 42 | | | 143,3722 | | |
| Lehrgang Gesundheits-trainerIn | 91 | | | 146,1678 | 146,1678 | |
| Praktische ÄrztInnen | 137 | | | | 153,7776 | 153,7776 |
| LehrerInnen in der Schweiz (CH) | 122 | | | | 154,4927 | 154,4927 |
| LehrerInnen in Österreich (A) | 92 | | | | | 156,0453 |
| Diplomierte PhysiotherapeutInnen | 87 | | | | | 158,1058 |
| PsychotherapeutInnen | 40 | | | | | 162,3209 |

Tab. 3: Stichprobenvergleiche und Reihung

4.3.1 SOC-Komponenten der Vergleichsgruppen

Bei den einzelnen SOC- Komponenten zeigen sich insgesamt sehr ähnliche Ergebnisse. Wiederum gibt es signifikante Unterschiede bezüglich der Einzelkomponenten zwischen den Stichproben:

SOC-V-Gesamtsumme ($F_{8;743} = -22.584$; $p < .001$)

SOC-H-Gesamtsumme ($F_{8;743} = -85.530$; $p < .001$)

SOC-B-Gesamtsumme ($F_{8;743} = -69.520$; $p < .001$)

Auch die Reihung der einzelnen Gruppen entspricht weitestgehend jener wie beim SOC-Gesamtwert. Die höchsten Werte haben in allen Fällen die PsychotherapeutInnen, gefolgt von den diplomierten Physiotherapeuten; die geringsten Werte zeigen jeweils die SchülerInnen und/oder die Jugendlichen in betreutem Wohnen.

4.4 SOC- Komponenten nach der Art der Berufsausübung

Innerhalb der gesamten Untersuchungsgruppe wurden 3 Vergleichsgruppen nach Art der derzeitigen Berufsausübung herangezogen:

Gruppe 1 = ausschließlich unselbständig erwerbstätige (angestellte) PhysiotherapeutInnen

Gruppe 2 = ausschließlich selbständig erwerbstätige (freiberufliche) PhysiotherapeutInnen

Gruppe 3 = sowohl angestellte als auch freiberufliche PhysiotherapeutInnen

Im Vergleich dieser drei Gruppen zeigen sich deutliche Unterschiede in allen SOC-Werten nach Art der derzeitigen Berufsausübung.

Im SOC-V zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($F_{2;84} = -3.506$; $p = .034$) zwischen den drei Gruppen.

Die Abbildung 6 veranschaulicht, dass Gruppe 1 einen geringeren Wert als Gruppe 2 und 3 aufweist; keine Unterschiede gibt es zwischen Gruppe 2 und 3 (laut Post-Tests nach Tukey-Prozedur)

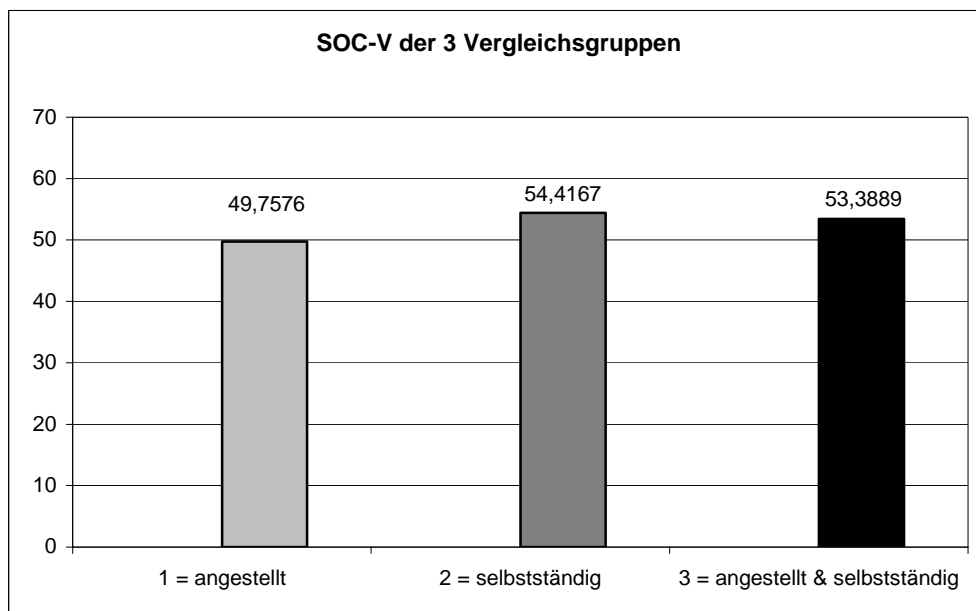


Abb. 6: Die SOC-Komponente Verstehbarkeit ist bei den selbständigen PT am höchsten, bei den angestellten PT am geringsten.

Im SOC-H zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($F_{2;84} = -5.619$; $p = .005$) zwischen den drei Gruppen, wobei Abbildung 7 veranschaulicht, dass Gruppe 1 wiederum einen geringeren Wert als Gruppe 2 und 3 aufweist.

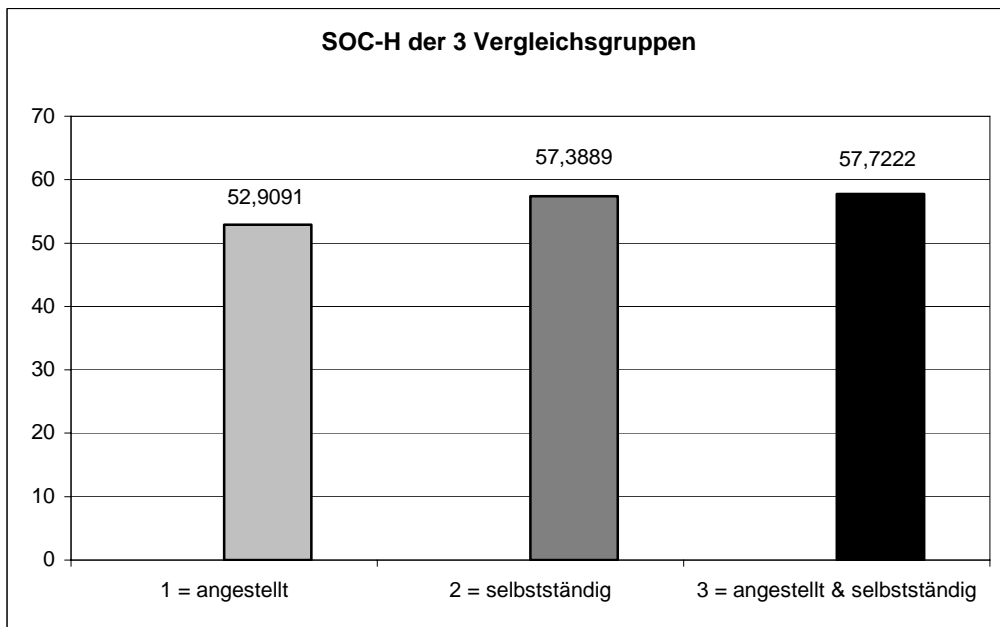


Abb.7: Die SOC-Komponente Handhabbarkeit ist wiederum bei den selbständigen PT am höchsten und ebenso bei den angestellten PT am geringsten ausgeprägt.

Im SOC-B zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den 3 Vergleichsgruppen ($F_{2;84} = -5.865$; $p = .004$), wobei Gruppe 1 wiederum den geringsten Wert aufweist (Abb. 8).

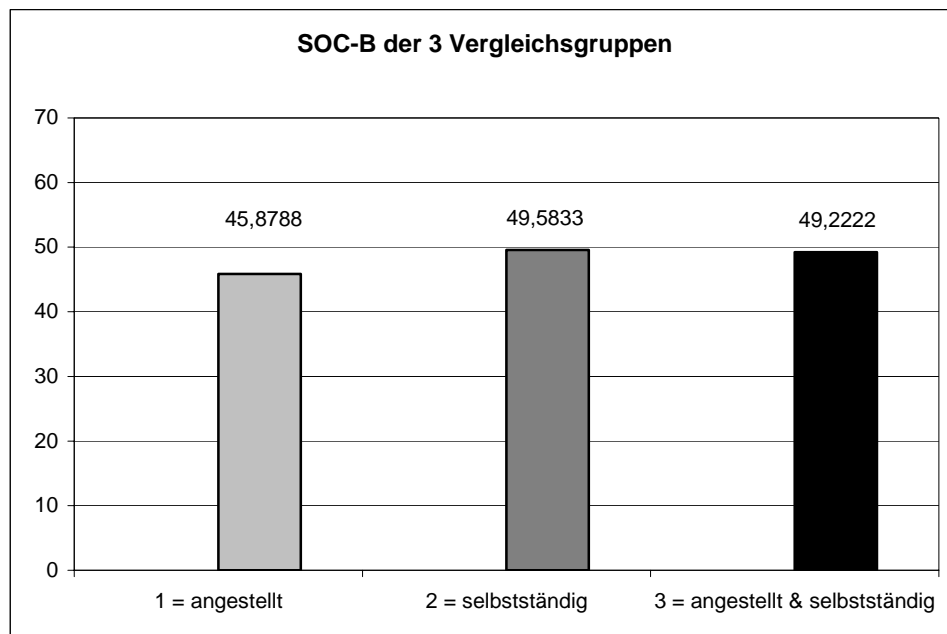


Abb. 8: Die SOC-Komponente Bedeutsamkeit ist unter den Vergleichsgruppen bei den selbständigen PT am höchsten, gefolgt von den angestellt & selbständigen PT und bei den angestellten PT am geringsten ausgeprägt.

Der SOC-Gesamtwert nach Art der derzeitigen Berufsausübung zeigt einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den drei Vergleichsgruppen ($F_{2;84}=-7.584$; $p=.001$).

