

Kohärenzempfinden

- Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky –

bei LogopädInnen in Österreich



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Jutta Chibidziura-Priesching

Graz, im Juni 2007

Jutta Chibidziura-Priesching, Graz

jutta.chibidziura@utanet.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2007

Thesis angenommen

INHALTSVERZEICHNIS

1. ZUSAMMENFASSUNG	6
1.1. Titel der Arbeit	Error! Bookmark not defined.
1.2. Einleitung	6
1.2.1. Hintergrund und Stand des Wissens	6
1.2.2. Forschungsfrage	7
1.3. Methodik	7
1.3.1. Design	7
1.3.2. TeilnehmerInnen	7
1.3.3. Durchführung	7
1.3.4. Datenauswertung	7
1.4. Ergebnisse	8
1.5. Schlussfolgerungen	8
1.5.1. Interpretation	8
1.5.2. Folgerungen aus den Ergebnissen auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens	9
1.5.3. Eigenkritisches	9
1.5.4. Anregungen für weitere Arbeiten	9
2. EINLEITUNG	10
2.1. Allgemeines	10
2.2. Das Konzept der Salutogenese	13
2.2.1. Kohärenzgefühl - SOC	14
2.2.2. Gesundheits- und Krankheitskontinuum	15
2.2.3. Stressoren und Spannungszustände	16
2.2.4. Generalisierte Widerstandsressource vs. generalisiertes Widerstandsdefizit (GRR – GRD: generalized resistance resource / deficit)	17
2.2.5. Das Salutogenesemodell als Regelkreis – das Modell im Überblick	17
2.3. Fragestellung	20
2.4. Arbeitshypothese	20

3.	METHODIK.....	21
3.1.	<i>Hintergrund und Fragestellung</i>	21
3.2.	<i>Untersuchungsdesign</i>	21
3.3.	<i>Erhebungsinstrumente</i>	21
3.4.	<i>Studienkollektiv</i>	22
3.5.	<i>Datenauswertung</i>	22
4.	ERGEBNISSE.....	23
4.1.	<i>Darstellung der Mittelwerte zu den einzelnen Fragen aus dem Fragebogen zur Lebensorientierung</i>	23
4.2.	<i>Darstellung der SOC-Komponenten innerhalb der Versuchsgruppe</i>	26
4.3.	<i>SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Versuchsgruppen</i>	27
4.4.	<i>SOC-Gesamtwerte im Vergleich nach weiteren erhobenen statistischen Parametern</i>	28
4.4.1.	<i>Darstellung der Geschlechterverteilung innerhalb der Versuchsgruppe</i>	28
4.4.2.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach dem Alter</i>	29
4.4.3.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Art der Berufsausübung</i>	30
4.4.4.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach der Wochenarbeitszeit in Stunden</i>	30
4.4.5.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Arbeitsinhalten</i>	31
4.4.6.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach der Berufserfahrung</i>	32
4.4.7.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung</i>	33
4.4.8.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Supervision</i>	35
4.4.9.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Arbeit im Team</i>	35
4.4.10.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Anzahl der Urlaubswochen</i>	36
4.4.11.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Art der Belastung</i>	37
4.4.12.	<i>Darstellung der Ergebnisse nach Art der Fortbildung</i>	37
5.	DISKUSSION	40
5.1.	<i>Schlussfolgerungen</i>	40
5.1.1.	<i>Kohärenzempfinden innerhalb der Berufsgruppe der LogopädInnen</i>	40
	<i>Gedanken zur Berufswahl „TherapeutIn“ und Kohärenzgefühl</i>	41
5.1.2.	<i>Kohärenzempfinden und Art der Berufsausübung</i>	41
5.1.3.	<i>Kohärenzempfinden und weitere Aspekte im Rahmen der Auswertungen</i>	42
5.2.	<i>Bedeutung für die Logopädie - Krankheit bewältigen heißt Gesundheit aktivieren</i>	43
5.3.	<i>Bedeutung für die LogopädIn in der Arbeitswelt</i>	44

5.4.	<i>Überblick: Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften</i>	46
5.4.1.	<i>Salutogenetische Grundlagen</i>	46
5.4.2.	<i>Tiefenpsychologische Grundlagen</i>	47
5.4.3.	<i>Wissenschaftliches Arbeiten</i>	47
5.4.4.	<i>Regulationsbiologische Grundlagen</i>	48
5.4.5.	<i>Vorstellung regulativer Verfahren</i>	48
5.4.6.	<i>Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren</i>	48
6.	ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	49
7.	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	50
8.	ANHANG.....	57



www.inter-uni.net > Forschung

Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky – bei LogopädInnen in Österreich.

Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Jutta Chibidziura-Priesching, mit Elke Mesenholl-Strehler (Betreuung) und P.C. Endler (Redaktion)
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2007

Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens

LogopädInnen sind Mitglieder der Berufsgruppe gehobener medizinisch-technischer Dienste und arbeiten in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie und Rehabilitation von Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schluck- und Hörstörungen sowie in Forschung und Ausbildung. Um den Anforderungen des Berufes und der therapeutischen Begegnung ständig gewachsen zu sein, bedarf es einer permanenten Weiterentwicklung, Revision und Modifikation des eigenen Handelns und des Umgangs mit PatientInnen, was durch die unterschiedlichsten Fachrichtungen bereichert werden kann. So sind Anregungen aus den biomedizinischen Wissenschaften, aus den Verhaltenswissenschaften und der Psychotherapie, aber auch aus der Sprachwissenschaft und den anderen medizinisch-technischen Berufen notwendig, um die eigene Fachkompetenz und die pädagogischen, psychologischen und kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern.

All diese Fähigkeiten sind erforderlich, um jede PatientIn bei der Verbesserung ihrer Kompetenzen und Fertigkeiten entsprechend dem eigenverantwortlichen, logopädischen Behandlungsprozess begleiten zu können. Wie auch in den anderen therapeutischen Berufen ist es das Ziel, durch die logopädische Intervention die Möglichkeiten, das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der einzelnen PatientIn zu verbessern, um letztlich eine gesteigerte Lebensqualität zu erzielen.

Dies wird jeder BehandlerIn nur dann optimal über einen langen Zeitraum möglich sein, wenn sie selbst regelmäßig auf ihre eigene Belastbarkeit achtet und ihre Grenzen nur in Ausnahmefällen und nur für einen bestimmten Zeitrahmen überschreitet.

Welche Faktoren nun notwendig sind, damit ein Mensch – TherapeutIn wie auch PatientIn – gesund wird bzw. bleibt, beschreibt Antonovsky in seinem Konzept der Salutogenese. Eng mit diesem verbunden ist der Begriff des Kohärenzgefühls (SOC, Sense of Coherence). Antonovsky beschreibt damit die Zusammenhänge zwischen eigenem Wohlbefinden und der Bewältigung der täglichen Widrigkeiten.

Das Konzept des Kohärenzgefühls stellt den zentralen Faktor für die Erklärung gesunderhaltender oder gesundheitsfördernder Prozesse dar. Es beschreibt eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein überdauerndes, alles durchdringendes und dennoch dynamisches Gefühl von Zuversicht hat. Es beschreibt, dass Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt strukturiert, vorhersagbar und auch erklärbar sind und dass notwendige Ressourcen verfügbar sind, diesen gerecht zu werden. Außerdem beschreibt es das Ausmaß, in dem man diese Anforderungen als Herausforderungen sieht, für die sich Engagement und Investition lohnen (Bengel, 2001).

Zum Thema Kohärenzgefühl bei LogopädInnen konnten weder bisherige Studien noch andere, speziell auf die Berufsgruppe bezogene Literatur gefunden werden.

Forschungsfrage

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie hoch das Kohärenzempfinden bei LogopädInnen in Österreich ist und ob sich der Wert von jenem von KollegInnen einer vergleichbaren Berufsgruppe (PhysiotherapeutInnen) unterscheidet. Darüber hinaus wird untersucht, ob es Unterschiede in der Höhe der SOC-Werte bezogen auf das Arbeitsverhältnis gibt (angestellt vs. freiberuflich) und ob diese Unterschiede einen Zusammenhang mit den erfassten Daten hinsichtlich Arbeitspensum pro Woche, Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung oder Art der Fortbildungstätigkeit aufweisen.

Methodik

Design

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsuntersuchung an LogopädInnen in Österreich. Zu dieser Einmalmessung wurden der standardisierte „Fragebogen zur Lebensorientierung“ nach Aaron Antonovsky, bestehend aus 29 Items und ein zusätzlicher demografischer Fragebogen verwendet.

Durchführung

Die Aussendung der Fragebögen erfolgte elektronisch über das Internet, indem die Berufsvertretung „**logopädieaustria**“ als Verteiler diente. Das Begleitschreiben enthielt einen Link zum Online-Fragebogen und es wurde versichert, dass durch die elektronische Beantwortung (automatische Mail durch „Senden“) keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können und die Daten vertraulich behandelt werden.

TeilnehmerInnen

90 Versuchspersonen haben den Fragebogen elektronisch retourniert, davon waren 86 Frauen und 4 Männer. Welchem Prozentsatz der Berufsgruppe dies entspricht ist nicht errechenbar, da es derzeit noch keine Daten darüber gibt, wie viele LogopädInnen in Österreich leben bzw. tätig sind.

Datenauswertung

Für die statistische Auswertung wurden t-Tests, Korrelations- und Varianzanalysen verwendet, als weiterer Sub-Test wurde das Tukey HSD Verfahren eingesetzt. Das Signifikanzniveau wurde der Konvention entsprechend bei allen Berechnungen mit $p \leq 0,05$ festgesetzt.

Ergebnisse

Der SOC-Gesamtwert der untersuchten Berufsgruppe liegt bei 156,98 und unterscheidet sich statistisch signifikant von den Gesamtwerten einiger anderer Stichproben, die im Rahmen von Thesearbeiten am Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau erhoben wurden. Entsprechend der Hypothese konnte dargestellt werden, dass der SOC-Gesamtwert von LogopädInnen in Österreich vergleichbar mit dem SOC-Gesamtwert von PhysiotherapeutInnen in der Steiermark ist.

Ein Unterschied in der Höhe der SOC-Gesamtwerte von LogopädInnen bezogen auf das Arbeitsverhältnis (angestellt vs. freiberuflich) konnte nicht gezeigt werden. Auch die Vergleiche der SOC-Gesamtwerte hinsichtlich Wochenarbeitspensum oder Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung wiesen keine signifikanten Unterschiede auf.

Bezüglich der Frage, ob LogopädInnen, die sich im Rahmen ihrer Fortbildungstätigkeit verstärkt mit dem Bereich Persönlichkeitsbildung auseinandergesetzt haben, einen höheren SOC-Gesamtwert aufweisen als KollegInnen, die dies nicht machten, ergab sich kein signifikanter Unterschied. Auch hinsichtlich Alter und Jahren an Berufserfahrung konnten keine Unterschiede dargestellt werden.

Allerdings konnten signifikant positive Korrelationen zwischen den einzelnen SOC-Komponenten festgestellt werden.

Außerdem zeigte die Erhebung, dass rein freiberuflich tätige LogopädInnen im Vergleich zu ihren KollegInnen, die angestellt oder angestellt und selbstständig arbeiten signifikant mehr Urlaubswochen im Jahr genießen.

Schlussfolgerungen

Interpretation

Der SOC-Gesamtwert der LogopädInnen liegt bei 156,98 und ist damit deutlich höher als in der Normalbevölkerung. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Arbeit einer LogopädIn im Großen und Ganzen sozial gut angesehen ist, was sich positiv vor allem auf die Komponente der Bedeutsamkeit auswirkt und somit das Kohärenzgefühl bei Erwachsenen im Arbeitsprozess beeinflussen kann. Außerdem erfahren KollegInnen oftmals auch innerhalb der Unternehmen eine gute soziale Bewertung (Macht, Lohn, Prestige) und unterliegen Kriterien, die zumeist der Fairness entsprechen.

Die SOC-Werte von LogopädInnen sind vergleichbar mit denen von PhysiotherapeutInnen, was der aufgestellten Hypothese entspricht. Es wird darauf zurückgeführt, dass Physiotherapie im Vergleich zu Logopädie zwar eine längere Tradition hat, sowie medial stärker präsent ist (z.B. anlässlich von Unfällen von Spitzensportlern), doch die Logopädie in der Bevölkerung immer mehr an Bekanntheitsgrad dazu gewinnt. Durch die laufende Aufklärungsarbeit bzgl. der Therapieinhalte und der Standortbestimmung durch die Berufsverbände kann sich die Logopädie immer mehr im Dschungel der Gesundheitsberufe abgrenzen und behaupten.

Die Hypothese, dass ein höherer SOC-Wert positiv mit der Inanspruchnahme von Supervision und Fortbildungen im Bereich der Persönlichkeit korreliert, konnte nicht bestätigt werden. Die Erhebung zeigt allerdings, dass nahezu alle LogopädInnen regelmäßig Fortbildung an sich in Anspruch nehmen, was aus Sicht der Autorin eine bedeutsame Ressource darstellt, um mit Belastungen aus dem beruflichen und eventuell privaten Kontext gut umgehen zu können.

Folgerungen aus den Ergebnissen auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens

Es ist Anliegen dieses Beitrags aufzuzeigen, welche Persönlichkeitsmerkmale und welche Lebensphilosophie die ausgewählte Berufsgruppe auszeichnet, und was der Bewältigung des täglichen Lebens eventuell zuträglich sein kann, um im Sinne der Gesundheitsförderung in Zukunft Hilfestellungen anbieten zu können. Gesundheit lässt sich so als Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen umschreiben, die sowohl psychischer, sozialer, körperlicher als auch ökologischer Natur sein können und somit von innen und außen auf uns einwirken. Diese beiden Pole auszubalancieren ist die Aufgabe jedes einzelnen Menschen, um Wohlbefinden und Lebensqualität zu erzielen bzw. zu erhalten.

Für TherapeutInnen sind diese Grundlagen doppelt von Bedeutung, da sich der berufliche Alltag um die Erhaltung der Lebensqualität der PatientInnen dreht, wobei auch die eigene Lebensqualität eine zentrale Rolle spielt. Es ist somit relevant, das eigene Tun zu hinterfragen und nach den unterschiedlichen Gesichtspunkten zu prüfen – sowohl beruflich als auch privat, damit die „Work-Life-Balance“ aufrecht erhalten bleiben kann.

Da die Literaturrecherche keine Untersuchungen zum SOC oder speziell zur Lebensqualität von LogopädInnen ergeben hat, können keine weiteren Vergleiche angestellt werden, doch nachfolgende Forschung kann angeknüpft werden.

Eigenkritisches

Der demografische Fragebogen könnte zahlreichere Fragen zum persönlichen Gesundheitshandeln beinhalten und die Erhebung der Ressourcen könnte im Vorfeld klarer umrissen werden, wodurch eine erweiterte Aussagekraft der erhobenen Daten erzielt werden könnte.

Anregungen für weitere Arbeiten

Forschungsprojekte zum Thema Prävention, z.B. von Burnout-Problematik, wären in dieser Berufsgruppe wichtig, um KollegInnen frühzeitig Hilfestellungen oder Möglichkeiten zur Selbsthilfe anbieten zu können.