Abbildung 9 veranschaulicht deutlich, dass jene PT, die ihren Beruf ausschließlich angestellt ausüben, auch im Gesamt- SOC einen geringeren Wert als jene PT, die ausschließlich selbständig bzw. angestellt und selbständig tätig sind, aufweisen.

Keine Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen jenen PT, die ausschließlich selbständig sind und jenen PT, die angestellt und selbständig ihren Beruf ausüben (laut Post-Tests nach Tukey-Prozedur).

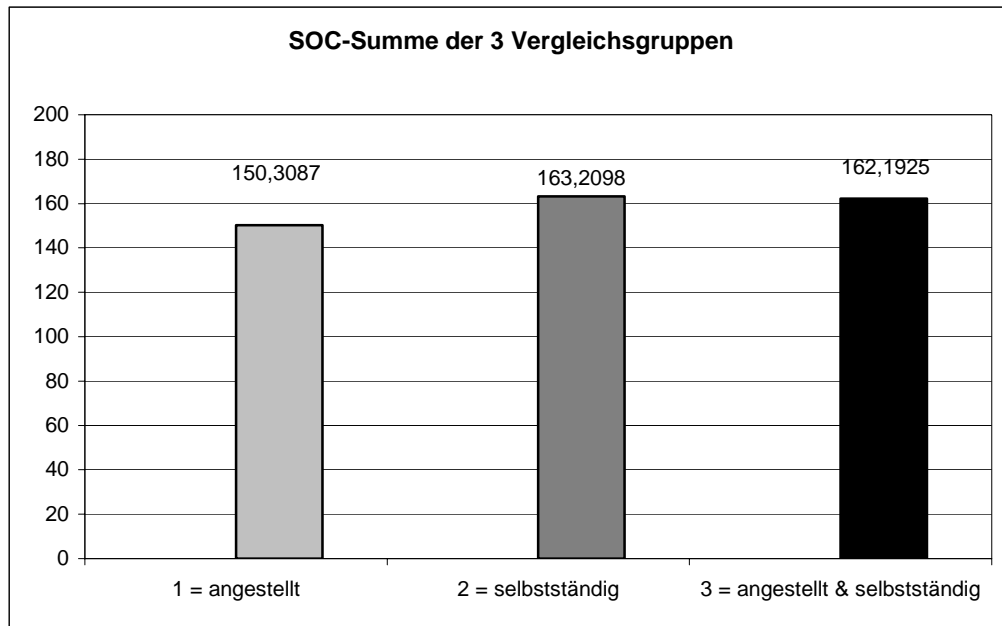


Abb. 9: Der SOC-Gesamtwert zeigt bei den selbständigen PT einen signifikant hohen Wert im Vergleich zu den angestellten PT.

4.5 SOC-Komponenten nach Arbeitsstunden pro Woche

Es zeigen sich deutliche Unterschiede in allen SOC-Werten nach dem wöchentlichen Arbeitspensum, wobei drei etwa gleichgroße Gruppen gebildet wurden: bis ~28 Wochenarbeitsstunden, zwischen ~28 und ~37 Wochenarbeitsstunden und eine Gruppe über ~37 Wochenarbeitsstunden.

Im SOC-V zeigt sich ein deutlicher Unterschied nach dem wöchentlichen Arbeitspensum ($F_{2;84}=-4.590$; $p=.013$).

Die folgende Abbildung 10 veranschaulicht, dass jene PT mit höherem Arbeitspensum geringere Werte als jene PT mit geringerem Arbeitspensum haben (laut Post-Tests nach Tukey-Prozedur).

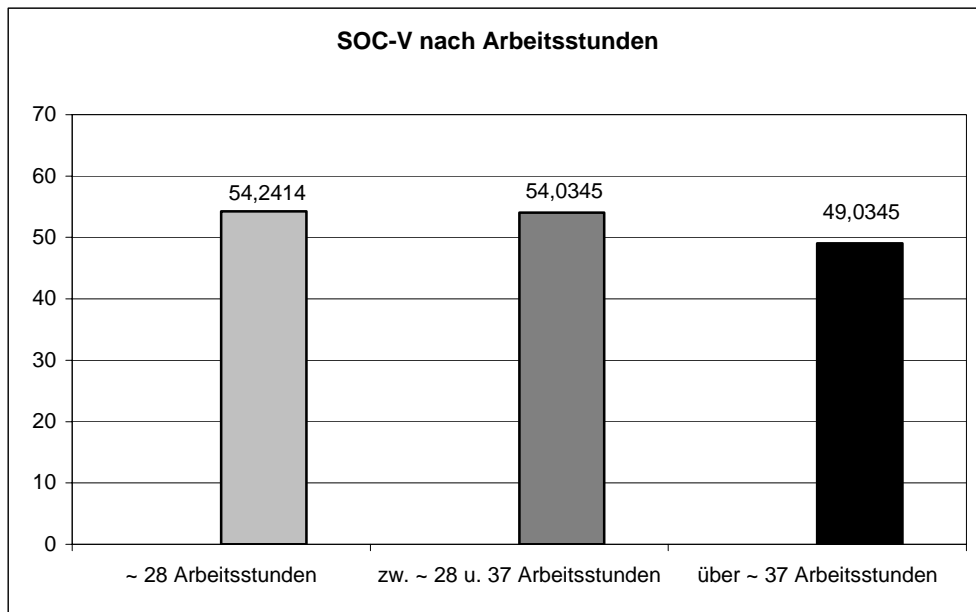


Abb. 10: Die SOC-Komponente Verstehbarkeit ist bei einem wöchentlichen Arbeitspensum bis ~28 Arbeitsstunden am höchsten, bei über ~37 Arbeitsstunden am geringsten ausgeprägt.

Im SOC-H zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied nach dem wöchentlichen Arbeitspensum ($F_{2;84} = 7.053$; $p = .001$), wobei jene PT mit höherem Arbeitspensum wiederum einen geringeren Wert als jene PT mit geringerem Arbeitspensum aufweisen (Abb. 11).

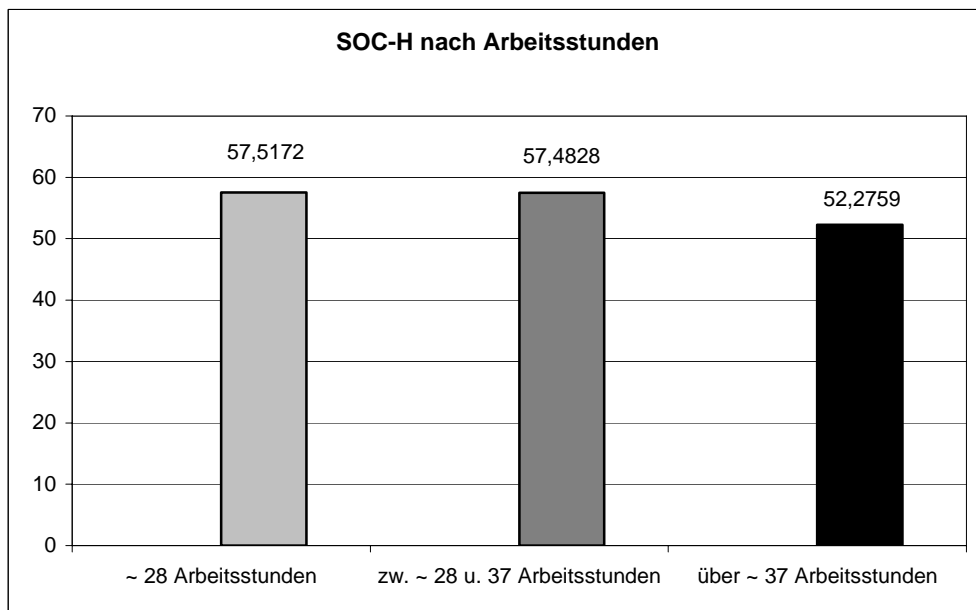


Abb. 11: Die SOC-Komponente Handhabbarkeit zeigt bei einem wöchentlichen Arbeitspensum bis ~28 Arbeitsstunden den höchsten Wert, bei über ~37 Arbeitsstunden den geringsten Wert an.

Im SOC-B stellt sich ebenso ein hoch signifikanter Unterschied nach wöchentlichem Arbeitspensum dar, wie aus Abbildung 12 ersichtlich ist ($F_{2;84}=-8.664$; $p<.001$).

Die Gruppe jener PT mit höherem Arbeitspensum weist wiederum geringere Werte als die Gruppe jener PT mit geringerem Arbeitspensum auf (laut Post-Tests nach Tukey-Prozedur).

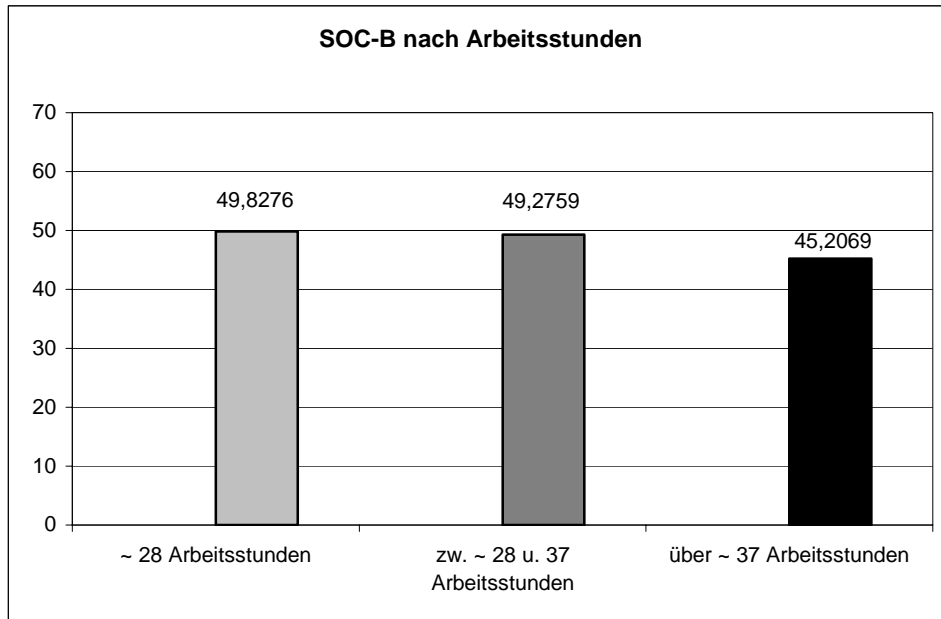


Abb.12: Die SOC-Komponente Bedeutsamkeit zeigt bei einem wöchentlichem Arbeitspensum von ~28 Arbeitsstunden wiederum den höchsten Wert, bei über ~37 Arbeitsstunden den geringsten Wert.