1. EINLEITUNG

1.1. Allgemeines

Die vorliegende Arbeit gibt einen Abriss über das Modell der Salutogenese (Gesundheitsentwicklung) als Widerpart zum pathogenen Erklärungsansatz von Krankheit. In diesem Zusammenhang werden das Konzept des Kohärenzgefühls nach Aaron Antonovsky (Sense of Coherence, SOC) beschrieben und die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung innerhalb der Berufsgruppe der LogopädInnen Österreichs dargestellt.

LogopädInnen sind Mitglieder der Berufsgruppe gehobener medizinisch-technischer Dienste und arbeiten in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie und Rehabilitation von Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schluck- und Hörstörungen sowie in Forschung und Ausbildung. Um den Anforderungen des Berufes und der therapeutischen Begegnung ständig gewachsen zu sein, bedarf es einer permanenten Weiterentwicklung, Revision und Modifikation des eigenen Handelns und des Umgangs mit PatientInnen, was durch die unterschiedlichsten Fachrichtungen bereichert werden kann. So sind Anregungen aus den biomedizinischen Wissenschaften, aus den Verhaltenswissenschaften und der Psychotherapie, aber auch aus der Sprachwissenschaft und den anderen medizinisch-technischen Berufen notwendig, um die eigene Fachkompetenz und die pädagogischen, psychologischen und kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern.

All diese Fähigkeiten sind erforderlich, um jede PatientIn bei der Erweiterung und Verbesserung der persönlichen Möglichkeiten und Fertigkeiten entsprechend dem eigenverantwortlichen, logopädischen Behandlungsprozess begleiten zu können. Wie auch in den anderen therapeutischen Berufen ist es das Ziel, durch die logopädische Intervention den Handlungsspielraum, das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand jeder einzelnen PatientIn zu beeinflussen, um letztlich eine gesteigerte Lebensqualität zu erzielen.

Dies wird jeder BehandlerIn nur dann optimal über einen langen Zeitraum möglich sein, wenn sie selbst regelmäßig auf ihre eigene Belastbarkeit achtet und ihre Grenzen nur in Ausnahmefällen und für einen bestimmten Zeitrahmen überschreitet.

Es ergibt sich somit, dass das Wohlbefinden der TherapeutIn immer wieder in den Vordergrund treten muss. Grossmann-Schnyder (2002) beschreibt in diesem Zusammenhang als Voraussetzung für ein „Burn On“ im Gegensatz zum Burn Out, dass die Anforderungen den persönlichen Neigungen und Fähigkeiten entsprechen müssen und weder über- noch unterfordern dürfen. Nur so kann Arbeit zur Herausforderung werden und der „Flow“ aufrechterhalten werden. Als Wohlbefinden sieht sie die Bereitschaft in der Arbeit aufzugehen, aber die Grenze der Bewältigbarkeit und Belastbarkeit nicht zu lange zu überschreiten und sich zu verausgaben. Großen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden haben dabei die eigene Position, die Anforderungen am Arbeitsplatz, die Entlohnung und die Perspektiven.

Die Position im Betrieb wirkt sich günstig aus, wenn ein klarer Aufgabenbereich gegenüber KollegInnen abgesteckt und anerkannt ist; die Entlohnung dient als positiver Stimulus, wenn sie für die Person angemessen erscheint und unter Perspektiven versteht sie einen sicheren Arbeitsplatz bzw. einen Arbeitsplatz, der Veränderungs- oder Verbesserungsmöglichkeiten bietet. All diese Faktoren sind natürlich vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen zu

verstehen, auf die jede Einzelne kaum Einfluss nehmen kann. Beeinflussbar ist nur, wie jede mit dieser äußeren Situation umgeht. (Grossmann-Schnyder, 2002)

Zu den Anforderungen am Arbeitsplatz schreiben Rimann und Udris (1997), dass neben den Anforderungen und Belastungen auch organisationale Ressourcen wie Aufgabenvielfalt oder persönliche Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes und soziale Ressourcen bei der Arbeit wichtig sind. Dies spricht dafür, dass ein positives Arbeitsklima, mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten und soziale Unterstützung durch die Arbeitskollegen als positiver Faktor bzw. als Ressource gewertet werden kann.

Aus dieser Sicht drängt sich die Frage auf, wie jeder seine Arbeitssituation gestalten kann, so dass sie mit den eigenen Fähigkeiten und Ressourcen übereinstimmt und wie die eigene Einstellung zu ungünstigen oder belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen verändert werden kann, so dass diese akzeptiert und bejaht werden können.

Wie hoch die Belastbarkeit einer TherapeutIn ist bzw. wie gut sie mit schwierigen Situationen umgehen kann, wird versucht durch den Wert des Kohärenzempfindens darzustellen.

Da die Anforderungen an eine angestellte Logopädin teilweise andere sind als an eine freiberuflich tätige, stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen den SOC-Werten und anderen soziodemografischen Daten dargestellt werden kann, wie Menge der Urlaubswochen oder Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche, wodurch sich eventuell Unterschiede in den zeitlichen Möglichkeiten zum Nutzen von Ressourcen und zur persönlichen Psychohygiene ergeben.

Der Zusammenhang dieser Faktoren – hier z.B. Anforderung und Zeit zur Ressourcenaktivierung, sowohl beruflich als auch privat – wird mit dem Begriff Work-Life-Balance beschrieben und besagt, dass die Person, die Situation aber auch die Organisation selbst sowohl als Anforderung als auch als Ressource und Puffer dienen kann und dass es zu dauernden Wechselwirkungen zwischen diesen 3 Faktoren kommt. Kastner (2002) erklärt diese Prozesse anhand einer Wippe (Abbildung 1) und den unterschiedlichen Balancen, die sich ergeben. Aus seiner Sicht ist es notwendig und wichtig, das Zusammenspiel zu optimieren und die unterschiedlichen Balancen auszutariieren, um gesund bleiben zu können.

Balance 1: Nach bestimmten Anforderungen und Belastungen ist es notwendig, hinreichende Regenerationsphasen einzuhalten. Hier sind vor allem die Anzahl der Belastungen und die Dauer ausschlaggebend bzw. die Zeit zwischen den Ereignissen, ob die Waage gehalten werden kann oder nicht.

Balance 2: Die Belastung soll durch entsprechende Puffer Linderung erfahren, um nicht zur Überforderung zu werden (linke Seite).

Balance 3: Damit durch zu hohe Ressourcen keine Unterforderung entsteht, muss z.B. durch Zielumdefinition einer Sinnleere entgegen gepuffert werden.

Balance 4: Ressourcen verstärken gewünschte Energien, Puffer lindern die negativen Auswirkungen. Das Verhältnis muss ausgeglichen werden, damit Puffer für den Bedarfsfall zur Verfügung stehen (z.B. Rücklagen / Rückstellungen).

Balance 5: Um adäquate Herausforderungen auszusuchen, ist es notwendig, zwischen den Interessen und Anforderungen auszubalancieren.

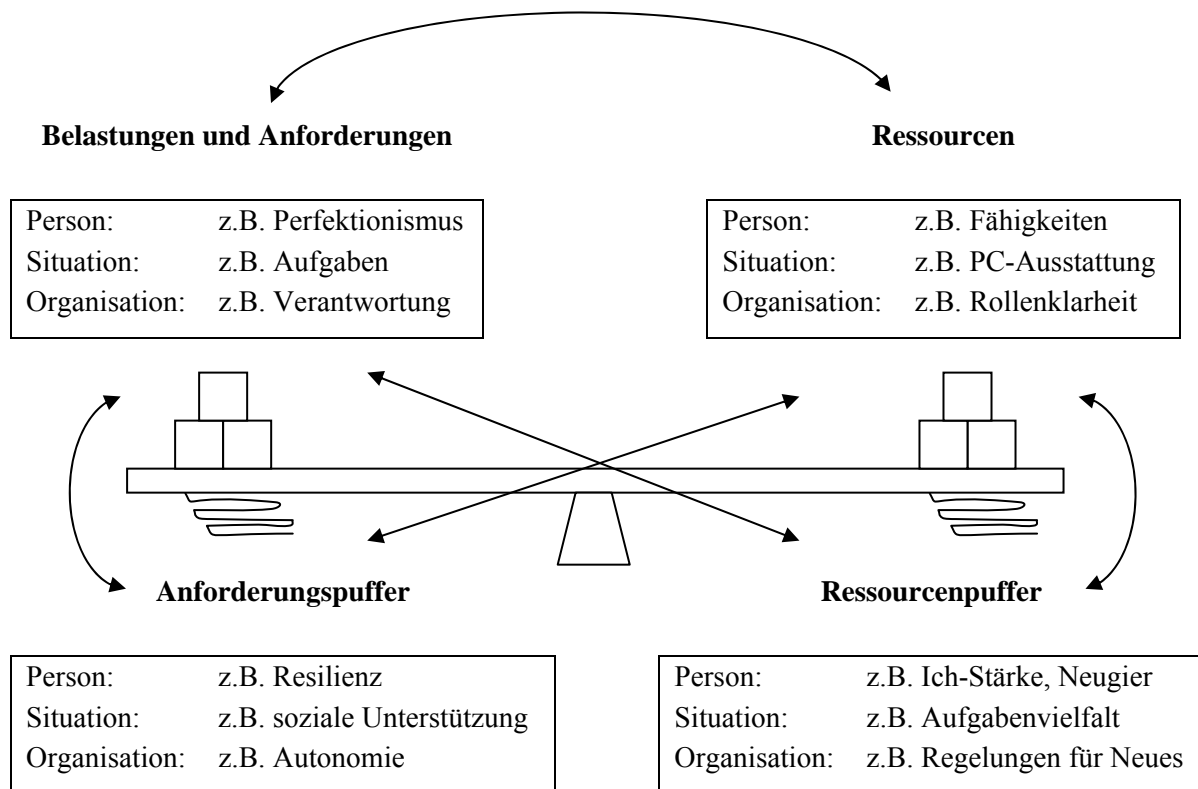


Abbildung 1: Prozess des Wippens als Metapher für die Work-Life-Balance

Kolip erweitert die Diskussion über Ressourcen noch um den Begriff „Schutzfaktoren“, der auch von Antonovsky immer wieder verwendet wird, um einen Puffer beim Auftreten eines Risikofaktors zu beschreiben. (Kolip, 2003)

Becker (1997) spricht von einem Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit bzw. Krankheit. Es sieht vor, dass es einem Individuum mit Hilfe externer und interner Ressourcen gelingt, externe und interne Anforderungen zu bewältigen, um so seine Gesundheit zu bewahren oder zu fördern. Anhand von Mehrebenen-Modellen (Abbildung 2) können verschiedene Arten von Ressourcen unterschieden werden: ökologische, gesellschaftliche, berufliche und private Ressourcen in der Umwelt, aber auch Ressourcen auf Seiten des Individuums wie psychische oder physische Ressourcen. Becker spricht weiter davon, dass psychische Ressourcen bzw. Kompetenzen wie seelische Gesundheit, emotionale Kompetenz, Autonomie und Selbstregulation, aber auch Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeit den Gesundheitszustand positiv beeinflussen.

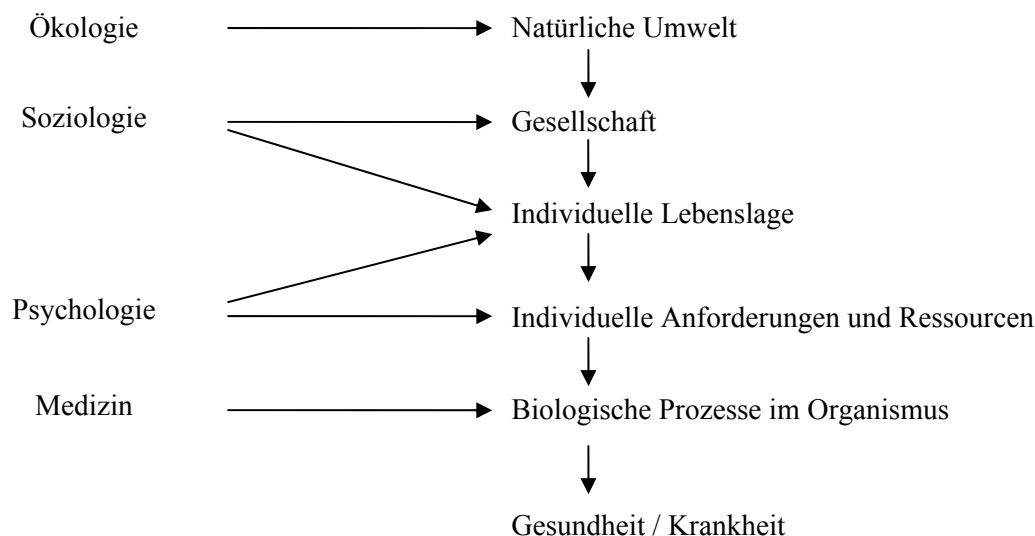


Abbildung 2: Mehrebenen-Modell der Bedingungen von Gesundheit / Krankheit (Becker, 1997)

Anhand dieser Darstellung und Beschreibung ergibt sich die Grundlage für eine weitere Frage in der vorliegenden Arbeit: Kann regelmäßige Arbeit an der eigenen Persönlichkeit zur Stärkung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens, weiters Arbeit an der Selbstwahrnehmung sowie am Selbstmanagement (z.B. Arbeit am Zeitmanagement) die einzelnen Komponenten des Kohärenzempfindens in einem größeren Ausmaß stärken als Fortbildung im „nur“ fachspezifischen, methodischen Bereich. Hierzu wird beleuchtet, ob es Unterschiede in den Ergebnissen zwischen den KollegInnen im Angestelltenverhältnis und den freiberuflich tätigen gibt, da Angestellte oftmals eher fachspezifische Fortbildungen finanziell unterstützt bekommen, freiberuflich Tätige hingegen jene Kurse besuchen, die sie brauchen bzw. für die sie sich interessieren! Möglicherweise ist dies ein zusätzlicher Faktor neben der Persönlichkeit, warum sich KollegInnen „trauen“, den Schritt in die Freiberuflichkeit zu wagen.

1.2. Das Konzept der Salutogenese

„Pathogenese“ heißt, sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten auseinander zu setzen, „Salutogenese“ meint nicht das Gegenteil im Sinne von Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, sondern meint, alle Menschen gleichzeitig als gesund und krank zu betrachten. Das heißt, es stellt sich die Frage, wie ein Mensch mehr gesund und weniger krank wird. (Bengel, 2001)

Mit dieser Frage hat sich Aaron Antonovsky beschäftigt und einen neuen, salutogenetischen Ansatz formuliert. Er schreibt, dass Gesundheit und Krankheit nicht zwei dichotome Begriffe bzw. Zustände sind, sondern dass sich jeder Mensch sein Leben lang an unterschiedlichen Positionen auf dem Kontinuum zwischen diesen beiden Polen befindet. Eine Änderung unseres Wohlbefindens erreichen wir, indem wir uns im Laufe der Zeit auf das gesunde Ende des Kontinuums zu bewegen. Antonovsky fragt in seinem Konzept nicht nach den Ursachen, warum Krankheiten entstehen, wie auftretende Widrigkeiten vermieden und Risikofaktoren ausgeschaltet werden können, sondern legt Wert auf das Finden von Faktoren, die die individuelle Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden fördern und stellt damit seinen salutogenetischen Ansatz dem pathogenetischen als Ergänzung zur Seite.

Seine salutogenetische Fragestellung lautet, wie ein Mensch ein guter Schwimmer im Strom des Lebens wird und bleibt, egal an welcher (gefährlichen) Stelle im Fluss er sich gerade bewegt oder wie verschmutzt das Wasser gerade ist. (Antonovsky, 1997)

Bengel (2001) beschreibt zur Veranschaulichung der salutogenetischen Sichtweise die pathogenetische Herangehensweise für diese Metapher so: Mittels des pathogenetischen Zugangs werden Menschen unter hohem Aufwand aus dem Fluss gerettet, ohne sich darüber Gedanken zu machen, wie der Mensch in diese Situation gekommen ist oder warum er nicht besser schwimmen kann.

Als Antwort im salutogenetischen Ansatz setzte Antonovsky mehrere Konstrukte mit der Entstehung bzw. Erhaltung von Gesundheit in Zusammenhang. Er prägte den Begriff des Kohärenzgefühls für die Beschreibung, wo sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet bzw. ob er sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Darüber hinaus entwickelte er zur Erfassung dieses Kohärenzgefühls ein Messinstrument in Form eines Fragebogens. (Antonovsky, 1997)

1.2.1. Kohärenzgefühl - SOC

Das Kohärenzgefühl ist eine kognitive und affekt-emotionale Grundeinstellung, von dessen Ausprägung es abhängig ist, wie gut Menschen in der Lage sind, Ressourcen zur Erhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen und wie gut der Gesundheitszustand einzelner Personen unter den gleichen äußeren Bedingungen ist. (Bengel, 2001)

Lorenz beschreibt das Kohärenzgefühl als ein Gefühl, in dem die sinnliche Wahrnehmung in Verbindung mit unserem Denken und Fühlen zum Ausdruck kommt, insbesondere die individuelle Thematik der Lebensorientierung. (Lorenz, 2004).

Im Detail versteht Antonovsky unter dem Begriff des Kohärenzgefühls die Fähigkeit von Personen, mit ihrer (Lebens)Situation umzugehen und damit zu Recht zu kommen. Je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Person sich in unterschiedlichen Situationen gut zu Recht finden kann.

Dass Menschen die Welt als zusammenhängend und sinnvoll erleben können, stützt er auf die folgenden drei Komponenten (Antonovsky, 1997):

Gefühl der Verstehbarkeit – sense of comprehensibility: Es beschreibt das Ausmaß, in dem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, nämlich als konsistente, geordnete und klare Informationen. Das heißt, Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit gehen davon aus, dass Erfahrungen, die sie in Zukunft machen werden bzw. Stimuli, denen sie begegnen werden zu einem hohen Grad vorhersehbar sind und wenn sie nicht vorhersehbar sind, so ist jedoch zumindest ihr Eintreten erklärbar und einordenbar. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky also ein kognitives Verarbeitungsmuster.

Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit – sense of manageability: Es beschreibt das Ausmaß, in dem man die zur Verfügung stehenden, geeigneten Ressourcen (persönlichkeitsbezogene, aber auch die aus der Umwelt) wahrnimmt, die man zur Bewältigung der

vorhandenen Anforderungen braucht, die als Konsequenz der vorhandenen Stimuli entstehen. Das heißt, Menschen mit einem hohen Maß an Handhabbarkeit werden durch bedauerliche Ereignisse im Leben, die unvermeidbar sind, sich nicht ungerecht behandelt fühlen, sondern werden mit ihnen umgehen können, nicht endlos trauern, aber auch die für sie notwendige Unterstützung suchen und in Anspruch nehmen. Sie vertrauen auf die generelle Lösbarkeit von Problemen und es gelingt ihnen, immer wieder ihre persönliche Belastungsbalance zu finden. Unter Handhabbarkeit versteht Antonovsky somit ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster.

Gefühl der Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit – sense of meaningfulness: Es beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet – das heißt, dass es Probleme und Fragen aufwirft, die es wert sind, dafür Energie aufzuwenden. Diese Komponente macht eine bestimmte, grundlegende Lebenseinstellung deutlich. Das heißt, Menschen mit einem hohen Maß an Bedeutsamkeit haben Lebensbereiche, die sie für wichtig halten, für die sie sich einsetzen und die den notwendigen Energieaufwand eher als Herausforderung und nicht als Last empfinden. So können sie das Leben auch in schwierigen Phasen als lebenswert betrachten und sind bereit, Schwierigkeiten als Selbstverständlichkeit der menschlichen Existenz anzunehmen. Wichtig ist, dass Partizipation an Entscheidungsprozessen ermöglicht wird, das heißt, Menschen müssen eine an sie gestellte Aufgabe gutheißen, müssen Verantwortung für die Ausführung übernehmen (dürfen) und ihr Tun oder eben Nicht-Tun muss eine Auswirkung auf das Ergebnis haben. Dieser motivationale Aspekt ist der wichtigste, ohne den der Gesamtwert des Kohärenzgefühls keinen hohen Wert ergeben kann.

Verres (1997) versteht unter dem Kohärenzgefühl ein Gespür für das, was „Leib und Seele zusammenhält“, eine ganzheitliche Erfahrung der eigenen Beseeltheit, letztlich eine liebevolle Haltung sich selbst und seiner Umgebung gegenüber.

1.2.2. *Gesundheits- und Krankheitskontinuum*

Die gängige Vorstellung ist, dass mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit zwei Zustände beschrieben werden, die einander ausschließen und dass unter Krankheit das Abweichen von der Norm Gesundheit verstanden wird.

Antonovsky stellt dieser Dichotomie sein Modell des Kontinuums gegenüber, dessen beide Pole völlige Gesundheit und völlige Krankheit nicht erreichbar sind. Für ihn stellt sich somit nicht die Frage, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt jemand von dem einen oder anderen Pol ist.

Diese Position auf dem Kontinuum hängt von den Erfahrungsmustern ab, die der Mensch machen konnte. Welche Muster an Lebenserfahrungen er macht, steht wiederum in Zusammenhang mit der sozialen Klasse, dem Geschlecht und den gesellschaftlichen und historischen Bedingungen, sowie mit anderen Einflussfaktoren wie Glück oder konstitutionelle Prädisposition. (Antonovsky, 1997)

1.2.3. Stressoren und Spannungszustände

Jeder Mensch macht ständig unterschiedliche Lebenserfahrungen - in manchen Situationen hat er Reaktionen parat, in anderen weiß er nicht, wie er reagieren soll. Insofern ist es nicht vorhersagbar, ob ein Reiz als Stressor wirkt oder nicht. Antonovsky (1997) definiert einen Stressor so, dass durch ihn aufgrund fehlender, automatisierter Reaktionen ein physiologischer Spannungszustand (psychophysische Aktivierung) entsteht. Erst wenn dieser Spannungszustand nicht bewältigt werden kann, spricht er von Stress im Sinne von Belastung mit entsprechenden Belastungsfolgen. Das heißt für ihn ist ein Stressor eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist.

Außerdem versteht er das Auftreten von Stressoren als ein allgegenwärtiges Phänomen, sieht sie aber nicht notwendigerweise als pathologisch wirkend - es ist sowohl abhängig vom Stressor als auch von der erfolgreichen Auflösung der ausgelösten Anspannung.

Er unterscheidet drei Formen von Stressoren, die fließend ineinander übergehen:

Chronische Stressoren: Dies sind Lebenssituationen, Bedingungen oder Charakteristika, denen eine Schlüsselfunktion in der Beschreibung des Lebens einer Person zukommt, sie sind generalisiert und langlebig und determinieren primär das SOC-Niveau der Person.

Wichtige Lebensereignisse: Dies sind in Raum und Zeit begrenzte Ereignisse wie z.B. Tod eines Angehörigen, Scheidung oder Familienerweiterung, Karrieresprung oder Pensionierung (Stress-Lebensereignisse bzw. lebensverändernde Einheiten). Nicht das Ereignis selbst tritt hier als entscheidend in den Mittelpunkt, sehr wohl aber die daraus resultierenden Konsequenzen. Das Ereignis und die folgenden Ereignisketten führen zu Anspannung, doch ob dies als schädlich, neutral oder förderlich erlebt wird, hängt vom SOC der betroffenen Person ab.

Akute tägliche Widrigkeiten: Dies sind Ereignisse, die eine Adaptation erfordern, aber keinen Einfluss auf den SOC bzw. den eigenen Gesundheitsstatus haben.

Natürlich treffen auf ein Individuum unterschiedliche Stressoren. Einerseits werden physikalische und biochemische Stressoren angeführt, die direkt auf den Gesundheitszustand einwirken (z.B. Hungersnot, Gifte,...) und sich im besten Fall beseitigen lassen und andererseits gibt es psychosoziale Stressoren, bei denen das Konstrukt des Kohärenzgefühls ansetzt. (Bengel, 2001)

Ob nun die angeführten Stressoren eine positive oder negative Wirkung haben, ist abhängig davon, wie die Person damit umgeht und sie bewertet. Die primäre Bewertung erfolgt, indem der Stimulus im Gehirn als Stressor oder Nicht-Stressor definiert wird. Personen mit einem hohen SOC werden viele Stimuli eher nicht als Stressor definieren, da sie annehmen, dass sie sich auf die Anforderungen einstellen können und bauen somit keine starke Anspannung auf, die in Stress transformiert werden kann.

Die primäre Bewertung-II beurteilt nun den als Stressor wahrgenommenen Stimulus als für das Wohlbefinden bedrohlich, günstig oder irrelevant. So gelingt es Personen mit einem hohen SOC meist in einem zweiten Schritt den Stressor in einen Nicht-Stressor umzuwandeln, was die Anspannung lösen kann. Die primäre Bewertung-III beschreibt das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems, das heißt ein Mensch mit einem hohen SOC wird auf eine bedrohliche Situation mit angepassten und zielgerichteten Emotionen und Gefühlen reagieren, die sich durch Handlungen beeinflussen lassen. (Bengel, 2001)

Antonovsky versteht seinen Ansatz der Salutogenese somit nicht als eine spezielle Coping-Strategie, sondern sieht im Kohärenzgefühl eines Menschen seine Fähigkeit, irgendeine Strategie einzusetzen. Das heißt, eine Person mit einem starken SOC wählt eine bestimmte Bewältigungsmaßnahme aus, die ihr am geeignetsten erscheint, mit dem aufgetretenen Stressor umzugehen. Dieser Umgang mit vorhandener Spannung hat einen Einfluss auf unseren gesundheitlichen Status. (Antonovsky, 1997)

1.2.4. Generalisierte Widerstandsressource vs. generalisiertes Widerstandsdefizit (GRR – GRD: generalized resistance resource / deficit)

Generalisierte Widerstandsressourcen stellen wiederholt Erfahrungen zur Verfügung, wodurch die unzähligen Stimuli erklärt werden können, die uns fortwährend bombardieren. Merkmale für derartige Erfahrungen sind: Vorhandene Konsistenz, eine Balance zwischen Unter- und Überforderung und die Partizipation an der Gestaltung von Ereignissen. Die konsistenten Erfahrungen dienen als Basis für die Komponente Verstehbarkeit, die Belastungsbalance für die Handhabbarkeit und die Partizipation für die Bedeutsamkeit. Mit Partizipation ist hier nicht Kontrolle gemeint, sondern die Übernahme von Verantwortung für die Ausführung und Auswirkungen des Tuns oder Nicht-Tuns auf das Ergebnis. Generalisierte Widerstandsressourcen schaffen einen hohen SOC und sind entscheidend für die Fähigkeit, mit Anspannung umzugehen. Je höher sich eine Person am Kontinuum befindet, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Lebenserfahrungen macht, die einem starken SOC förderlich sind.

Stresshafte Lebenssituationen können ihrerseits natürlich aber eine negative Auswirkung auf den SOC haben, doch können Widerstandsressourcen wie z.B. soziale Unterstützung in diesem Fall als Puffer dienen und haben wiederum einen mildernden Einfluss auf das Entstehen von Krankheiten. (Antonovsky, 1997)

Viele Variable erleichtern die erfolgreiche Spannungsbewältigung und haben Einfluss auf die Verbesserung von Gesundheit. Sie beziehen sich sowohl auf individuelle (z.B. körperliche Fitness, Intelligenz,...) als auch auf soziale und kulturelle Faktoren (z.B. finanzielle Möglichkeiten, soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität,...), sie wirken in allen Situationen und erhöhen als Ressource die Widerstandsfähigkeit einer Person. Im Gegensatz dazu kann der Mangel an der entsprechenden Ressource aber auch die Widerstandsfähigkeit einer Person verringern. (Bengel, 2001)

1.2.5. Das Salutogenesemodell als Regelkreis – das Modell im Überblick

Das Konzept des Kohärenzgefühls stellt den zentralen Faktor für die Erklärung gesunderhaltender oder gesundheitsfördernder Prozesse dar. Es beschreibt eine globale Orientierung, die das Ausmaß

ausdrückt, in dem jemand ein überdauerndes, alles durchdringendes und dennoch dynamisches Gefühl von Zuversicht hat, dass

- Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt strukturiert, vorhersagbar und auch erklärbar sind.
- notwendige Ressourcen verfügbar sind, diesen Anforderungen gerecht zu werden.
- diese Anforderungen Herausforderungen entsprechen, für die sich Engagement und Investition lohnen. (Bengel, 2001)

Abbildung 3 zeigt eine vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese von Antonovsky (Bengel, 2001), die Pfeile bedeuten Folgendes:

- Pfeil A: Lebenserfahrungen formen das Kohärenzgefühl, sie sollten möglichst konsistent sein, die Einflussnahme der Person ermöglichen und weder über- noch unterfordern.
- Pfeil B: Generalisierte Widerstandsressourcen wie z.B. finanzielles Vermögen oder soziale Unterstützung ermöglichen optimale Lebenserfahrungen.
- Pfeil C: Die Widerstandsressourcen sind abhängig vom sozio-kulturellen und historischen Kontext sowie dem vorherrschenden Erziehungsstil, aber auch von persönlichen Einstellungen und zufälligen Ereignissen.
- Pfeil D: Je stärker das Kohärenzgefühl entwickelt ist, umso besser können auch die vorhandenen Widerstandsressourcen mobilisiert werden. Diese Rückbezüglichkeit kann natürlich auch in negativem Sinne wirken, indem aufgrund geringer Widerstandsressourcen das Kohärenzgefühl nur gering entwickelt werden kann, wodurch wiederum die vorhandenen Widerstandsressourcen schlecht genutzt werden können.
- Pfeil E: Stressoren wirken auf den Organismus ein und erzeugen aufgrund von fehlender automatischer Reaktion einen Spannungszustand.
- Pfeil F und G: Die mobilisierten generalisierten Widerstandsressourcen ihrerseits beeinflussen den Umgang der Person mit den Stressoren und dem entstandenen Spannungszustand.
- Pfeil H: Ist die Spannungsbewältigung erfolgreich, so stärkt es wieder rückbezüglich das Kohärenzgefühl.
- Pfeil I: Durch die erfolgreiche Bewältigung des Spannungszustandes kann die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und somit der Gesundheitszustand erhalten bleiben.
- Pfeil J: Konnte der Spannungszustand nicht erfolgreich bewältigt werden, so entsteht ein Stresszustand, der in Wechselwirkung mit pathogenen Einflüssen und Vulnerabilität steht und sich dadurch negativ auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und somit auf den Gesundheitszustand auswirkt.