Der SOC-Gesamtwert weist in nachfolgender Abbildung 13 einen hoch signifikanten Unterschied nach wöchentlichem Arbeitspensum auf ($F_{2;84}=-10.484$; $p<.001$).

Jene PT mit höherem Arbeitspensum zeigen einen deutlich geringeren Gesamtwert an Kohärenzempfinden als jene PT mit geringerem Arbeitspensum.

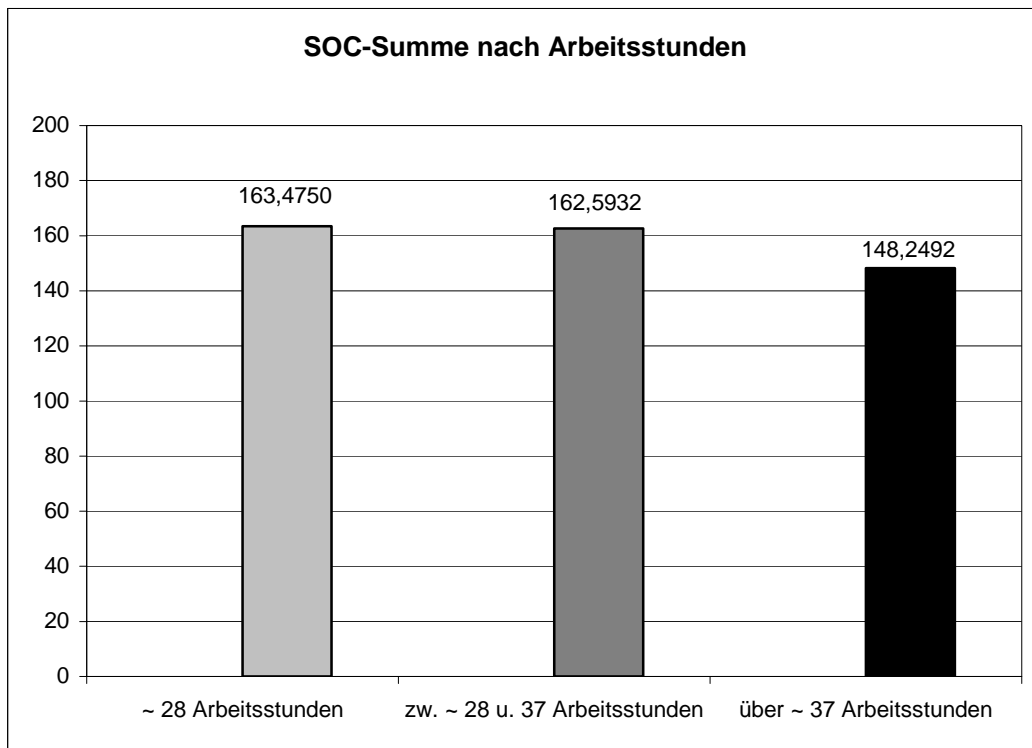


Abb.13: Der SOC-Gesamtwert zeigt deutlich, dass PhysiotherapeutInnen mit einem wöchentlichem Arbeitspensum bis ~28 Arbeitsstunden signifikant höhere Werte als jene mit über ~37 Arbeitsstunden haben.

4.6. SOC-Gesamtwerte in Abhängigkeit vom Arbeitspensum der ausschließlich Angestellten bzw. der ausschließlich Selbständigen

4.6.1 Angestellte

Bei der Gruppe der Angestellten wurden zwei Gruppen nach der Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden gebildet: geringes Arbeitspensum < 38 Arbeitsstunden pro Woche
hohes Arbeitspensum > 38 Arbeitsstunden pro Woche.

Es zeigen sich zum Teil Unterschiede in den SOC-Werten zwischen diesen zwei Gruppen, wobei der signifikante Unterschied bezüglich der Einzelkomponenten mit $p=0,05$ im ANOVA-Verfahren klar im Bereich der Bedeutsamkeit liegt.

Der Gesamtwert des Kohärenzempfindens zwischen angestellten PhysiotherapeutInnen mit geringerem versus höherem Wochenarbeitspensum unterscheidet sich mit $p=0,022$ und kann somit als überzufällig bewertet werden.

SOC-V-Gesamtsumme ($F_{1;31}=-2.766;p=.106$)
SOC-H-Gesamtsumme ($F_{1;31}=-3.918;p=.057$)
SOC-B-Gesamtsumme ($F_{1;31}=-4.166;p=.050$)
SOC-Gesamtsumme ($F_{1;31}=-5.778;p=.022$)

Wie Abbildung 14 zeigt, ist der SOC-Gesamtwert der ausschließlich angestellten PT mit geringem Arbeitspensum höher, mit hohem Arbeitspensum niedriger.

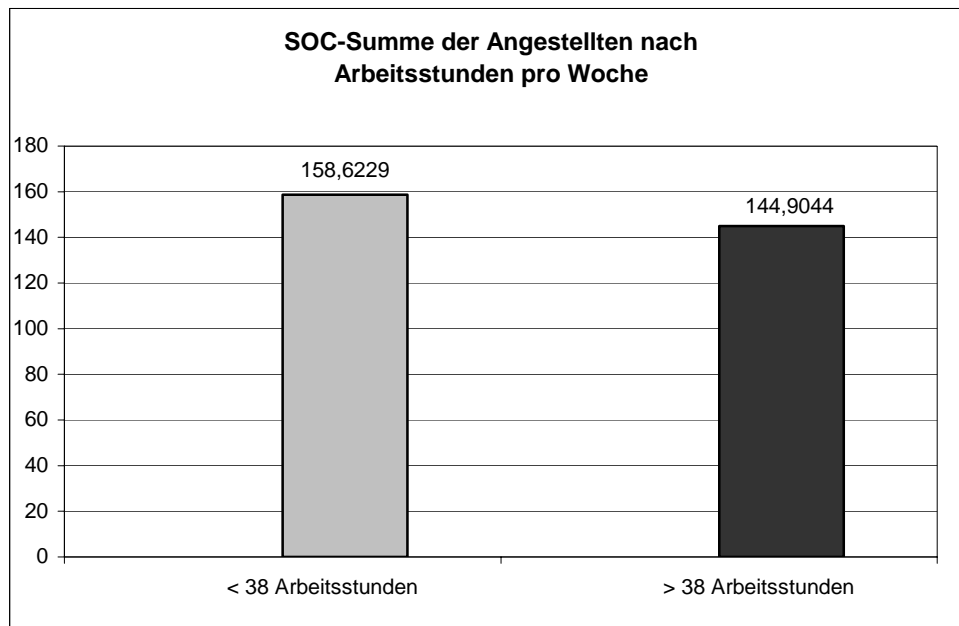


Abb.14: Der SOC-Gesamtwert liegt bei angestellten PhysiotherapeutInnen mit wöchentlichen Arbeitsstunden < 38 deutlich höher als bei einem Arbeitspensum >38 Arbeitsstunden.

4.6.2 Selbständige

Bei der Gruppe der Selbständigen wurde ebenso die Unterscheidung zwischen geringem versus hohem Arbeitspensum getroffen, wobei hier ein geringes Arbeitspensum mit <30 Arbeitsstunden pro Woche, ein hohes Arbeitspensum mit >30 Arbeitsstunden pro Woche zu verstehen ist.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen jenen PT mit geringem Arbeitspensum gegenüber jenen PT mit hohem Arbeitspensum bezüglich des SOC, weder im Gesamtwert noch in den Einzelkomponenten des Kohärenzempfindens, erhoben werden.

SOC-V-Gesamtsumme ($F_{1;34}=-.802;p=.377$)
SOC-H-Gesamtsumme ($F_{1;34}=-.038;p=.847$)
SOC-B-Gesamtsumme ($F_{1;34}=-.000;p=.987$)
SOC-Gesamtsumme ($F_{1;34}=-.262;p=.612$)

Aus Abbildung 15 geht hervor, dass sich die SOC-Gesamtwerte bei ausschließlich selbständigen PT mit geringerem versus höherem Arbeitspensum zwar geringfügig unterscheiden, jedoch statistisch nicht signifikant sind..