Pfeil K: Eine günstige Position auf dem Kontinuum ermöglicht umso leichter den Erwerb neuer Widerstandsressourcen.

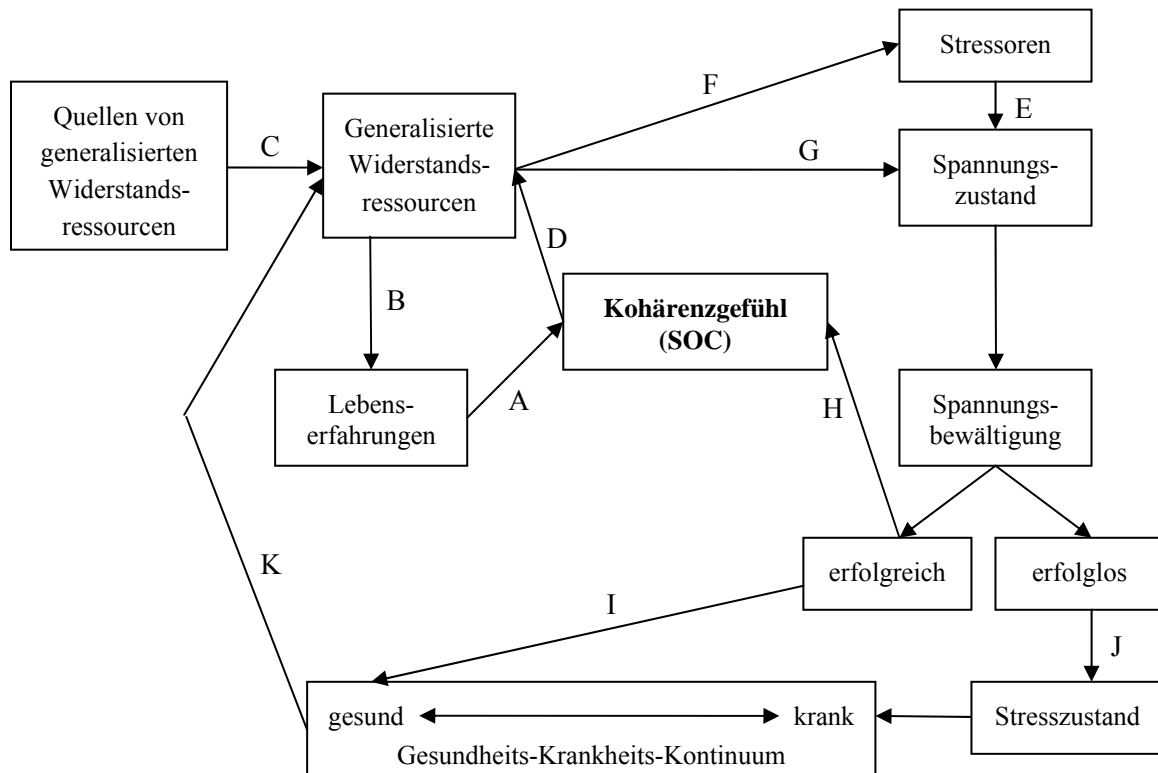


Abbildung 3: Darstellung des Salutogenese-Modells (Bengel, 2001)

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass es nur wenige Untersuchungen über LogopädInnen im Arbeitsprozess gibt und keine zum Kohärenzempfinden bei LogopädInnen. Es liegen jedoch einige Studien zu diesem Thema bei anderen Berufs-, Bevölkerungs- oder Altersgruppen vor, so dass Vergleiche zu den Ergebnissen aus diesen Studien angestellt werden können. Deshalb wurde für die vorliegende Arbeit das Thema „Kohärenzempfinden bei LogopädInnen“ gewählt. Es soll vor allem ein eingehender Vergleich mit den Daten von PhysiotherapeutInnen erbracht werden, da diese Berufsgruppe derselben gesetzlichen Grundlage (MTD-Gesetz, Berufsgesetz der gehobenen medizinisch technischen Dienste) unterliegt wie LogopädInnen und so ein ähnlicher Arbeits-hintergrund angenommen werden kann. Auch die Arbeitsfelder an sich, sowie das therapeutische Setting sind miteinander vergleichbar.

Die Masterthesisarbeit von Alexandra Binder (2005) „Kohärenzempfinden diplomierter PhysiotherapeutInnen in der Steiermark“ am Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau hat ergeben, dass rein freiberuflich tätige KollegInnen einen signifikant höheren SOC-Wert aufweisen als ihre angestellten KollegInnen.

Aufgrund des ähnlichen Berufsumfeldes stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse auch bei LogopädInnen erzielt werden. Untersucht wird, ob es Unterschiede zwischen freiberuflich tätigen und angestellten KollegInnen gibt, aber auch ob sich die Werte hinsichtlich des Arbeitsausmaßes pro Woche unterscheiden. Denn klar ist, dass jede TherapeutIn vielen unterschiedlichen Anforderungen (Lebensbedingungen, Lebensereignisse, berufliche und private Situation,...) gewachsen sein muss und ob dies gelingt, hängt von vielen Mechanismen ab.

1.3. Fragestellung

Im Rahmen der Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie hoch das Kohärenzempfinden bei LogopädInnen in Österreich ist und ob sich der Wert zu KollegInnen einer vergleichbaren Berufsgruppe (PhysiotherapeutInnen in der Steiermark) unterscheidet. Darüber hinaus wird untersucht, ob es Unterschiede in der Höhe der SOC-Werte bezogen auf das Arbeitsverhältnis gibt (angestellt vs. freiberuflich) und ob diese Unterschiede einen Zusammenhang mit den erfassten Daten hinsichtlich Arbeitspensum pro Woche, Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung oder Art der Fortbildungstätigkeit aufweisen.

1.4. Arbeitshypothese

Die aus den Forschungsfragen folgende Arbeitshypothese lautet, dass der SOC-Wert von LogopädInnen höher als in der Bevölkerung liegt, dass er vergleichbar mit den SOC-Werten von PhysiotherapeutInnen ist und dass es Unterschiede zwischen den SOC-Werten von KollegInnen gibt, die angestellt sind oder privat arbeiten.

Aus der Masterarbeit „Kohärenzempfinden bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark“ von Alexandra Binder (2005) geht hervor, dass freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen ein signifikant höheres Kohärenzempfinden im Vergleich zu ihren angestellten KollegInnen haben. Für die vorliegende Arbeit ergibt sich somit dieselbe Arbeitshypothese: es gibt Unterschiede in der Ausprägung des Kohärenzempfindens zwischen freiberuflich tätigen und angestellten LogopädInnen. Zusätzlich wird davon die Arbeitshypothese abgeleitet, dass ein höherer SOC-Wert positiv mit einem relativ geringen (beruflichen) Arbeitspensum pro Woche, den Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung und der Anzahl an Fortbildungen im Bereich der Persönlichkeit korreliert.

2. METHODIK

2.1. *Hintergrund und Fragestellung*

Diese Forschungsarbeit untersucht, wie hoch das Kohärenzempfinden von LogopädInnen in Österreich ist. Zusätzlich werden Zusammenhänge zwischen den SOC-Werten und der Art der Berufsausübung sowie der vorrangigen Fortbildungstätigkeit in den letzten 5 Jahren erfasst.

2.2. *Untersuchungsdesign*

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsuntersuchung an LogopädInnen in Österreich, eine Kontrollgruppe von „Nicht-LogopädInnen“ wird dabei nicht erfasst.

Im November 2006 wurden die Mitglieder des Berufsverband logopädieaustria per e-Mail über den Berufsverband gebeten, an der Studie teilzunehmen und die Informationen an KollegInnen weiter zu geben, die diese Mail nicht erhalten haben. Mit der Mail wurde ein Link zu einem Online-Fragebogen verschickt, von wo aus die Daten elektronisch retourniert wurden, so dass die TeilnehmerInnen nicht identifiziert werden konnten. Nach ca. 3 Wochen wurde erneut eine Erinnerungsmail über den Berufsverband verschickt.

Neben dem standardisierten Fragebogen wurden noch einige zusätzliche Fragen zu Freizeit und Freizeitgestaltung sowie zur beruflichen Ausrichtung gestellt.

Abgefragt wurde, ob die Versuchspersonen wöchentlich Zeit zur Ressourcenaktivierung in Anspruch nehmen und was sie in dieser Zeit vorrangig tun.

Weitere Fragen bezogen sich auf das Vorhandensein von psychischen und physischen Belastungen.

Zur klaren Darstellung der Ergebnisse wurden Alter, Familienstand und Anzahl der Kinder erhoben, vor dem Hintergrund, dass eventuell auch die soziale Umgebung als positive Ressource zur Bewältigung der Anforderungen im beruflichen Alltag dient. Die Beschreibung des beruflichen Umfeldes umfasste Fragen zur Art der Berufsausübung im Sinne von angestellter oder selbstständiger Arbeit, ob die Arbeit im Team oder alleine stattfindet und nach der Anzahl der Urlaubswochen, der Wochenarbeitszeit und der Berufserfahrung, sowie nach der Möglichkeit von Supervision und der Arbeitsaufteilung nach Schwerpunkten.

Die letzte Frage lieferte Daten hinsichtlich des Fortbildungsmaßes in den Bereichen „fachspezifisch“, „Persönlichkeit“ und „Management“ innerhalb der letzten fünf Jahre.

2.3. *Erhebungsinstrumente*

Der Online-Fragebogen bestand aus 2 Teilen.

Der erste Teil war ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls nach Aaron Antonovsky aus dem Jahr 1987. Dieser „Fragebogen zur Lebensorientierung“ besteht aus 29 Items, wovon sich 11 Items auf die Sub-Skala Verstehbarkeit (SOC-V) beziehen, 10 auf die Sub-Skala Handhabbarkeit (SOC-H) und 8 auf die Sub-Skala Bedeutsamkeit (SOC-B). Jeder Frage liegt eine 7-stufige Antwortskala zugrunde, deren Pole sich in Abhängigkeit von der Fragestellung unterscheiden.

Der zweite Teil erfasste demografische Daten wie Geschlecht, Alter, Familienstand und Kinder, aber auch Daten zur beruflichen Situation wie Art, Ort und Beginn der Berufsausübung, Arbeits-, Erholungs- und Urlaubszeiten und Daten zur beruflichen Orientierung wie z.B. Art der behandelten Störungsbilder bzw. Art der Fort- und Weiterbildung. Es wurde erhoben, in welchen Bereichen die Fort- und Weiterbildung schwerpunktmäßig stattgefunden hat und wie viel Zeit (in Stunden) dafür aufgewendet wurde. Zur Wahl standen Fortbildung im fachspezifischen Bereich wie z.B. eine spezifische Fortbildung bzgl. Stotterertherapie oder Fortbildungen im allgemeinen / persönlichen Bereich wie z.B. Gesprächsführung, Supervision oder Ähnliches zur Wahl.

2.4. Studienkollektiv

759 LogopädInnen - Mitglieder des Berufsverbandes logopädieaustria - erhielten den Fragebogen mit der Bitte, ihn auch an andere weiter zu geben, 90 von ihnen haben den Fragebogen elektronisch retourniert, davon waren 86 Frauen und 4 Männer. Welchem Prozentsatz der Berufsgruppe dies entspricht ist nicht errechenbar, da es derzeit noch keine Daten darüber gibt, wie viele LogopädInnen in Österreich leben bzw. tätig sind.

Die Versuchspersonen waren im Schnitt 36 Jahre alt, die Range lag zwischen 23 und 52 Jahren. Die Angaben zum Familienstand ergaben, dass 81,11% verheiratet sind bzw. in fester Partnerschaft leben, 13,3% ledig, 5,56% geschieden sind oder getrennt leben und 0% verwitwet sind.

2.5. Datenauswertung

Die Ergebnisse aus den Fragebögen wurden mittels statistischer Verfahren erzielt (Korrelations- und Varianzanalyse sowie t-Tests zur Ermittlung der Mittelwertsunterschiede).

Die Daten wurden mit einer 5%igen Irrtumswahrscheinlichkeit berechnet, d.h. dass das Signifikanz-Niveau bei einem p-Wert von $p < 0,05$ als signifikant und bei einem $p > 0,01$ als hoch signifikant gilt und interpretiert wird.

Die statistische Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit Mag. Harald Lothaller.

3. ERGEBNISSE

3.1. Darstellung der Mittelwerte zu den einzelnen Fragen aus dem Fragebogen zur Lebensorientierung

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

2,28

habe nie dieses Gefühl

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 habe immer das Gefühl

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

5,42

keinesfalls erledigt werden

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?

4,89

sie sind ihnen völlig fremd

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?

1,89

äußerst selten oder nie

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 sehr oft

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

4,09

das ist nie passiert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	----------	---	---	---

 das kommt immer wieder vor

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

3,62

das ist nie passiert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	----------	---	---	---

 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist

1,67

ausgesprochen interessant

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

6,28

überhaupt keine klaren Ziele

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	----------	---

 sehr klare Ziele und einen Zweck
oder einen Zweck

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

5,52

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	----------	---

 sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

3,86

voller Veränderungen, ohne

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	----------	---	---	---

 ganz beständig und klar
dass Sie wussten, was als
nächstes passiert

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

2,40

völlig faszinierend sein

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?

5,27

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	----------	---	---

 sehr selten oder nie

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

2,08

man kann für schmerzliche

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 es gibt keine Lösung für
Dinge im Leben immer eine

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 schmerzliche Dinge im Leben
Lösung finden

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

1,94

fühlen, wie schön es ist zu

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 sich fragen, warum Sie
leben

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 überhaupt da sind

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

4,51

immer verwirrend und

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	----------	---	---

 immer völlig klar
schwierig

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

2,32

tiefer Freude und Zufriedenheit

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

3,90

voller Veränderungen sein,

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	----------	---	---	---

 ganz beständig und klar sein
ohne dass Sie wissen, was als
nächstes passiert

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

4,91

sich daran zu verzeihen

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muss damit leben“ und weiter zu machen

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

4,86

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 selten oder nie

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

1,94

werden Sie sich sicher auch

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 weiterhin gut fühlen wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

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

4,56

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

6,31

ohne jeden Sinn und Zweck

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sein wird voller Sinn und Zweck sein wird

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

1,37

Sie sind sich dessen ganz

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sicher Sie zweifeln daran

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

5,03

sehr oft

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?

5,28

nie

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr oft

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

5,10

über- oder unterschätzten

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 richtig einschätzten

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

2,32

es Ihnen immer gelingen wird,

1	2	3	4	5	6	7
---	----------	---	---	---	---	---

 Sie die Schwierigkeiten nicht
die Schwierigkeiten zu werden meistern können
meistern

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

5,83

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	----------	---

 sehr selten oder nie

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

5,43

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	----------	---	---

 sehr selten oder nie

3.2. *Darstellung der SOC-Komponenten innerhalb der Versuchsgruppe*

Im T-Test zeigt sich, dass die Mittelwerte der einzelnen SOC-Komponenten Verstehbarkeit (SOC-V), Bedeutsamkeit (SOC-B) und Handhabbarkeit (SOC-H) sich hoch signifikant von einander unterscheiden (Tabelle 1).

	t	df	Sig. (2-seitig)
SOC-V – SOC-H	-13,498	89	,000
SOC-V – SOC-B	-19,907	89	,000
SOC-H – SOC-B	-9,160	89	,000

Tabelle 1: Unterschiede zwischen den einzelnen SOC-Komponenten untereinander

Der Mittelwert der Komponente Bedeutsamkeit ist höher als der Mittelwert der Komponente Handhabbarkeit. Die Komponente Verstehbarkeit weist in der Berechnung den geringsten Mittelwert auf (Tabelle 2).