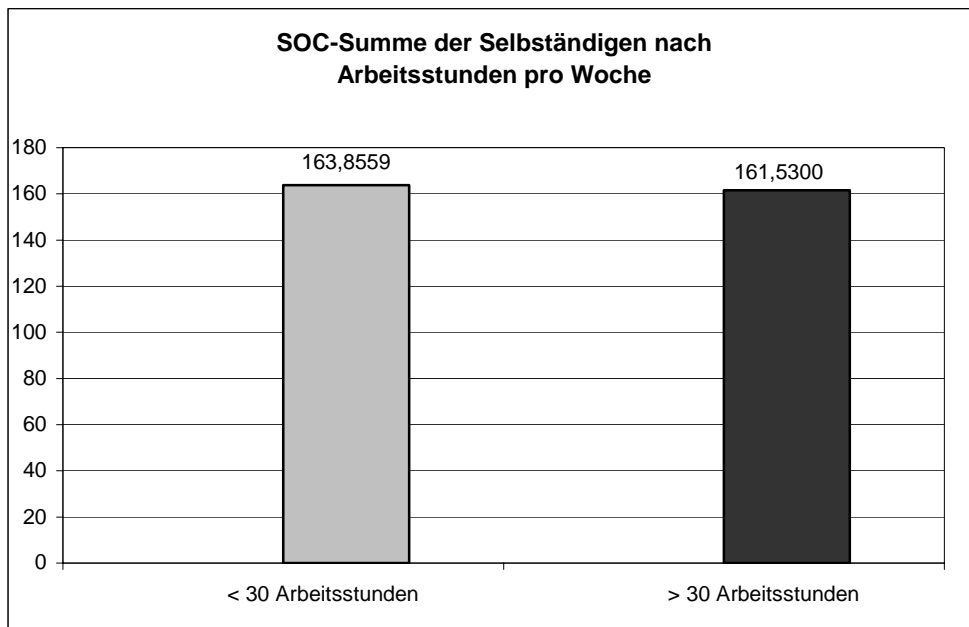


Abb.15: Der SOC-Gesamtwert liegt bei selbständigen PhysiotherapeutInnen mit wöchentlichen Arbeitsstunden < 30 nicht signifikant höher als bei einem Arbeitspensum > 30 Arbeitsstunden.

4.7 Unterschiede nach Sozialvariablen

Im Folgenden werden zur Vervollständigung des Gesamtbildes weitere Auswertungsdaten bezogen auf den SOC-Gesamtwert angeführt, wobei sich hier keine Signifikanzwerte zeigten.

Geschlecht: es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($F_{1;85}=.040;p=.843$).

Alter: hinsichtlich des Alters – hier wurden drei etwa gleichgroße Gruppen gebildet: bis 28 Jahre, zwischen 28 und ~36 Jahren und über ~36 Jahren – zeigen sich keine Unterschiede ($F_{2;84}=.991;p=.376$).

Familienstand und Kinderzahl: es bestehen keine Unterschiede nach dem Familienstand ($F_{2;84}=.546;p=.581$) noch nach der Anzahl der Kinder ($F_{3;83}=1.686;p=.176$).

Jahre der Berufsausübung: es zeigen sich keine Unterschiede nach den Jahren der Berufsausübung ($F_{2;84}=.332;p=.718$), wobei hier drei etwa gleichgroße Gruppen – bis 5 Berufsjahre, zwischen 5 und 14 Berufsjahren und über 14 Berufsjahren – gebildet wurden.

Berufsspezifische Zusatztätigkeit: auch hier gibt es keine Unterschiede in der Ausübung einer berufsspezifischen Zusatztätigkeit ($F_{2;83}=1.288;p=.281$).

Freizeitstunden: hinsichtlich täglicher Freizeit – Antwortmöglichkeiten: ja / nein - ($F_{1;85}=1.537;p=.218$) und der Anzahl der Freizeitstunden ($F_{1;85}=.017;p=.897$) - hier wurden zwei Gruppen gebildet: bis 1 Stunde Freizeit und mehr als 1 Stunde Freizeit täglich – zeigen sich keine Unterschiede in den SOC-Werten.

5 DISKUSSION

5.1 Überblick

Ziel der vorliegenden Forschungsstudie war es, die Ausprägung des Kohärenzempfindens (engl. sense of coherence, kurz SOC) von diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark zu erheben, weiters die ermittelten Werte in der Art der Berufsausübung zwischen ausschließlich angestellt erwerbstätigen PhysiotherapeutInnen und ausschließlich selbständig erwerbstätigen (freiberuflichen) PhysiotherapeutInnen gegenüberzustellen und innerhalb dieser beiden Vergleichsgruppen den Zusammenhang zwischen wöchentlichem Arbeitspensum und SOC-Komponenten darzulegen.

Nach Aaron Antonovskys theoretischem Konzept steht das Kohärenzempfinden in unmittelbarem Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Bewältigung von Anforderungen, die durch Lebensbedingungen und Lebensereignisse an die Person gestellt werden. Das Kohärenzempfinden spiegelt wieder, wie das Individuum sich in die Vorgänge des Lebens und in die Strukturen und Anforderungen der Gesellschaft eingebunden fühlt. Dazu ist es laut Antonovsky notwendig, den Verlauf der Lebensereignisse zu verstehen, womit diese besser vorhersehbar und erklärbar werden. Um Anforderungen bewältigen zu können, muss auf geeignete Strategien zurückgegriffen werden können, die zur Lösung beitragen. Darüber hinaus kommt der sogenannten Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) eine sehr wichtige Rolle zu, im Sinne einer prinzipiellen Motivation zu Bewältigung und Engagement - ein Gefühl, dass es sich lohnt, sich den Anforderungen zu stellen. Situationen emotional und kognitiv als sinnvoll zu bewerten, ist die Voraussetzung für das Gefühl, diese in weiterer Folge auch bewältigen zu können.

Zu dieser Studie wurden 87 diplomierte PhysiotherapeutInnen, die in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens in verschiedenen fachspezifischen Bereichen der Physiotherapie ihre berufliche Tätigkeit in der Steiermark ausüben, befragt.

Die Untersuchung erfolgte mittels eines von Aaron Antonovsky entwickelten und standardisierten Fragebogens (Fragebogen zur Lebensorientierung; SOC-Fragebogen), zudem wurde ein demografisches Datenblatt zu Person und Berufsausübung bei der anonymen Auswertung der Fragebögen verwendet.

Aus der statistischen Auswertung ergab sich, dass diplomierte PhysiotherapeutInnen neben anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen wie PsychotherapeutInnen oder ÄrztInnen einen hohen SOC-Gesamtscore aufweisen. Innerhalb der untersuchten Berufsgruppe zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen ausschließlich angestellten und ausschließlich selbständigen (freiberuflichen) PhysiotherapeutInnen, sowohl im SOC-Gesamtwert als auch in allen drei Einzelkomponenten des Kohärenzempfindens.

Ebenso wurden Daten bezüglich alters-, geschlechts-, familiär- und berufsspezifischer Unterschiede erhoben.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass es bei dieser Forschungsstudie zu einer Vielzahl an signifikanten ($p < 0,05$) und hoch signifikanten ($p < 0,01$) Ergebnissen gekommen ist.

Das Ergebnis des SOC-Gesamtscores steht in einem deutlichen Zusammenhang mit Ergebnissen vergleichbarer Studien, die Berufsgruppen des Gesundheitswesens sowohl national wie auch international untersucht hatten und wo sich bei Beschäftigten im Gesundheitswesen allgemein höhere Werte ergaben (siehe Tab. 4).

| <u>Beschäftigte des Gesundheitswesens in verschiedenen Ländern</u> | <u>SOC-Gesamtscore</u> |
|---|------------------------|
| Beschäftigte des Gesundheitswesens Skandinaviens | 146,10 |
| Beschäftigte des Gesundheitswesens Kanadas | 148,63 |
| Beschäftigte des Gesundheitswesens Israels | 151,42 |
| Praktische ÄrztInnen in der Steiermark, Österreich | 153,78 |
| Diplomierte PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich | 158,12 |
| PsychotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich | 162,32 |

Tab.4: Die Daten entstammen den Untersuchungen von Antonovsky (Beschäftigte des Gesundheitswesens Skandinaviens, Kanadas und Israels), Siber (Praktische ÄrztInnen) und Binder H.P. (PsychotherapeutInnen).

Im Folgenden seien einige Aspekte diskutiert, ohne dass damit Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

5.2 Schlussfolgerungen

5.2.1 Kohärenzempfinden und Berufsgruppe der diplomierten PhysiotherapeutInnen

Ausgangspunkt für die vorliegende Studie war die Frage nach der Ausprägung (Höhe) des Kohärenzempfindens bei der Berufsgruppe der diplomierten PhysiotherapeutInnen - sowohl in den drei Einzelkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) wie auch in der Gesamtsumme.

Dabei konnten einerseits signifikante Unterschiede zu anderen Vergleichsgruppen wie etwa SchülerInnen, Jugendlichen in betreutem Wohnen, Langzeitarbeitslosen und TeilnehmerInnen des Lehrgangs „GesundheitstrainerIn“ festgestellt werden, andererseits keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens wie ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen erhoben werden. Hieraus könnte geschlossen werden, dass Beschäftigte des Gesundheitswesens allgemein höhere SOC- Werte aufweisen, was internationale Vergleichsuntersuchungen bestätigen.

Unter diesem Aspekt stellt sich die drängende Frage, warum gerade Beschäftigte dieser ausgesprochenen „Helferberufe“, die in ihrer Berufsausübung extrem hohen Anforderungen in Form von physischen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, eine so hohe Ausprägung des Kohärenzempfindens aufweisen.

Aus der Literatur (vgl. Schmidbauer 1994) ist bekannt, dass gerade die professionellen „Helfer“, die in ihrer Arbeit mit PatientInnen / KlientInnen auf die Wichtigkeit einer angemessenen Gesundheits- und Lebensführung hinweisen, Prinzipien der Prävention, Gesundheitsvorsorge und Psychohygiene bei sich selbst häufig kaum anwenden. Sehr oft wird leider nur in der Theorie und zu wenig in der praktischen Umsetzung eine Abkehr vom primär krankheitsbezogenem Denken hin zu einem umfassenderen Gesundheitsdenken bezogen auf salutogenetische Prinzipien - nicht nur in der Arbeit mit PatientInnen / KlientInnen, sondern ebenso im eigenen Verhalten vollzogen. In Bezug auf die eigene Gesundheitspflege spiegelt sich in „Helferberufen“ oft das Gegenteil in Form von erhöhter Burn-Out-Häufigkeit, verstärkter Suchttendenz und vermehrter Suizidalität wider (Schmidbauer 1994).

Die Recherchen der Autorin ergaben, dass es bezüglich der diplomierten PhysiotherapeutInnen über diese Thematik kaum bis gar keine Studien gibt.

Die untersuchte Berufsgruppe zeigt laut Erhebung ein hohes Maß an Kohärenzempfinden; welche Ursachen und Auswirkungen dahinter stehen könnten, sei im Folgenden diskutiert.

Eine grundlegende Vermutung der Autorin ist, dass die Bedingungen für die Aufnahme in eine der wenigen Ausbildungsstätten in Österreich (steiermarkweit sind dies drei Akademien für den physiotherapeutischen Dienst - in Graz, auf der Stolzalpe bei Murau und in Bad Radkersburg) ein hohes Anforderungsprofil für diese Profession voraussetzt. Für die Berufsanwärter - größtenteils im Alter zwischen 18 und 20 Jahren - äußert sich dies in einem mehrstufigen Aufnahmeverfahren, die Reifeprüfung vorausgesetzt, und weiters wird auch während der sechssemestrigen Ausbildungsdauer aufgrund strenger Prüfungsrichtlinien eine gewisse Präselektion bis zur Diplomierung getroffen. Diese speziellen Vorbedingungen bis zu Beginn der eigentlichen Berufsausübung setzen – so die Meinung der Autorin – schon ein erhöhtes Maß an Kohärenzempfinden zur erfolgreichen Absolvierung der Berufsausbildung voraus.

Auch die positive Entwicklung der Physiotherapie in den letzten Jahren mag ebenso Auswirkungen auf ein erhöhtes Kohärenzgefühl haben - oder auch nicht, da es dazu keine Vergleichsstudien gibt. In einer Studie von Gruber, die Trends und Perspektiven des Berufsfeldes der Physiotherapie untersuchte, zeigten sich deutliche Befragungsergebnisse bezüglich der Entwicklung des Berufsstandes und seiner Positionierung im Gesundheitswesen, dessen Grundtenor ist: Wir haben uns von AssistentInnen (Anm.: die frühere Berufsbezeichnung lautete „Diplomierter AssistentIn für physikalische Medizin“) zu TherapeutInnen entwickelt. Danach ist das berufliche Handeln selbständiger, selbstsicherer und eigenverantwortlicher geworden. Diese Einschätzung geht nicht nur vom eigenen Berufsstand aus, man meint auch, dass dies in der Öffentlichkeit, bei den Patienten, Ärzten und Schwestern so wahrgenommen wird. Der Berufsstand ist bekannter und angesehener geworden, er hat sich als Beruf mit eigenem Berufsbild etabliert. Die überwiegende Mehrheit der Befragten sieht in der Entwicklung der Physiotherapie zu einem eigenständigen und selbstverantworteten Handlungsfeld die Chance für die Zukunft (Gruber 2001).

Weitere Fragen, die in Zusammenhang mit dem Kohärenzempfinden und der Arbeitssituation der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen zu diskutieren wären, lauten: „Wie kann die Arbeitssituation so gestaltet werden, dass sie mit den eigenen Fähigkeiten und Ressourcen übereinstimmt? Wie kann die eigene Einstellung zu ungünstigen oder belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen so verändert

werden, dass diese akzeptiert und bejaht werden können und trotz – oder gerade wegen – eines hohen Kohärenzgefühls nicht zu chronischer Überforderung bis hin zum Burn-Out führen?“.

In der physiotherapeutischen Arbeitssituation werden multiple Anforderungen auf unterschiedlichen Ebenen - in der aktuellen Therapiesitzung, in der Arbeitsstruktur und im psychosozialen Zusammenwirken - an den Therapeuten gestellt, da die Physiotherapie in die Grundlagenwissenschaften der Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie und Philosophie eingebettet ist. Hier müssen Befundung, physiotherapeutische Diagnose, Therapieplanung, Therapiegestaltung und Effizienzbewertung auf der einen Seite, Öffentlichkeitsarbeit va. im Rahmen der Gesundheitserziehung und –vorsorge oder ergonomische Beratungen in Betrieben auf der anderen Seite erfüllt werden, wobei in allen diesen Bereichen neben der fachspezifischen Kompetenz ebenso psychosoziale, pädagogische und didaktische Fähigkeiten gefordert werden. Neben diesen primären Voraussetzungen sind Kenntnisse und Weiterbildung in der Büroorganisation, im Umgang mit PC und Internet gefragt, Management, Evaluation und wissenschaftliches Arbeiten gefordert, aber auch zusätzliche Kompetenzen in Gesprächsführung, Beratung, Präsentations- und Vortragstechnik, Reflexionsfähigkeit und Führungsfähigkeiten et cetera notwendig.

In einem Beruf wie der Physiotherapie, wo die eigene Persönlichkeit des Therapeuten, das eigene Selbst, das wertvollste und wichtigste Instrument im therapeutischen Prozess ist, sollte diese möglichst nährend gepflegt werden, indem man als Therapeut auf sich genauso gut wie auf seine PatientInnen - wenn nicht noch besser - schauen sollte. Obwohl man sich als „Gesundheitsförderer“ sehr intensiv mit der Steigerung des Wohlbefindens und des Gesundheitszustandes seiner PatientInnen beschäftigt und eine Erhöhung deren Lebensqualität zum Ziel erklärt, passiert es dennoch häufig, dass man bei sich selbst auf gesundheitsförderndes Handeln verzichtet oder vergisst, was sich in zunehmender, teils physischer und teils psychischer Überlastung äußert und bis zum Burn-Out-Syndrom hin entwickeln kann.

In einer Analyse der berufs- und psychosozialen Situation von PhysiotherapeutInnen von Bronneberg, die zu Berufssituation, Berufszufriedenheit und den Auswirkungen auf das Privatleben und den Gesundheitszustand Daten von 1065 ausgefüllten Fragebögen erhoben hat, ergaben sich teilweise ernüchternde Ergebnisse: die Berufszufriedenheit betreffend fühlten sich fast alle berufstätigen PhysiotherapeutInnen durch ihren Beruf stark bis extrem stark gefordert und belastet, zwei Drittel der Befragten waren mit ihrer derzeitigen Berufssituation nicht zufrieden. Gut drei Viertel aller TherapeutInnen erlebten negative Auswirkungen ihrer Berufstätigkeit auf ihr Privatleben. Beklagt wurde in erster Linie, dass man nach der Arbeit oft nicht abschalten kann und berufliche Probleme mit ins Privatleben hinein nimmt. Sie gaben an, sich nach der Arbeit müde und abgespannt zu fühlen und lange Zeit zur Regeneration zu benötigen, nervös und gereizt zu sein und die Arbeitsbedingungen als Stress zu erleben. Der Stress führe zu Überreizung und schlage oft in Abstumpfung um, auch gegenüber dem Patienten. Gut die Hälfte der Befragten gab an, dass ihr Berufsleben auch Auswirkungen auf private Interessen und Aktivitäten hat und keine Zeit für ein Hobby bleibt.

Beim eigenen Gesundheitszustand zeigten sich typische „Berufskrankheiten“ infolge der beruflichen Belastungen (Tab. 5).

| Beschwerden | n | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| HWS- und Schulter-Arm- Syndrom | 578 | 54,3 |
| LWS-Syndrom | 447 | 42,0 |
| Erschöpfungszustände | 231 | 21,7 |
| Beschwerden im Knie- und Hüftbereich | 209 | 19,6 |
| Vermehrte Infektionserkrankungen | 202 | 19,0 |
| Beschwerden im Unterarm-Hand-Bereich | 191 | 17,9 |
| Nervosität | 185 | 17,4 |
| Kopfschmerzen / Migräne | 164 | 15,4 |
| Magenbeschwerden | 145 | 13,6 |
| Sehnenscheidenentzündungen | 135 | 12,7 |
| Psychische Labilität | 115 | 10,8 |

Tab. 5: Beschwerden und Erkrankungen infolge der beruflichen Situation (Mehrfachangaben)

Auch im Krankheitsfall arbeiteten die PhysiotherapeutInnen trotz eigener Erkrankung zum Teil weiter, weil sie sich den ihnen anvertrauten PatientInnen verpflichtet und verantwortlich fühlten. Außerdem nahmen sie Rücksicht auf ihre KollegInnen, da im Krankheitsfall eines Therapeuten die Patienten aufgeteilt würden (Bronneberg 1992).

Bezüglich Ressourcen und Widerstandskraft (Resilienz) gegen Überlastung im Berufsleben von PhysiotherapeutInnen gibt es zur Zeit wenige bis gar keine Untersuchungen, wobei jedoch angemerkt werden soll, dass in der Fachliteratur zunehmend auch die persönliche Thematik des Therapeuten in seinem Berufsumfeld angesprochen und diskutiert wird.

Insbesondere das Thema Burn-Out wird auffallend häufig aufgegriffen und geeignete bzw. erforderliche Gegenmaßnahmen dazu erläutert.

Eine interessante Arbeit zu diesem Thema von Grossmann-Schnyder geht der Frage nach, wie das „innere“ Feuer der Motivation, der Freude und Befriedigung bei der Arbeit – sogenanntes "Burn-On" am Brennen gehalten werden kann? (Grossmann-Schnyder 2002).