	Mittelwert	Standardabweichung	N
SOC-B	6,025	,626	90
SOC-H	5,523	,676	90
SOC-V	4,690	,669	90

Tabelle 2: Mittelwerte der einzelnen SOC-Komponenten

Zusätzlich zu den Unterschieden kann ein signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen den Komponenten dargestellt werden, d.h. je größer der Wert einer Komponente ist, umso höher ist auch der Wert der anderen (Tabelle 3). Der stärkste Zusammenhang zeigt sich zwischen der Komponente Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

	N	Korrelation	Signifikanz
SOC-H & SOC-B	90	,684	,000
SOC-V & SOC-H	90	,622	,000
SOC-V & SOC-B	90	,520	,000

Tabelle 3: Korrelation der einzelnen SOC-Komponenten untereinander

Als Summenwerte erreichen die einzelnen Komponenten folgende Werte: SOC-B liegt bei 48,2, SOC-H bei 55,23 und SOC-V bei 51,6. Der errechnete SOC-Gesamtwert der LogopädInnen liegt bei 156,98 (Abbildung 4).

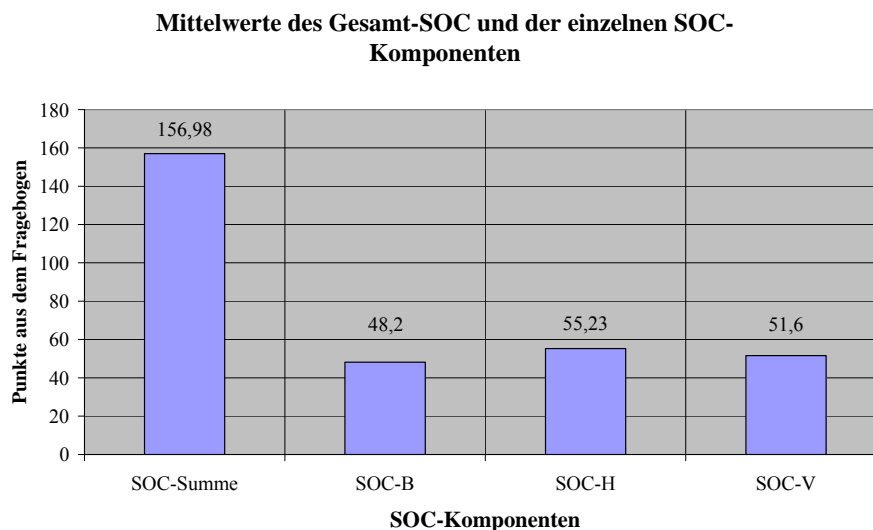


Abbildung 4: Darstellung der Mittelwerte des Gesamt-SOC und der einzelnen Komponenten

3.3. SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Versuchsgruppen

Wie bereits dargestellt weist die Gruppe der LogopädInnen einen mittleren SOC-Gesamtwert von 156,98 auf. Im Vergleich mit 13 anderen Stichproben ergeben sich sowohl bei den einzelnen Komponenten des SOC (SOC-V: $F_{13;1239}=13,144$; $p<,000$; SOC-H: $F_{13;1239}=17,580$; $p<,000$, SOC-B: $F_{13;1239}=25,023$; $p<,000$) wie auch im Gesamtwert ($F_{13;1239}=22,012$; $p<,000$) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Im Folgenden werden die Stichproben gereiht nach Höhe des SOC-Gesamtwertes dargestellt (Abbildung 5). Die Mittelwerte der LogopädInnen im Post-Test nach Tukey sind signifikant höher als die der Jugendlichen in betreutem Wohnen, der TeilnehmerInnen eines Lehrgangs zum Gesundheitstrainer, der österreichischen LehrerInnen, der Arbeitslosen sowie der Medizinstudierenden. Zu allen anderen Gruppen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Die Daten entstammen den Untersuchungen, die jeweils im Rahmen der Thesarbeiten am Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau erhoben wurden: Tranninger, D. (Kohärenzempfinden bei Jugendlichen im Jugendwohlfahrts betreutem Wohnen, 2005), Steixner, M. (Kohärenzempfinden und seine Aussagekraft bei TeilnehmerInnen der Aus- und Weiterbildung zum Ernährungstrainer bzw. Gesundheitstrainer an der Vitalakademie, 2005), Hutter, (Kohärenzempfinden bei Medizin-

studierende), Pochmann, A. (Kohärenzempfinden bei langzeitarbeitslosen und langzeitbeschäftigungslosen Personen im Bezirk Lilienthal / Niederösterreich, 2005), Niederdorfer, M. (Kohärenzempfinden bei Lehrpersonen schweizerischer Kindergärten und Schulen, 2005), Müller-Breitenbach, E. (Kohärenzempfinden bei BewerberInnen zur Ausbildung zur ErgotherapeutIn, 2007), Binder, A. (Kohärenzempfinden bei Diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, 2005), Falkenberg, B. (Kohärenzempfinden bei LehrerInnen aus Mitgliedsschulen des österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernde Schulen“, 2005), Siber, G. (Kohärenzempfinden bei ÄrztInnen der Allgemeinmedizin in der Steiermark, 2005), Binder, H. (Kohärenzempfinden bei PsychotherapeutInnen in der Steiermark, 2005).

SOC-Gesamtwert bei unterschiedlichen Versuchsgruppen

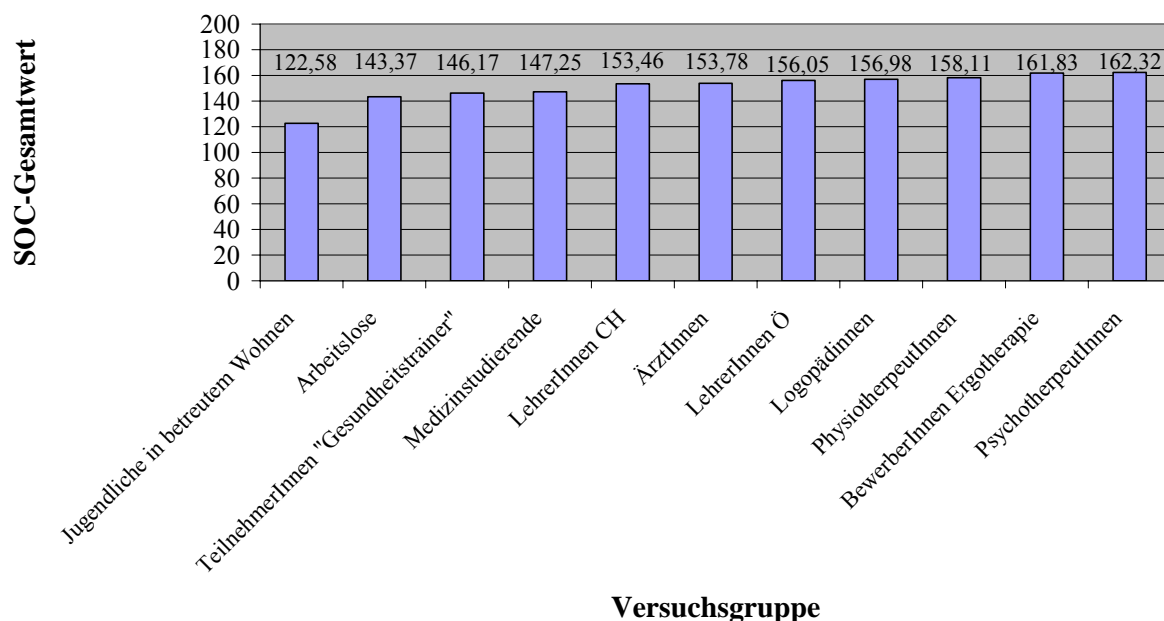


Abbildung 5: SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Versuchsgruppen

3.4. SOC-Gesamtwerte im Vergleich nach weiteren erhobenen statistischen Parametern

3.4.1. Darstellung der Geschlechterverteilung innerhalb der Versuchsgruppe

Die Stichprobe umfasste 90 TeilnehmerInnen, 86 Frauen und 4 Männer (Abbildung 6), davon waren 12 KollegInnen ledig, 73 verheiratet oder in fester Partnerschaft lebend und 5 geschieden. Ein Vergleich der SOC-Mittelwerte ist aufgrund der unterschiedlich großen Vergleichsgruppen nicht sinnvoll.

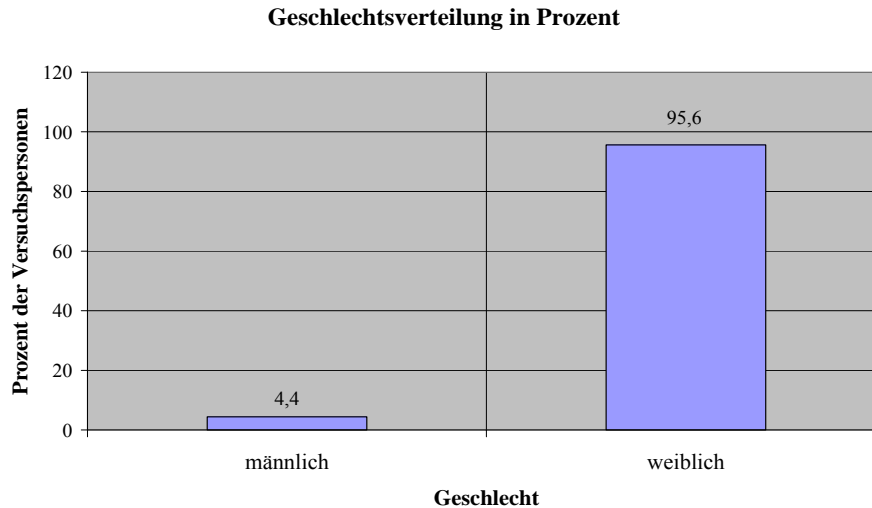


Abbildung 6: Darstellung der Geschlechterverteilung innerhalb der Versuchsgruppe

3.4.2. Darstellung der Ergebnisse nach dem Alter

Die Altersverteilung erstreckte sich von 23 bis 52 Jahre, das durchschnittliche Alter lag bei 36 Jahren. Eine Teilung in drei in etwa gleich große Vergleichsgruppen ergab sich bei den Altersgrenzen 31 und 41 Jahre, d.h. ca. 32 Personen der Versuchspersonen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 31 Jahre und jünger (dies entspricht ca. 36% der Versuchspersonen, Gruppe 1), in der Gruppe 2 zwischen 31 und 41 Jahren waren 30 Personen, was ca. 33% der Versuchsgruppe ausmacht und wiederum in etwa ein Drittel der Versuchsgruppe (ca. 31%, 28 Personen, Gruppe 3) war älter als 41 Jahre (Abbildung 7).

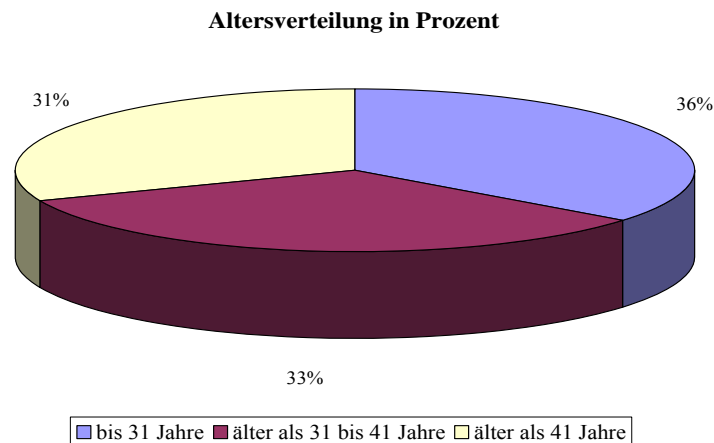


Abbildung 7: Darstellung der Altersverteilung innerhalb der Versuchsgruppe

Der durchschnittliche SOC-Gesamtwert liegt in Gruppe 1 bei 155,28, in Gruppe 2 bei 158,32 und in Gruppe 3 bei 157,48. Der Vergleich dieser drei Gruppen bezogen auf den Gesamt-SOC und die einzelnen Komponenten ergibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. (SOC-gesamt: $F_{2,87}=,281$; $p=,756$; SOC-V: $F_{2,87}=,175$; $p=,850$; SOC-H: $F_{2,87}=1,045$; $p=,356$; SOC-B: $F_{2,87}=,227$; $p=,798$).

3.4.3. Darstellung der Ergebnisse nach Art der Berufsausübung

Auf die Frage zur Art der Berufsausübung gaben 7 Frauen an, in Karenz zu sein, 4 von ihnen waren zusätzlich selbstständig tätig. Von den 83 nicht karenzierten KollegInnen gaben 27 an, nur angestellt und 28 nur selbstständig zu sein, die übrigen 28 arbeiteten sowohl angestellt als auch freiberuflich (Abbildung 8). Für die weiteren Berechnungen werden die 4 selbstständig tätigen Kolleginnen in Karenz zu den Selbstständigen gerechnet.

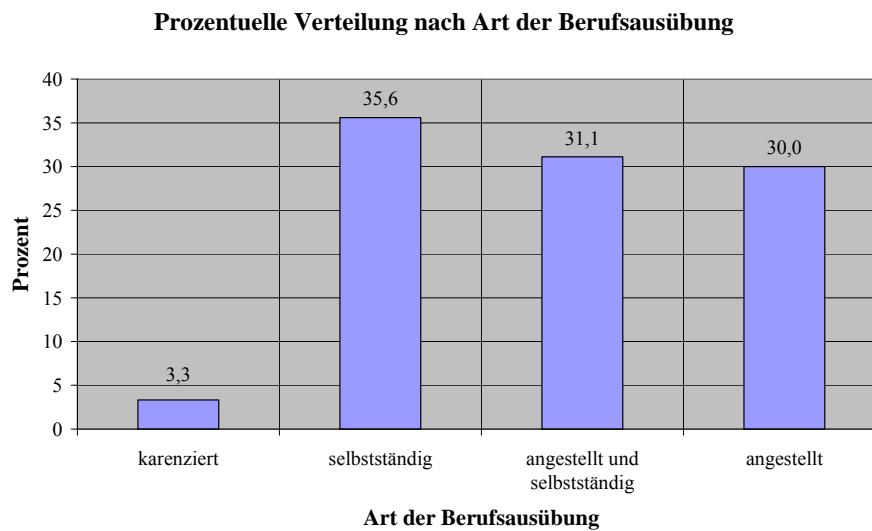


Abbildung 8: Darstellung der Versuchsgruppe nach Art der Berufsausübung

Die durchschnittlichen SOC-Gesamtwerte liegen bei den karenzierten Kolleginnen bei 169,14, bei den selbstständigen bei 159,72, bei angestellten und selbstständigen bei 154,55 und bei den nur angestellten LogopädInnen bei 154,9. Die Varianzanalyse ergibt keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Mittelwerte des Gesamt-SOC zwischen den einzelnen Vertretern der dargestellten Gruppen nach Art der Berufsausübung ($F_{3;86}=1,208$; $p=,312$). Bei der Berechnung wurde die Gruppe der ausschließlich karenzierten KollegInnen nicht mit einbezogen, da die Gruppengröße für einen Vergleich zu klein war.

3.4.4. Darstellung der Ergebnisse nach der Wochenarbeitszeit in Stunden

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der nur angestellten LogopädInnen lag bei ca. 34 Stunden, in der Gruppe der ausschließlich selbstständigen KollegInnen betrug der Wert ca. 26 Stunden und bei den KollegInnen, die sowohl angestellt als auch selbstständig sind, wurde ein Durchschnitt von etwa 27 Stunden die Woche errechnet. KollegInnen, die angaben in Karenz zu sein, arbeiteten etwas mehr als 6 Stunden in der Woche als Logopädin (Abbildung 9).

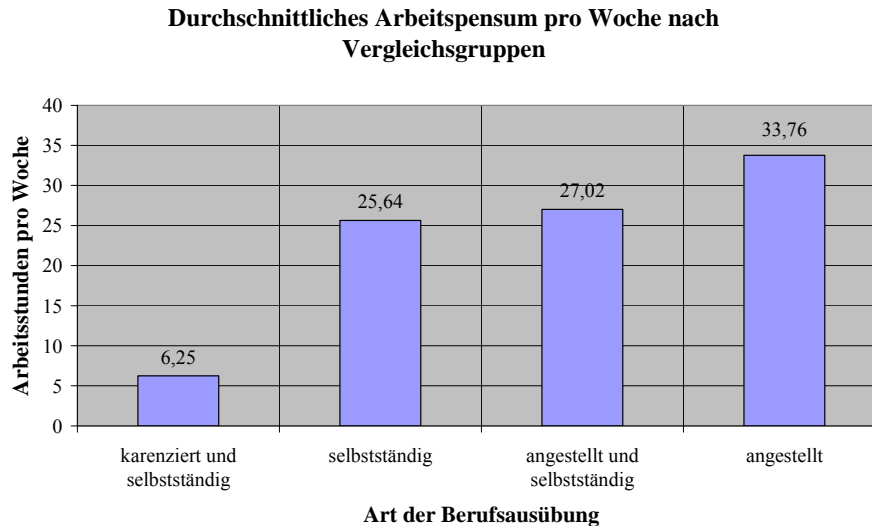


Abbildung 9: Darstellung des durchschnittlichen Arbeitspensums innerhalb der Vergleichsgruppen

Im Folgenden (Abbildung 10) werden die Gesamtarbeitszeiten pro Woche der einzelnen Versuchspersonen gegenübergestellt und in drei ca. gleich große Gruppen geteilt. Diese ergeben sich für ein wöchentliches Arbeitspensum von bis zu 25,9 Stunden (Gruppe 1), zwischen 26 und 39 Stunden (Gruppe 2) und für mehr als 39 Stunden (Gruppe 3). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit aller Versuchspersonen liegt bei 29,37 Stunden.

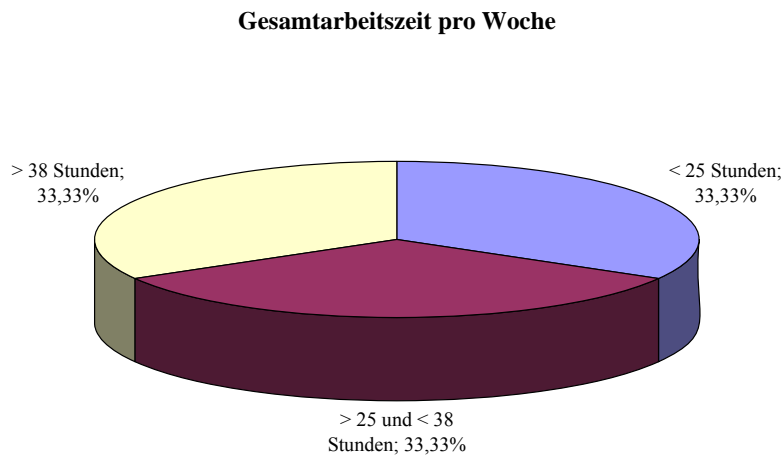


Abbildung 10: Prozentuelle Verteilung der Wochenarbeitszeit innerhalb der Versuchsgruppe

Die durchschnittlichen SOC-Gesamtwerte liegen in Gruppe 1 bei 154,96, in Gruppe 2 bei 158,98 und in Gruppe 3 157. Die Varianzanalyse ergibt auch hier keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Mittelwerte des Gesamt-SOC zwischen diesen drei Gruppen ($F_{2,87}=,447$, $p=,641$).

3.4.5. Darstellung der Ergebnisse nach Arbeitsinhalten

Das folgende Diagramm (Abbildung 11) gibt Aufschluss darüber, wie viele der Versuchspersonen die unterschiedlichen Arbeitsinhalte (organisatorische, administrative, lehrende, leitende, berufspolitische oder therapeutische Aufgaben) in ihrer beruflichen Tätigkeit erfüllen.

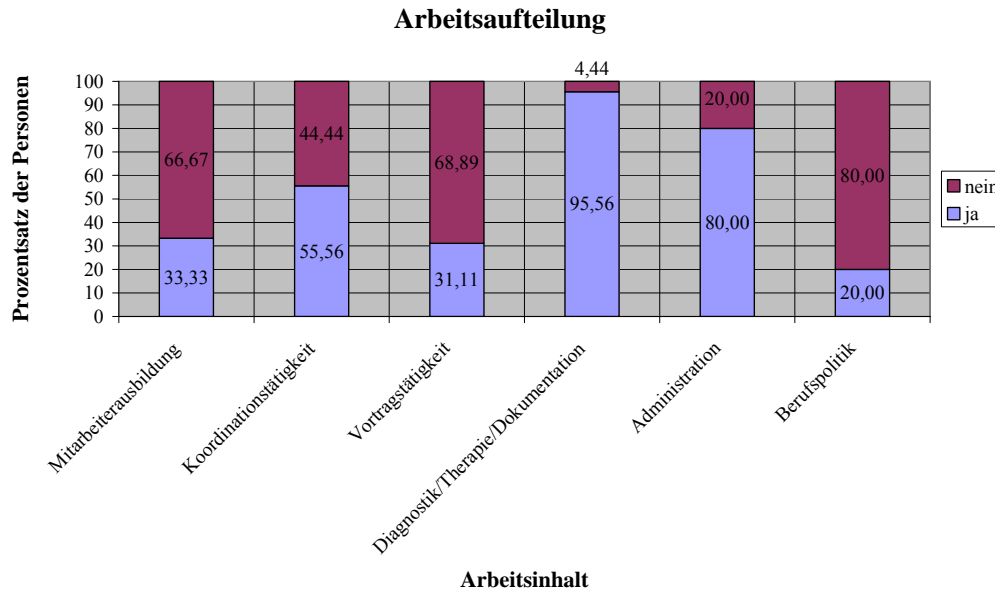


Abbildung 11: Prozentuelle Aufteilung nach Arbeitsinhalten innerhalb der Versuchsgruppe

Der durchschnittliche Anteil der einzelnen Arbeitsinhalte im Berufsalltag verteilt sich wie folgt (Abbildung 12):

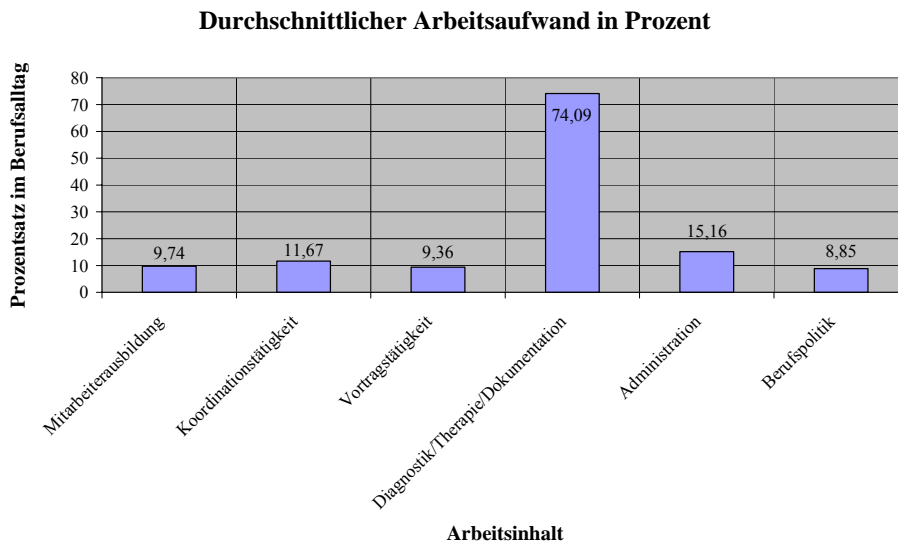


Abbildung 12: Darstellung des prozentuellen Arbeitsaufwands je nach Arbeitsinhalt

3.4.6. Darstellung der Ergebnisse nach der Berufserfahrung

Die Angaben hinsichtlich der Berufserfahrung streuten zwischen null und 30 Jahren, wobei der durchschnittliche Wert bei ca. 12 Jahren liegt. Drei in etwa gleich große Vergleichsgruppen ergeben sich, wenn die Grenzen bei 7 und 16 Jahren Berufserfahrung gezogen werden (Abbildung 13). Die Gruppe 1 hat somit am wenigsten Berufserfahrung und die Gruppe 3 am meisten.

Prozentuelle Verteilung nach Jahren der Berufserfahrung

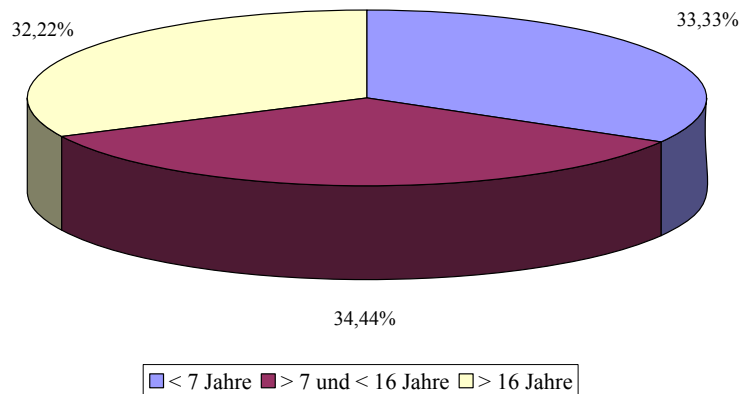


Abbildung 13: Prozentuelle Verteilung nach Jahren der Berufsausübung

Die durchschnittlichen SOC-Gesamtwerte liegen in Gruppe 1 bei 154,43, in Gruppe 2 bei 156,47 und in Gruppe 3 bei 160,16, wobei in der Varianzanalyse kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen dargestellt werden konnte ($F_{2;87}=,920$; $p=,402$).

3.4.7. Darstellung der Ergebnisse nach Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung

Von den 90 TeilnehmerInnen gaben 79 KollegInnen an, sich regelmäßig für Ressourcenaktivierung Zeit nehmen zu können (Abbildung 14).

Verteilung der Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung

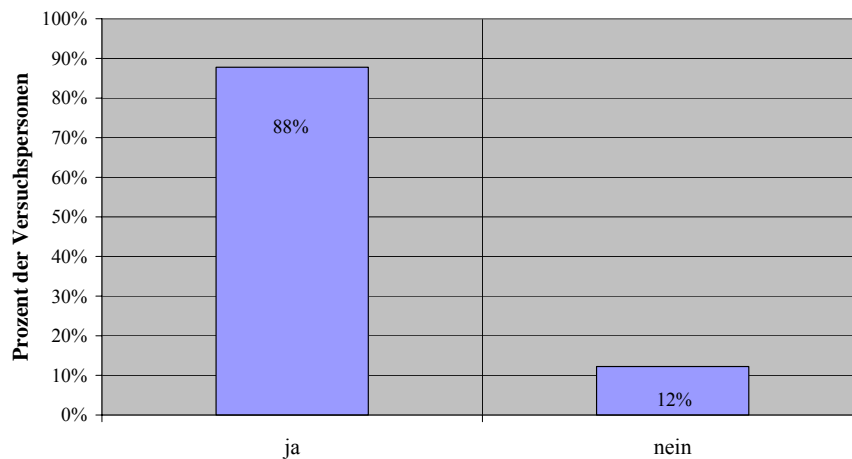


Abbildung 14: Verteilung der Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung

Der durchschnittliche SOC-Gesamtwert der LogopädInnen, die Zeit zur Ressourcenaktivierung für sich in Anspruch nehmen liegt bei 156,8, der Wert der anderen liegt bei 158,26. Der Vergleich dieser zwei Gruppen im t-Test ergibt keinen signifikanten Unterschied ($t=,276$; $df=88$; $p=,783$).

Die durchschnittlichen Angaben zur wöchentlichen Ressourcenaktivierung ergeben einen Wert von 14,75 Stunden, die angegebenen Stunden lagen zwischen null und 110 Stunden. Um in etwa gleich große Vergleichsgruppen zu erhalten, wurde die Gruppe durch Grenzen bei 7 und 14 Stunden geteilt (Abbildung 15). Die Versuchspersonen in Gruppe 1 können am wenigsten Stunden wöchentlich in Anspruch nehmen und die Versuchspersonen der Gruppe 3 am meisten.

Prozentuelle Verteilung der Stunden zur Ressourcenaktivierung

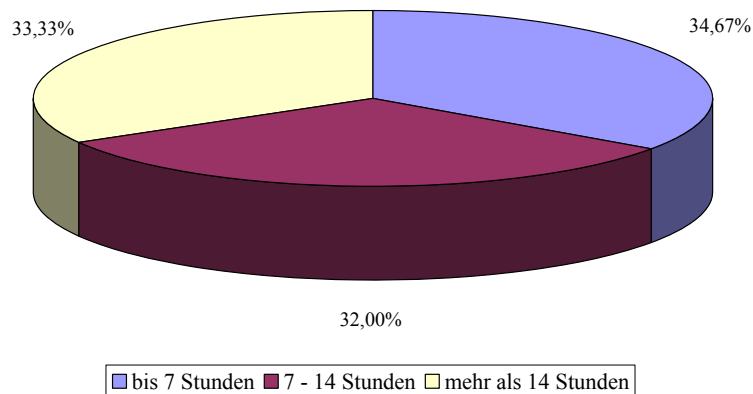


Abbildung 15: Prozentuelle Verteilung der Zeit für Ressourcennutzung innerhalb der Versuchsgruppen

Der durchschnittliche SOC-Gesamtwert der Gruppe 1 liegt bei 155,66, der Gruppe 2 bei 158,13 und der Gruppe 3 bei 155,4. Der Vergleich der Gruppen untereinander ergibt keinen signifikanten Unterschied ($F_{2;72}=,184$; $p=,832$).