Eine wichtige Voraussetzung für Motivation, Zufriedenheit und Ausdauer in belastenden Arbeitsituationen bzw. bei starken beruflichen Anforderungen ist das persönliche Wohlbefinden- ein Überbegriff für viele positive Erlebnisqualitäten, die einzeln oder in unterschiedlichsten Kombinationen zusammenwirken, wobei Freude, Glück, Zufriedenheit und Gesundheit die wichtigsten Faktoren sind, die sowohl Ursache als auch Folge von Wohlbefinden sein können.

Persönliches Wohlbefinden als ein *subjektives* Gesundheitsgefühl ist eine maßgebliche Voraussetzung dafür, sich selbst gesund und damit gesundheitsfördernd zu verhalten.

Die Steigerung des Wohlbefindens, dem „Flow“, das als „das Glückserlebnis, im Tun aufzugehen“, „im Hier und Jetzt-Sein“, beschrieben wird, äußert sich laut den Untersuchungen des Psychologen Zugehörigkeit dadurch, dass

- man mit einer tiefen, aber mühelosen Hingabe handelt, welche
 - alle anderen Gedanken und Empfindungen verdrängt,
 - das Zeitempfinden verändert,
 - die Selbstwahrnehmung schwinden macht
 - und das Gefühl vermittelt, Kontrolle über die Situation zu haben
- (Csikszentmihalyi 1992).

„Im Wohlbefinden gelingen Tätigkeiten, die sonst mit Anstrengung verbunden sind, mühelos. Das Zeitempfinden schwindet, äußere Störungen, innere Beeinträchtigungen verlieren an Bedeutung. Man fühlt sich eingeordnet und doch eigenständig, selbstvergessen und doch selbstbewusst. Obwohl man nicht auf seine Verhaltensweise, seine Haltung oder Bewegung achtet, geschehen die notwendigen Handlungen selbstverständlich und angepasst. Man fühlt sich der Aufgabe gewachsen, es bereitet Freude, sie zu bewältigen. Im Wohlbefinden wird Kreativität freigesetzt“ (Grossmann 1997).

Wohlbefinden im Berufsleben steht maßgeblich in Relation zu Position, Anforderung am Arbeitsplatz, Entlohnung und Perspektive, wobei vor allem die Anforderungen den eigenen Fähigkeiten und Neigungen entsprechen sollten, d.h. weder ständig unter- noch über-, sondern bestenfalls herausfordern sollten. Die Bewältigung von Herausforderungen ist die erste Voraussetzung zu „Flow“.

Weiters steht Wohlbefinden bei der Arbeit aber auch in Relation zur Bereitschaft der Verausgabung – dies ist die gefährlichste Falle zum Burn-Out, da zunächst alles in Richtung „Burn-On“ zeigt, denn die Bereitschaft in der Arbeit aufzugehen, ist ein wichtiges Kriterium von Flow. Aber gerade darin liegt auch die Gefahr, die Grenzen der Bewältigbarkeit und Belastbarkeit zu oft und zu lang anhaltend zu missachten.

Besonders in einem Beruf wie der Physiotherapie ist auch die Fähigkeit, ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz, ein gesundes Abgrenzungsverhalten von zu starker emotionaler und körperlicher Nähe, ein weiterer wichtiger Wohlfühl-Faktor bei der Arbeit, wo sowohl die eigene als auch die Grenze des Gegenübers gewahrt wird und gleichzeitig über diese Grenze hinaus die Achtsamkeit auf den gemeinsamen Raum und therapeutischen Prozess gerichtet werden sollte.

Überträgt man all diese Überlegungen in Antonovskys Methapher vom „Schwimmer im Fluss“, ergeben sich folgende Ergänzungen: „Wir alle sind von unserer Geburt bis zum Tod im Fluss des Lebens. Dieser Fluss zeichnet sich durch schwer zu bewältigende Abschnitte wie Wasserfälle und Stromschnellen aus und es gibt Gebiete, in denen die gefährlichen Wasserlebewesen lauern. Dort kommt es darauf an, wachsam zu sein und alle verfügbaren Bewältigungsressourcen zu aktivieren, um den schwierigen Situationen gewachsen zu sein.

Es gibt aber auch Abschnitte, in denen der Fluss kaum Strömung hat, sondern gemächlich an Wiesen und unter Bäumen entlangplätschert. Hier gibt es keine Notwendigkeit, um das eigene Überleben zu kämpfen. Man kann sich auf dem Rücken treiben lassen, die Blumen am Ufer bewundern, einen Baumstamm als Floß benutzen oder sich mit anderen Schwimmern und Schwimmerinnen bei Wasserspielen vergnügen. Dies alles dient in jedem Fall der Entspannung und Erholung, reaktiviert also Bewältigungsressourcen und erhöht das Gefühl der Belastungsbalance und damit der Handhabbarkeit, macht aber auch einfach Spaß, steigert Lebensfreude und Lebensqualität und fördert damit die Gesundheit.

Von der Quelle bis zur Mündung hat der Fluss einen wechselvollen Verlauf und es ist wichtig, zu erkennen, wann es zu kämpfen gilt und wann Erholen und Genießen im Vordergrund stehen, da für die

unterschiedlichen Phasen unterschiedliche Fähigkeiten notwendig sind. Für die gelungene Adaption an die Umwelt scheint in jedem Fall beides ausschlaggebend zu sein“ (Welbrink & Franke, In: Wydler et al. 2002)

5.2.2 Kohärenzempfinden und Art der Berufsausübung

In seinem 1987 erstmals veröffentlichten Buch „How people manage stress und stay well“ (frei übersetzt mit: Wie Menschen mit Stress umgehen und trotzdem gesund bleiben) definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl als die zentrale „Widerstandsressource“ bei stressbedingten Überlastungen. Seine These lautet: Stark stressbelastete Personen mit einem Mangel an Widerstandsressourcen erkranken (Antonovsky 1987).

Menschliche Widerstandsressourcen und ihr gesundheitsförderndes Potential können nicht nur im Zusammenwirken von Kognition und Emotion betrachtet werden; vielmehr ist das Gesamtgefüge der Gefühle, seine innere Balance und die Rolle von destabilisierenden, selbstblockierenden Gefühlen wie zum Beispiel Angst und Scham, im Unterschied zu ihren stabilisierenden Gegenspielern wie Selbstvertrauen und Lebensfreude wichtig. Das System ist offenbar ständig von der Gefahr des „Entgleisens“ bedroht (vgl. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Abb.1, S.11).

Selye, Begründer der Stressforschung, hat sich mit der Frage beschäftigt, wie es wohl kommt, dass ein und dieselbe Arbeit sowohl Eustress als auch Dystress verursachen kann (Selye, In: Bastian 2000).

Auch der Wissenschaftler Roger behandelte die Frage, in welchem Zusammenhang Stress und Krankheit stehen und suchte eine Erklärung dafür, warum manche Menschen unter Stress aufblühen und andere daran zusammenbrechen. Er fand, dass der Schutzfaktor vor negativen Stressfolgen in der Persönlichkeit liegen muss (Roger, In: Braun 2002)

Aus der Coping-Forschung ergab sich der Ansatz, dass nicht der Stressor an sich entscheidend für das Ausmaß seiner potentiell schädigenden oder förderlichen Wirkung ist, sondern der Umgang mit dem Stressor.

Und gerade hier liegt die schwierige Balance zwischen Verstandesleistung und Gefühlsleben, wobei sich bei wiederholten (chronischen) Enttäuschungen und Misserfolgen Auswirkungen auf die Gesundheit bis hin zur völligen Demoralisierung zeigen können.

Erfolg vermehrt sich durch nichts leichter als durch Erfolgerlebnisse, nichts hemmt ihn mehr als die Enttäuschung. Es zeigt sich, dass gerade der Stress der Enttäuschung viel eher Krankheiten wie zum Beispiel Magengeschwüre, Migräne, hohen Blutdruck hervorruft oder „auf die Nerven geht“ (Nervosität, Überreiztheit, etc.) als der Stress übermäßiger Muskelarbeit (Bastian 2000).

Die verschleißende Wirkung der Arbeit kommt hauptsächlich von der Enttäuschung über unsere Misserfolge (Selye, zit. in: Bastian 2000).

Hier wird die medizinische und soziale Bedeutung der Salutogenese bezüglich der Arbeitssituation bzw. der Art der Berufsausübung deutlich, sowohl an den positiven Folgen des Kohärenzgefühls, als auch bei einem Mangel daran.

Die psychische Widerspiegelung der persönlichen Lage und das daraus resultierende Selbstbild und die jeweilige Lebensstrategie sind bedeutsame Ursachen für die Ausbildung von Widerstandsressourcen,

wobei das Kohärenzgefühl als globale Stressbewältigungsressource betrachtet werden kann, woraus bei gelungener Bewältigung von Anforderungen „Gesundheit“ gefördert wird.

Roger empfiehlt gestressten Menschen aufmerksam und präsent zu sein und über die Sinne bewusst die Gegenwart zu erleben. Man lernt damit über eine vermehrte Aufmerksamkeit das Stressereignis innerlich loszulassen, bis man sich endgültig von der Stressquelle lösen kann.

Seine These ist, dass es der Geist ist, der wirkliche Entspannung braucht, wohingegen Entspannungstechniken nur die körperliche Ebene ansprechen. Was macht einen letztlich frei? „Die Erkenntnis, dass eigentlich nichts wichtig genug ist, sich darüber aufzuregen.“

(Roger 2001).

Bastian versucht in seinem Buch *Lebenskünstler leben länger* aus der bisherigen Salutogenese-Forschung konstruktive Konsequenzen zu ziehen, indem er drei Künste erläutert, um sich gesund zu erhalten. Dies sind:

(1) Die Kunst der Langsamkeit, d.h. sich von den ständig beschleunigenden Taktgebern der Leistungsgesellschaft frei zu machen und, wo immer es möglich ist, den eigenen inneren Rhythmen zu folgen, sich aus der Zwangssynchronisation aller im Hamsterrad auszuklinken.

(2) Die Kunst des Eigensinns in Form von Querköpfigkeit, Exzentrizität und

(3) Die Kunst der Abhängigkeit, die als Bedingtheit oder Gebundenheit verstanden werden sollte – der Ausdruck dafür, dass kein Mensch sein Leben erfolgreich meistern kann, ohne dabei auf andere Menschen angewiesen zu sein (Bastian 2000).

Aus der statistischen Auswertung der Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen zeigte sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Art der jeweiligen Berufsausübung und dem Kohärenzempfinden der Probanden. Ausschließlich selbständige, sogenannte freiberufliche PhysiotherapeutInnen wiesen sowohl im SOC-Gesamtscore als auch in den drei SOC-Einzelkomponenten einen signifikanten Unterschied zu der Gruppe der ausschließlich angestellten PhysiotherapeutInnen auf.

Hieraus könnte einerseits geschlossen werden, dass freiberufliche TherapeutInnen aufgrund eines höheren Kohärenzgefühls überhaupt erst den Sprung in die Selbständigkeit gewagt haben. Andererseits wäre eine weitere Antwort, dass sich durch persönliches Autonomiebestreben, einer stärkeren Ausprägung des Freiheitsbedürfnisses und einem größeren Streben nach Selbstbestimmung mehr Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Mut und Motivation für die freiberufliche Berufsausübung, und in weiterer Folge mehr Kohärenzgefühl entwickelt (hat).

In der Analyse von Bronneberg schätzen freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen ihre Selbständigkeit bei der Arbeit, die selbstbestimmte Arbeitseinteilung und insbesondere den Umstand, genügend Zeit für jeden Patienten zu haben. Die ideale freiberufliche Tätigkeit findet in einer Praxisgemeinschaft mit anderen Kollegen statt und zwar gleichberechtigt. (Bronneberg 1992).

Eine mögliche weitere Antwort auf höhere SOC-Werte bei freiberuflichen PhysiotherapeutInnen findet sich in dem Akronym F.A.S.Z.I.N.A.T.I.O.N., das die wesentlichsten Faktoren von Kreativität beschreibt:

Flexibilität, Authentizität, Selbstsicherheit, Zielorientierung, Intelligenz, Nonkonformismus, Assoziatives Denken, Transzendenz, Interesse, Originalität und Neugier.

Die Meinung der Autorin ist, dass diese Eigenschaften bei Selbständigen in einem größeren Ausmaß durch eine komplexe Persönlichkeitsstruktur, d.h. durch eine gesteigerte Ich-Identität infolge eines höheren Kohärenzempfindens, vorhanden sind.

In der Selbständigkeit kann kreative Arbeit durch die Selbstbestimmung mehr erfüllt werden, als dies in einem angestellten Arbeitsverhältnis der Fall ist, außerdem kann der Wechsel zwischen Selbstdisziplin und Ausdauer einerseits und dem Einbringen von spielerischen Elementen im Freiraum der selbständigen Arbeit andererseits besser gelebt werden.

Der Philosoph Hans-Georg Gadamer sagt dazu: "Wer kennt das nicht, dieses quälende Gefühl bei der kreativen Arbeit. Aber wenn etwas zustande gekommen ist, dann haben wir wieder einen Halt in dem fremden Geschehen, das uns umgibt. Vielleicht ist das ein tiefes Gefühl der Gelassenheit, nach dem wir streben. Aber dieses Gefühl, nennen wir es Glück (oder "Flow"; Anm. der Verfasserin), kommt erst nach der kreativen Anstrengung, der wir uns immer wieder ausliefern müssen." (Gadamer, In: Psychologie Heute 3/2002, S.37).

In diesem Zusammenhang möchte die Autorin jedoch auch die Folgen von zu großem beruflichem Engagement durch wirtschaftliche Notwendigkeit, emotionale Bedürftigkeit, Perfektionismus, etc. und häufig über das therapeutische Verhältnis hinausgehendem Einsatz, ansprechen. Gerade bei selbständigen PhysiotherapeutInnen verleiten zu hohe Leistungsansprüche - sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten selbst - dazu, zuviel zu arbeiten und dringende persönliche Bedürfnisse hinten anzustellen, zu überspielen bzw. nicht wahrzunehmen, sodass wesentliche Momente wie zum Beispiel Ruhepausen zur Regeneration oder angemessene Bezahlung der geleisteten Arbeit im Laufe der Zeit selbstausbeutend vernachlässigt werden.

Um mit den vorhandenen Kräften haushalten zu können, bedarf es neben einer strukturierten Arbeit ebenso einem ausgewogenen Verhältnis von Arbeits- und Ruhezeiten.

5.2.3 Kohärenzempfinden und wöchentliches Arbeitspensum

Aus der statistischen Auswertung der beiden Gruppen Angestellte und Selbständige, wobei hier für jede Gruppe gesondert das Arbeitspensum pro Woche betrachtet wurde, ergaben sich folgende Werte: Angestellte PhysiotherapeutInnen mit einem wöchentlichen Arbeitspensum unter 38 Arbeitsstunden zeigten einen deutlichen Unterschied im Gesamtwert des Kohärenzgefühls zu KollegInnen, die mehr als 38 Arbeitsstunden pro Woche leisteten. Auch in der Einzelkomponente der Bedeutsamkeit ergab sich ein knapper, aber dennoch signifikanter Wert.

Aus diesem Resultat könnte man schließen, dass angestellte PhysiotherapeutInnen mit einem geringeren Wochenarbeitspensum mehr Zeit für Regeneration und persönliche Entwicklung haben, als TherapeutInnen mit mehr Arbeitszeit pro Woche, und dadurch ihr "Kernselbst", das für Kohärenz sorgt, ausreichend genährt wird.

Selbständige PhysiotherapeutInnen hingegen zeigten keine signifikanten Unterschiede in allen Vergleichswerten, wobei hier der Trennwert bei 30 Arbeitsstunden pro Woche lag.

Dies lässt den Schluss vermuten, dass freiberufliche TherapeutInnen durch ihre beruflich weitestgehende Selbstbestimmung gut die geforderten Arbeitsbedingungen, unabhängig von ihrem Arbeitspensum pro Woche, ohne deutliche Auswirkungen auf ihr Kohärenzempfinden, erfüllen können. Diese Ergebnisse lassen sich gut mit dem Ansatz verbinden, dass selbständige PhysiotherapeutInnen in ihrer Selbständigkeit überhaupt mehr Sinnhaftigkeit sehen und erleben, und sich durch eine gewisse Stabilität dieser wichtigsten Einzelkomponente des Kohärenzgefühls keine Auswirkungen im Gesamtscore zeigen.

5.3 Zur Arbeitshypothese

Wie bereits in der Einleitung formuliert, lautete die Fragestellung der vorliegenden Studie dahingehend, wie stark die Ausprägung des Kohärenzempfindens bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark ist, weiters ob Unterschiede in den SOC-Werten zwischen angestellten und freiberuflichen TherapeutInnen vorhanden sind.

Von diesen Fragestellungen wurden die Arbeitshypothesen abgeleitet, dass diplomierte PhysiotherapeutInnen ein ausgeprägtes Kohärenzempfinden haben, und es Unterschiede in den SOC-Werten nach Art der jeweiligen Berufsausübung gibt.

Nach der statistischen Auswertung und Analyse der erhobenen Daten konnten beide Arbeitshypothesen *bestätigt* werden. Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen den errechneten Werten zum SOC in Verbindung mit anderen Vergleichsgruppen.

Außerdem zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Angestellten und den Selbständigen dieser Berufsgruppe – in diesem Falle scheint die Art der Berufsausübung maßgeblich die Ausprägung des Kohärenzempfindens zu beeinflussen oder die Ausprägung des Kohärenzempfindens für die Wahl der Selbständigkeit bestimmend sein.

5.4 Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften

5.4.1 Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen

5.4.2 Tiefenpsychologische Grundlagen - Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit (mit den Übungen Kommunikations- und Balintarbeit)

5.4.3 Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung (mit der Übung Reflexion der angestammten Kompetenz sowie der Erstellung der Thesis)

5.4.4 Regulationsbiologische Grundlagen - Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren

5.4.5 Vorstellung regulativer Verfahren - Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung

5.4.6 Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren - Menschenbild und Heilkunde

5.5 Schluss

Auf den Eisschollen

Als im Frühjahr das Eis schmolz, sprangen sie übermütig auf den Schollen über den kleinen Fluss. Schnell hatten sie nasse Füße. Immer wieder rutschten sie ab, fingen sich sofort und sprangen schnell zur Nächsten, wenn die Scholle unter ihrem Gewicht in die Tiefe abkippte.

Eine einzelne Scholle war zu klein, um sie ganz zu tragen, aber groß genug, dass man von ihr zur Nächsten gelangen konnte und zur Nächsten, bis zur anderen Seite des Flusses.

„Hast du gemerkt“, fragte sie schnaufend, und der Atem gefror ihr vor dem Mund, „hast du es gemerkt?“

„Ja“, antwortete er atemlos, mit roten Backen und mit den Augen noch einmal von Scholle zu Scholle springend.

„Ja. Nur wenn wir uns bewegen, haben wir eine Chance. Nichts trägt uns für immer!“

Ulrich Schaffer

Der Möglichkeiten gibt es immer unzählige, das liegt in der Natur des Seins. Die Kunst scheint darin zu liegen, diese als Ressourcen zu erkennen, zu ergreifen und in der richtigen Situation angemessen einzusetzen, sofern das Sein an sich Bedeutung für das Individuum erlangt (Gypser 2003).