Die Angaben zu den unterschiedlichen Möglichkeiten der Ressourcennutzung der einzelnen Versuchspersonen in absteigender Reihenfolge ergeben die folgende Darstellung, wobei bei Nutzungshäufigkeit „0“ für „nie“, „1“ für „selten“, „2“ für „gelegentlich“, „3“ für „oft“ und „4“ für „immer“ steht (Abbildung 16).

Durchschnittliche Ressourcennutzung

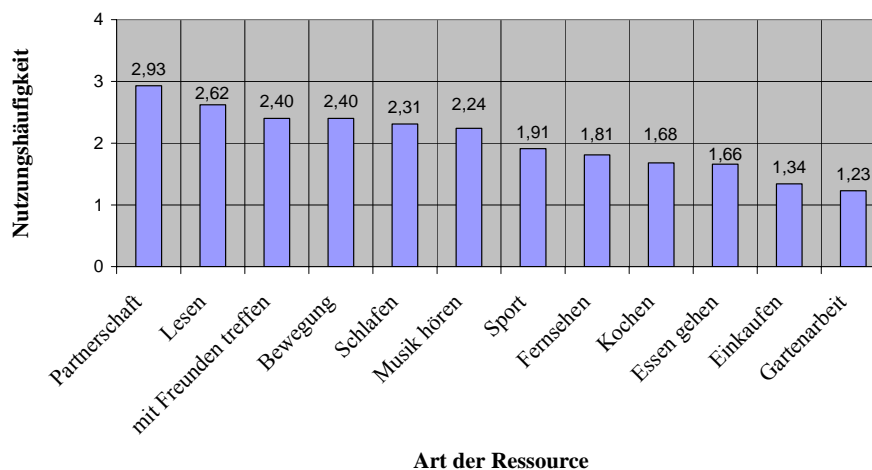


Abbildung 16: Darstellung der durchschnittlichen Ressourcennutzung nach Nutzungshäufigkeit

3.4.8. Darstellung der Ergebnisse nach Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Supervision

56 der 90 Versuchspersonen gaben an, regelmäßig Supervision in Anspruch zu nehmen, die Streuung Abbildung 17 ist hier zwischen einmal jährlich bis einmal wöchentlich, wie in ersichtlich. ihr SOC-Gesamtwert liegt bei 159,15. Der SOC-Wert der KollegInnen, die nicht in Supervision waren, liegt bei 153,40. Ein signifikanter Unterschied in der Höhe der SOC-Werte kann bei diesen beiden Gruppen nicht dargestellt werden ($F_{88}=,039$; $p=,845$).

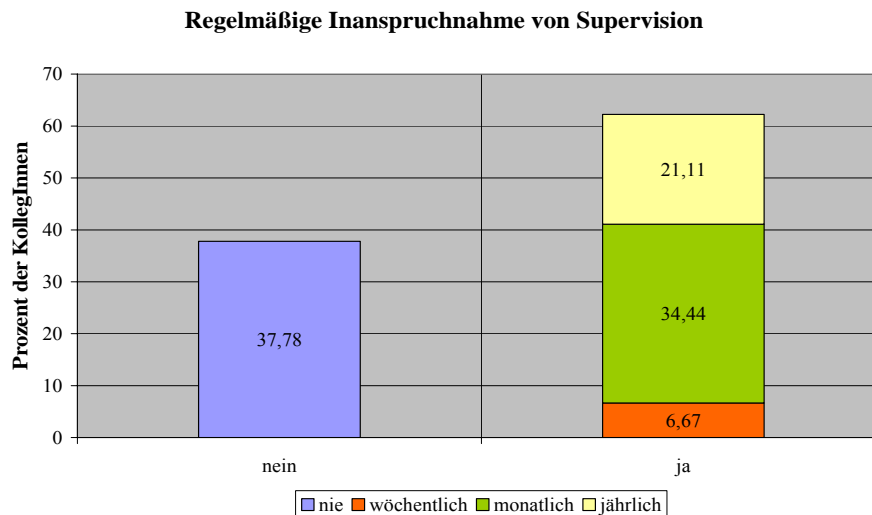


Abbildung 17: Regelmäßige Inanspruchnahme von Supervision

3.4.9. Darstellung der Ergebnisse nach Arbeit im Team

Von den 90 Versuchspersonen gaben 61 an, in einem Team zu arbeiten, davon waren 2 Personen in Karenz, 24 angestellt tätig, 11 selbstständig und 24 sowohl angestellt als auch selbstständig. Die restlichen 29 Personen (1 karnziert, 21 selbstständig, 4 angestellt und selbstständig, 3 angestellt) arbeiten nicht in einem Team. Die prozentuelle Verteilung innerhalb dieser beiden Gruppen ist in Abbildung 18 ersichtlich. Das größte Team wurde mit 75 Personen beschrieben, die mittlere Größe der Teams liegt bei 8 Personen, der Medianwert bei 6 Personen.

Ein Vergleich der SOC-Mittelwerte derjenigen, die in einem Team arbeiteten (Gesamt-SOC = 157,22) mit denen, die alleine arbeiteten (Gesamt-SOC = 156,48), ergibt keinen signifikanten Unterschied ($F_{88}=3,885$; $p=,052$).

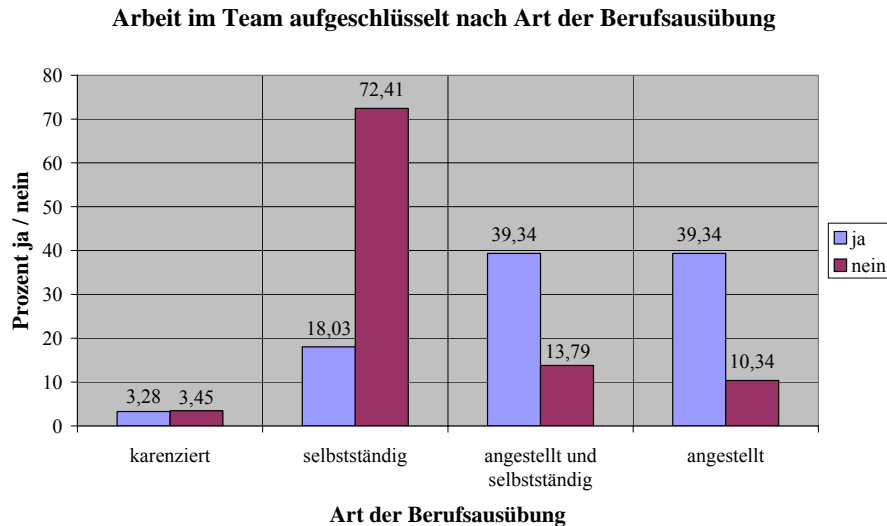


Abbildung 18: Prozentuelle Verteilung von Arbeit im Team nach Art der Berufsausübung

3.4.10. Darstellung der Ergebnisse nach Anzahl der Urlaubswochen

Angestellte und KollegInnen, die sowohl angestellt als auch selbstständig arbeiteten, hatten durchschnittlich ca. 6 Wochen Urlaub im Jahr, die selbstständigen LogopädInnen gaben eine durchschnittliche Anzahl von 8 Wochen jährlich an (Abbildung 19).

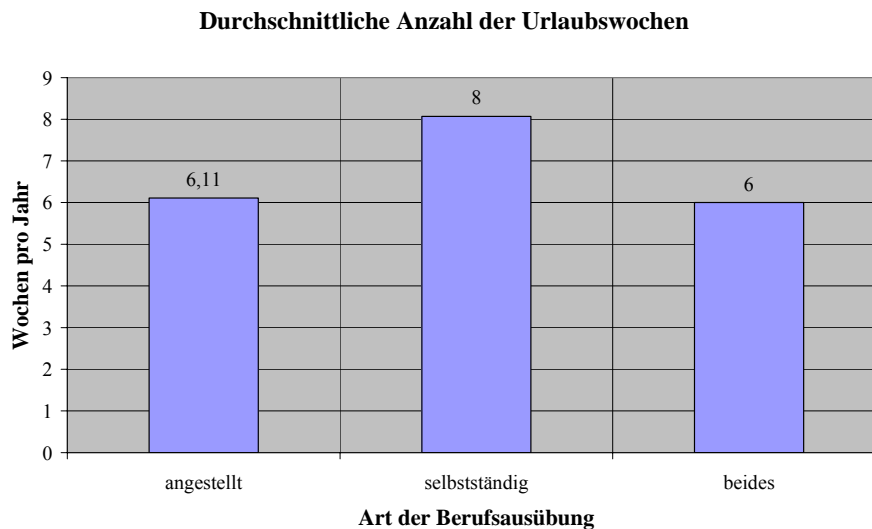


Abbildung 19: Darstellung der durchschnittlichen Urlaubswochen pro Jahr nach Art der Berufsausübung

Der Mittelwertvergleich zeigt, dass bei einem Konfidenzintervall von 95% ein signifikanter Unterschied in der Menge an Urlaubswochen zwischen den Gruppen vorliegt ($F_{3;84}=4,134$; $p=,009$). Der Unterschied liegt darin, dass selbstständige LogopädInnen signifikant mehr Urlaubswochen pro Jahr konsumieren als nur angestellte ($F_{3;84}=4,134$; $p=,034$) oder KollegInnen, die sowohl selbstständig als auch angestellt sind ($F_{3;84}=4,134$; $p=,021$).

3.4.11. Darstellung der Ergebnisse nach Art der Belastung

Die Angaben hinsichtlich der Belastung bei der beruflichen Tätigkeit werden in der folgenden Darstellung (Abbildung 20) kumuliert nach der Häufigkeit gezeigt und beschreiben sowohl die psychische als auch die physische Belastung. Die Korrelationsberechnung der Variablen psychische und physische Belastung ergeben einen hochsignifikanten, positiven Zusammenhang zwischen den Belastungen, d.h. je stärker die eine Belastung angegeben wird, umso höher ist auch die andere Belastung ($r=,415$; $p<,01$).

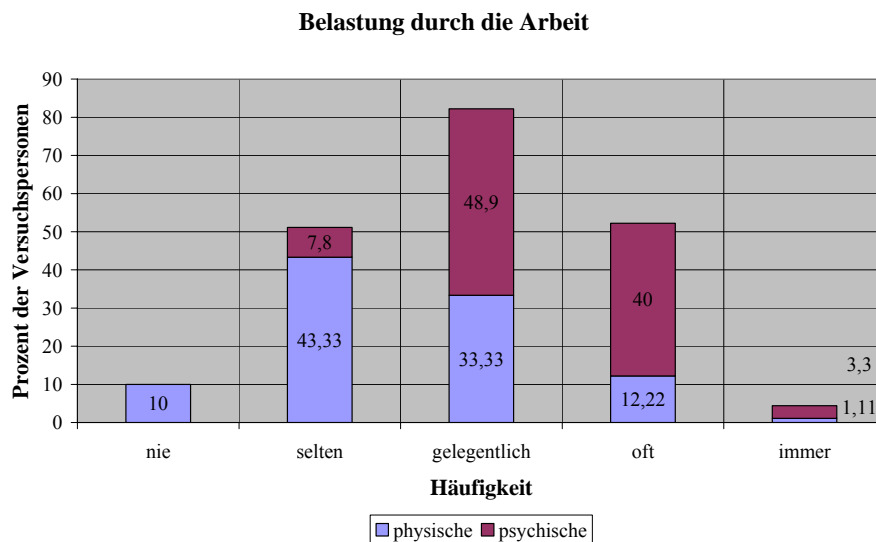


Abbildung 20: Darstellung der psychischen und physischen Belastung durch die berufliche Tätigkeit

3.4.12. Darstellung der Ergebnisse nach Art der Fortbildung

Aus der Erhebung wird deutlich, dass innerhalb der letzten fünf Jahre fast alle LogopädInnen sich fortgebildet haben. Knapp 97% der Versuchspersonen nahmen rein fachspezifische Fortbildungen in Anspruch, 60% machten Seminare im Bereich der Persönlichkeitsbildung und 14,4 % gaben an, sich im Bereich „Management“ erweitertes Wissen angeeignet zu haben (Abbildung 21).

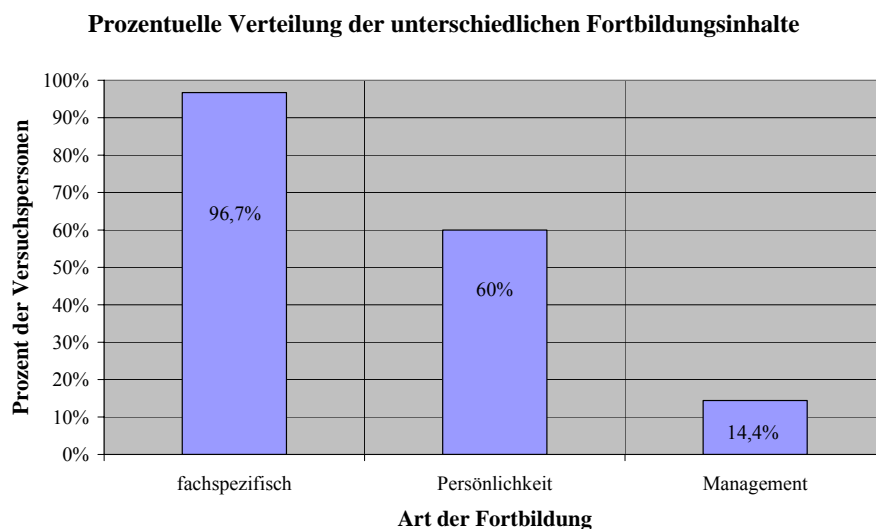


Abbildung 21: Prozentuelle Verteilung der unterschiedlichen Fortbildungsinhalte

Die durchschnittliche Stundenanzahl bezogen auf die unterschiedlichen Fortbildungsinhalte zeigen, dass die KollegInnen, die sich im Bereich Management fortgebildet haben wesentlich mehr Stunden dafür aufgewendet haben als KollegInnen, die fachspezifische oder persönlichkeitsbildende Fortbildungen besucht haben (Abbildung 22).

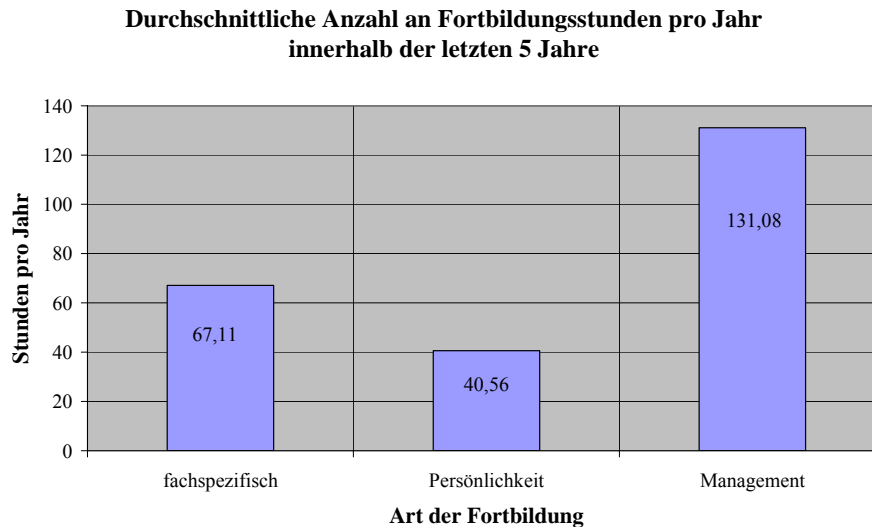


Abbildung 22: Durchschnittliche Anzahl an Fortbildungsstunden pro Jahr innerhalb der letzten 5 Jahre aufgeschlüsselt nach Inhalten

Um Vergleichsgruppen zur Berechnung des mittleren Gesamt-SOC zu erhalten, wurde die Versuchsgruppe in 3 Teile geteilt, wobei die Gruppe 1 keine Fortbildungen im persönlichkeitsbildenden Bereich machte und die beiden anderen Gruppen haben sich in unterschiedlichem Ausmaß in diesem Bereich fortgebildet. Annähernd vergleichbare Gruppen ergaben sich hier bei ca. 20 Stunden Fortbildung innerhalb der letzten fünf Jahre. Die Gruppe 2 besuchte weniger als 20 Fortbildungsstunden im Bereich Persönlichkeit, die Gruppe 3 mehr als 20 Stunden (Abbildung 23).