6 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Antonovsky, A.** (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives an Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass, San Francisco
- Antonovsky, A.** (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress und stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Antonovsky, A.** (1992): Meine Odyssee als Stressforscher: Rationierung der Medizin Argument-Sonderband, Jhrb. für Kritische Medizin, Band 17. Argument-Verlag, Berlin-Hamburg
- Antonovsky, A.** (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung
In: Franke A, Broda M (Hrsg.) Psychosomatische Gesundheit. DGVT-Verlag, Tübingen
- Antonovsky, A.** (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (dt. erw. Hrsg. Von A. Franke). DGVT-Verlag, Tübingen
- Badura, B.** (Hrsg) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. ZumStand sozialepidemiologischer Forschung. Suhrkamp, Frankfurt
- Bastian, T.** (2000): Eigensinn hält gesund. In:Psychologie Heute 5/2000
Beltz-Verlag, Weinheim
- Beutel, M.** (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39.
In: Udris, I.; Kraft U.; Mussmann C.: Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit; Forschungsprojekt SALUTE, Bericht Nr.1; Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, Institut für Arbeitspsychologie 1991
- Binder, H. P.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei PsychotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach Anzahl der Lehrtherapie- bzw. Selbsterfahrungsstunden.College@inter-uni.net, Graz
- Blättner, B. & college@inter-uni.net** (2004): Fundamentals of Salutogenesis - Health Promotion (WHO) and Individual Promotion of Health: Guided by Resources / Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen. edition@inter-uni.net, Graz
- Braun, W.** (2002): Jeder ist seines Stresses Schmied. In: Psychologie Heute 2/2002
Beltz-Verlag, Weinheim

- Bronneberg, G.** (1992): Analyse der berufs- und psychosozialen Situation von diplomierten Assistentinnen und Assistenten für physikalische Medizin, Fachzeitschrift des ÖPV 1/1992, Wien
- Endler, P.C. & EU-team@inter-uni.net** (2004 a): Master's Programme for Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences / Masterlehrgang für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften. edition@inter-uni.net, Graz
- Endler, P.C. & college@inter-uni.net** (2004 b): Working Scientifically in Complementary Medicine and Integrated Promotion of Health / Wissenschaftliches Arbeiten im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung. edition@inter-uni.net, Graz
- Csikszentmihalyi, M.** (1992): Flow. Das Geheimnis des Glücks. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart
- Erikson, E.H.** (1980): Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt
- Falkenberg, B.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei LehrerInnen aus Mitgliedsschulen des österreichischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“ differenziert nach Angaben zur Person, zur Schule und zum Gesundheitsverhalten. College@inter-uni.net, Graz
- Fäh, M.** (2004): Psychotherapie und Salutogenese: Überlegungen zum theoretischen und praxeologischen Brückenschlag. In: Psychotherapie Forum, No. 1 / 2004. Springer-Verlag, Wien, New York
- Gadamer, H.-G.** (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit Suhrkamp Verlag, Frankfurt / Main
- Grossmann, M.** (1997): „Armehalten“ oder Wohlbefinden und was dazu gehört. In: LIP-Info 3/97, Lehrinstitut für Psychotonik Glaser, Zürich
- Grossmann-Schnyder, M.** (2002): Burn-On. Fachzeitschrift des ÖPV 3/2002, Wien
- Gruber, E.** (2001): Physiotherapie Trends und Perspektiven eines Berufsfeldes Fachzeitschrift des ÖPV 3/2001, Wien
- Gypser, I.** (2003): Kohärenzempfinden-Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky bei GymnasiastInnen der 12. Schulstufe in Graz edition@inter-uni.net, Graz

- Höfer, R.** (2002): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung – Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte
In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa-Verlag, Weinheim und München
- Holm-Hadulla, R.** (2002): F.A.S.Z.I.N.A.T.I.O.N In: Psychologie Heute 3/2002, Beltz-Verlag, Weinheim
- Kratky, K. W. & college@inter-uni.net** (2004): Comparison and Integration of Complementary Medical Methods Humanity and Medical Science / Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren - Menschenbild und Heilkunde. edition@inter-uni.net, Graz
- Niederdorfer, M.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei Lehrpersonen schweizerischer Kindergärten und Schulen, differenziert nach Angaben zur Person, dem Gesundheitsverhalten und der Zukunftsperspektive. College@inter-uni.net, Graz
- Ostermann, D.** (2003): Salutogenetische Aspekte in der Suchttherapie – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungsprozess von Suchtkranken (Graduierungsarbeit). Osnabrück
- Pass, P.F. & college@inter-uni.net** (2004): Fundamentals of Depth Psychology -Therapeutic Relationship Formation between Self-awareness and Casework / Tiefenpsychologische Grundlagen - Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. edition@inter-uni.net, Graz
- Petzold, H.G.** (1993): Integrative Therapie. Klinische Praxeologie – Bd. III. Jungfermann, Paderborn
- Physio Austria**, Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (2004): Berufsprofil der / des Diplomierten Physiotherapeutin / Physiotherapeuten. Fachzeitschrift Physiotherapie, Ausgabe Nr. 1a/04; Wien
- Pochmann, A.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei langzeitarbeitslosen und langzeitbeschäftigungslosen Personen im Bezirk Lilienfeld, Niederösterreich, differenziert nach den Gründen für die Dauer der Arbeitslosigkeit. College@inter-uni.net, Graz
- Prammer, J.** (1997): Identitätsentwicklung in der Kindheit: Theorie und therapeutische Praxis; Graduierungsarbeit in Integrativer Gestalttherapie (ÖAGG)
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.** (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Jungfermann, Paderborn

- Rodari, A. & college@inter-uni.net** (2004): Introduction of Regulatory Methods - Systematics, Description and Current Research / Vorstellung regulativer Verfahren - Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung. edition@inter-uni.net, Graz
- Roger, D.** (2001): Managing Stress – The Challenge of Change, The Chartered Institute of Marketing (überarbeitete Neufassung), In: Psychologie Heute 2/2002, S.26-27, Beltz-Verlag, Weinheim
- Sack, M., Lamprecht, F.** (1994): Lässt sich der „sense of coherence“ durch Psychotherapie beeinflussen?. In:Lamprecht F. & Johnen R. (Hrsg.): Salutogenese Ein neues Konzept in der Psychoanalyse? VAS- Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt-Bockenheim
- Sandell, R.** (1997): Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Leuzinger-Bohleber, Stuhr (Hrsg): Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung, Psychosozial-Verlag, Gießen
- Sandell, R. et al** (1999): Wie die Zeit vergeht: Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. Forum der Psychoanalyse 15
- Schiffer, E.** (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfandung Beltz- Verlag, Weinheim
- Schmidbauer, W.** (1994): Hilfloose Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Rowohlt – Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Schmidbauer, W.** (1994): Helfen als Beruf – Die Ware Nächstenliebe. Rowohlt – Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Schneider C.** (2002): Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa-Verlag, Weinheim und München
- Schumacher, J.; Gunzelmann, T.; Brähler, E.** (2000): Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Diagnostica, 46.
- Siber, G.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei Ärzten und Ärztinnen in der Steiermark differenziert nach Geschlecht, Alter, Dauer der Tätigkeit in der Praxis, Ort der Praxis, Arbeitszeit und finanzieller Zufriedenheit. College@inter-uni.net,Graz

- Spranger, H.H. & college@inter-uni.net** (2004): Fundamentals of Regulatory Biology - Paradigms and Scientific Backgrounds of Regulatory Methods / Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren. edition@inter-uni.net, Graz
- Steixner, M.** (2005): Kohärenzempfinden - Sense of Coherence bei österreichischen GesundheitstrainerInnen. College@inter-uni.net, Graz
- Tranninger, D.** (2005): Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei Jugendlichen im Jugendwohlfahrts-betreuten Wohnen differenziert nach Angaben zur Person, zur Herkunftsfamilie, zur schulischen und zur Arbeitssituation. College@inter-uni.net, Graz
- Udris, I. & Frese, M.** (1988): Belastung, Stress, Beanspruchung und ihre Folgen.
In: D. Frey, C. Graf Hoyos, D. Stahlberg (Hrsg), Angewandte Psychologie – Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, München
- Udris, I.; Kraft U.; Mussmann C.** (1991): Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“?
Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit; Forschungsprojekt SALUTE, Bericht Nr.1; Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, Institut für Arbeitspsychologie
- Uexküll, T. von** (1988): Paradigmenwechsel – Wirklichkeit liegt nicht vor, sondern wird von uns erzeugt; In: Udris, I.; Kraft U.; Mussmann C.: Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit; Forschungsprojekt SALUTE, Bericht Nr.1; Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, Institut für Arbeitspsychologie 1991
- Welbrink, A. & Franke, A.** (2002): Zwischen Genuss und Sucht – das salutogene Modell in der Suchtforschung. In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa-Verlag, Weinheim und München
- Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T.** (Hrsg.) (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts Juventa-Verlag, Weinheim und München

7 ANHANG

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege !

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens nehmen Sie an einer **Forschungsstudie** des „Masterlehrgangs für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung“ teil, in der die Befindlichkeit der diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark erhoben wird.

Die Antworten werden absolut **vertraulich** behandelt, es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.
Aus statistischen Gründen bitte ich Sie, alle angegebenen Fragen **zur Gänze** zu beantworten.

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: Jahre

Familienstand: ledig verheiratet / feste Partnerschaft

geschieden/ getrennt verwitwet

Kinder: ja, wieviele nein

Art der gegenwärtigen Berufsausübung: angestellt selbständig

angestellt und selbständig

Zusätzlich tätig: in leitender Funktion als LehrassistentIn

Seit wann üben Sie den Beruf der/des dipl.Physiotherapeutin/Physiotherapeuten aus?:

Jahre

Wie hoch ist Ihr Arbeitspensum pro Woche?: Stunden, davon angestellt

selbständig

Zeit für tägliche Freizeitaktivitäten / Hobbies / Entspannung: ja, Stunden nein