Verteilung der Fortbildungsstunden im Bereich Persönlichkeit

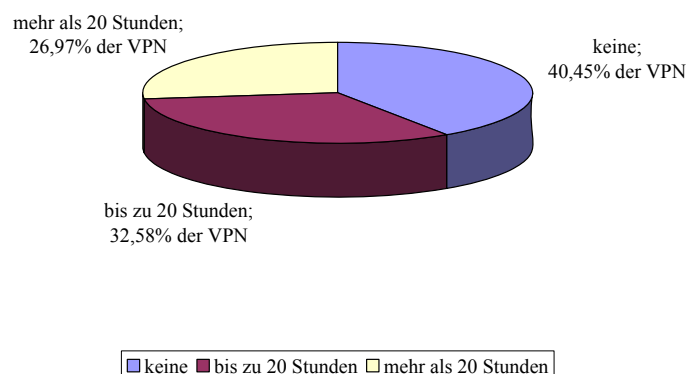


Abbildung 23: Prozentuelle Verteilung der Fortbildungsstunden im Bereich „Persönlichkeit“

Die Mittelwerte des SOC-Gesamt dieser 3 Vergleichsgruppen ergeben zwar mit Zunahme der Fortbildungsstunden einen höheren Mittelwert (154,99; 156,84 und 162,05), doch konnte in keinem Subtest mit entsprechender Wahrscheinlichkeit die Überzufälligkeit ausgeschlossen werden ($F_{2,86}=1,508$; $p=,227$). Dasselbe gilt für die einzelnen SOC-Komponenten (SOC-V: $F_{2,86}=,400$; $p=,672$; SOC-H: $F_{2,86}=3,102$; $p=,050$; SOC-B: $F_{2,86}=,665$; $p=,517$).

4. DISKUSSION

4.1. Schlussfolgerungen

4.1.1. Kohärenzempfinden innerhalb der Berufsgruppe der LogopädInnen

Das Ziel der Arbeit war es, die Ausprägung des Kohärenzempfindens (SOC, Sense of Coherence) von LogopädInnen in Österreich zu erfassen und mit den Werten anderer Berufsgruppen in Beziehung zu setzen. Der Mittelwert des Gesamt-SOC bei LogopädInnen in Österreich liegt bei 156,98 und ist somit ähnlich den Werten anderer im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (Tabelle 4).

Beschäftigte des Gesundheitswesens in verschiedenen Ländern	SOC-Gesamtscore
Beschäftigte des Gesundheitswesens in nordischen Ländern (Antonovsky, 1997)	146,10
Beschäftigte des Gesundheitswesens in Kanada (Antonovsky, 1997)	148,63
Beschäftigte des Gesundheitswesens in Israel (Antonovsky, 1997)	151,42
Praktische ÄrztInnen in der Steiermark, Österreich (Siber, 2005)	153,78
LogopädInnen in Österreich	156,98
PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich (A. Binder, 2005)	158,11
PsychotherapeutInnen in der Steiermark, Österreich (H.P. Binder, 2005)	162,32

Tabelle 4: Darstellung der SOC-Werte bei unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Die aus der Forschungsfrage abgeleitete Arbeitshypothese, dass der SOC-Wert von LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen aufgrund der ähnlichen Arbeitsbedingungen und desselben rechtlichen Hintergrundes der therapeutischen Berufe vergleichbar ist, hat sich bestätigt. Der Mittelwert der LogopädInnen ist signifikant höher als z.B. der Wert von TeilnehmerInnen eines Lehrgangs zum „Gesundheitstrainer“, und ist ähnlich hoch dem Wert von PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, d.h. es besteht kein signifikanter Unterschied in der Höhe der Werte.

Antonovsky (1997) schreibt in Bezug auf das Kohärenzgefühl bei Erwachsenen im Arbeitsprozess, dass die Bedeutsamkeit gesteigert wird, wenn die eigene Arbeit als sozial gut bewertet angesehen wird. D.h. wenn das Unternehmen in dem die Person arbeitet bzw. der Beruf, den sie ausübt gesellschaftlich hoch angesehen ist, dann steigert dies die Bedeutung für jede einzelne. Ebenso positiv wirkt sich aus, wenn die eigene Arbeit (innerhalb des Unternehmens) eine gute soziale Bewertung erfährt (Macht, Lohn, Prestige) und dies den Kriterien der Fairness entspricht.

Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass die SOC-Mittelwerte der LogopädInnen etwas geringer sind als die der PhysiotherapeutInnen. Physiotherapie ist im Vergleich zu Logopädie aufgrund der längeren Tradition und der höheren medialen Präsenz (z.B. Unfälle von Spitzensportlern) in der Bevölkerung bekannter und hat somit eine klare Position bezogen auf das Prestige. Die Logopädie muss weiterhin noch Aufklärung bzgl. der Therapieinhalte und der Standortbestimmung betreiben, um sich im Dschungel der Gesundheitsberufe abzugrenzen und zu behaupten.

Die SOC-Komponenten innerhalb der Versuchsgruppe zeigen untereinander einen signifikanten, positiven Zusammenhang, d.h. je größer der Wert einer Komponente ist, umso höher ist auch der Wert der anderen. Der stärkste Zusammenhang zeigt sich zwischen den Komponenten Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

Dies entspricht auch eindeutig den Ergebnissen, die Antonovsky im Rahmen seiner Studien gefunden hat. Er weist allerdings deutlich darauf hin, dass ein erfolgreiches Coping nicht von den einzelnen Komponenten, sondern vom gesamten SOC abhängig ist. (Antonovsky, 1997)

Gedanken zur Berufswahl „TherapeutIn“ und Kohärenzgefühl

Für die Arbeit als TherapeutIn sind alle drei Komponenten des Kohärenzgefühls wichtig und ausschlaggebend. Sie muss – bezogen auf den Aspekt der Verstehbarkeit – Art und Ausmaß eines anstehenden Problems erkennen, klar definieren und die Stimuli im Gefüge so strukturieren und ordnen, dass in der Arbeit mit einer PatientIn Verständnis für das Entstehen der Situation erreicht werden kann. So kann das Problem kognitiv bearbeitet werden und einem Stimulus die Willkür und Zufälligkeit entzogen werden. Lorenz (2004) schreibt, dass erst nach dem Erfassen der Lebenssituation und der damit verbundenen Stressoren eine entsprechende Bewältigung stattfinden kann.

Der Aspekt der Handhabbarkeit spielt insofern eine wichtige Rolle, als Therapie an sich eine externe Ressourcenquelle darstellt, die von PatientInnen als solche erkannt werden muss, um sie in Anspruch nehmen zu können. Dies wird nur unter der Voraussetzung möglich, dass die PatientIn durch das therapeutische Angebot eine Beeinflussung ihrer Situation erwartet. Wer selbst nicht auf die Hilfsmöglichkeiten des Umfeldes vertraut, wird nicht davon ausgehen, dass therapiebedürftige Menschen „fremde“ Hilfe in Anspruch nehmen und wird somit als Konsequenz auch nicht einen therapeutischen Beruf anstreben und ergreifen.

Der Aspekt der Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit kommt vor allem insofern zum Tragen, als es das Ziel einer therapeutischen Maßnahme ist, Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen zu verändern, um die Lebensqualität zu verbessern und das Wohlbefinden zu steigern. Wer aber die Arbeit mit Menschen oder das Helfen als Last empfindet und in der Veränderung keine Bedeutung erkennt, der wird auch in einem therapeutischen Beruf keinen Sinn sehen oder finden.

Diese Überlegungen führen zum Schluss, dass ein hoher SOC einem erfüllten Therapeuten-Leben zuträglich ist und dass eher Menschen mit der entsprechenden Lebenseinstellung einen therapeutischen Beruf wählen und ihn dauerhaft ausüben.

4.1.2. Kohärenzempfinden und Art der Berufsausübung

Die Daten zur Bildung der Vergleichsgruppen wurden mittels eines demografischen Datenblattes zusätzlich zum Fragebogen zur Lebensorientierung erfasst und unter Wahrung der Anonymität statistisch ausgewertet.

Analog zur Arbeit von Binder (A. Binder, 2005) wurde erwartet, dass es Unterschiede gibt zwischen den SOC-Werten von KollegInnen, die angestellt sind und bei denen die privat arbeiten. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es bei angestellten und freiberuflich tätigen LogopädInnen keinen signifikanten Unterschied in der Ausprägung der SOC-Werte gibt.

Aus Sicht der Autorin kommt es möglicherweise aufgrund unterschiedlicher Wochenarbeitszeit der angestellten und freiberuflich tätigen KollegInnen zu den signifikanten Unterschieden bei Physio-

therapeutInnen im Rahmen der Aufschlüsselung nach Art der Berufsausübung. Binder erfasste als ein hohes Arbeitsmaß bei angestellten KollegInnen eine Wochenarbeitszeit von über 38 Stunden, bei freiberuflich tätigen eine Wochenarbeitszeit von mehr als 30 Stunden. (Binder, 2005)

In der vorliegenden Arbeit wurde in der weiteren Auswertung nicht nach Art der Berufsausübung und zusätzlich nach der Höhe der Wochenarbeitszeit berechnet, sondern es wurden die Daten aller Versuchspersonen zusammengefasst und nach Wochenstunden aufgeschlüsselt, was allerdings auch zu keinem signifikanten Ergebnis führte.

4.1.3. Kohärenzempfinden und weitere Aspekte im Rahmen der Auswertungen

Ein Einfluss von Alter oder Berufserfahrung auf die Ausprägung des SOC konnte in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht nachgewiesen werden, eine Auswertung im Geschlechtervergleich erschien aufgrund der unterschiedlich großen Vergleichsgruppen nicht sinnvoll (86 Frauen, 4 Männer).

Da Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern ein dynamischer Prozess, der ständig entsteht, ist Gesundheit auch beeinflussbar. Beeinflussbar wird sie durch die persönliche Einstellung, das persönliche Engagement aber auch durch den Handlungsspielraum, der uns in unserem Umfeld gewährt wird (beruflich wie privat). Dies sind nur wenige Aspekte, die keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, die allerdings bei der Bildung der Vergleichsgruppen in dieser Erhebung berücksichtigt wurden.

Daraus ergibt sich die Überlegung, dass Einfluss auf die Persönlichkeit auch Auswirkungen auf den SOC haben könnten. Die Hypothese hierzu beinhaltet, dass ein höherer SOC-Wert positiv mit einem relativ geringen (beruflichen) Arbeitspensum pro Woche, den Möglichkeiten zur Ressourcenaktivierung, nach Arbeit im Team, mit in Anspruchnahme von Supervision und Fortbildungen im Bereich der Persönlichkeit korreliert. Anhand der Auswertungen kann keine Behauptung signifikant bestätigt werden.

Es ist ein Anliegen dieses Beitrags aufzuzeigen, welche Persönlichkeitsmerkmale und welche Lebensphilosophie positiv mit Gesundheit zusammenhängen, und was der Bewältigung des täglichen Lebens eventuell zuträglich sein kann, um im Sinne der Gesundheitsförderung in weiterer Zukunft Hilfestellungen anbieten zu können.

Ein weiteres Ergebnis zeigt, dass freiberuflich tätige KollegInnen signifikant mehr Urlaubswochen in Anspruch nehmen als angestellte KollegInnen und somit mehr Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung haben. Eine Auswirkung auf den SOC-Mittelwert kann allerdings wie bereits oben erwähnt nicht gezeigt werden.

Die Auswertung ergibt auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen physischer und psychischer Belastung, wobei die KollegInnen sich häufiger psychisch belastet fühlen, eine Auswirkung auf den SOC-Mittelwert kann aber nicht nachgewiesen werden. Relevant erscheint dieses Ergebnis im Kontext der Prävention von Burn-Out. Ein Prozentsatz von 48% gibt an, gelegentlich und 40% oft unter psychischem Druck im beruflichen Umfeld zu stehen. Dies ist deutlich mehr als noch in einer Studie aus dem Jahre 2004/2005 beschrieben wurde. Damals zeigte sich, dass insgesamt ca. 40% der befragten angestellten und nur 26% der freiberuflich tätigen KollegInnen ihre Arbeit als psychisch

belastend empfanden. Jeweils mehr als die Hälfte der KollegInnen (sowohl angestellte als auch freiberuflich tätige) gaben an, sich physisch belastet zu fühlen. (ÖBIG, 2005)

Eine Möglichkeit, mit den Belastungen besser umzugehen, wird durch Fortbildungen in unterschiedlichen Bereichen erreicht. Einerseits sinkt die Wahrscheinlichkeit aufgrund von geringem Fachwissen unter Druck zu kommen, und andererseits kann die Arbeit an der eigenen Persönlichkeit helfen, sich z.B. besser zu positionieren und auch abzugrenzen. Somit dient Fortbildung ganz generell als eine Ressource zur Bewältigung des Arbeitsalltags.

Mit 97% der Versuchspersonen gibt ein doch sehr hoher Prozentsatz an, regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen teilzunehmen, ca. 60% haben auch persönlichkeitsbildende Maßnahmen in Anspruch genommen. Die Vergleiche hinsichtlich der SOC-Werte zeigen allerdings keine signifikanten Unterschiede, doch ist ein Anstieg der Mittelwerte mit der Zunahme an den Stunden persönlichkeitsbildender Fortbildungen ersichtlich.

4.2. Bedeutung für die Logopädie - Krankheit bewältigen heißt Gesundheit aktivieren

Hat nun die salutogenetische Sichtweise Konsequenzen für die logopädische Therapie?

Wenn salutogenes Denken in die Therapie einfließt, müssen sich TherapeutIn und PatientIn über das genaue Ziel klar sein. Das Ziel ist dabei nicht, eine Störung zu beseitigen, sondern Gesundheit aufzubauen. Die PatientIn ist somit gefordert, nicht mehr bloß leidvoll zu sein und aus ihrem Zustand herauszuwollen, sondern wird motiviert aktiv über Alternativen nachzudenken. Letztlich erscheint es auch motivierender, sich auf ein positives Ziel hinzubewegen, als sich von einem negativen entfernen zu müssen. (Franke, 1994)

Lehofer drängt darauf, dass die TherapeutIn ihre Rolle als BegleiterIn ernst nehmen muss, d.h. sie soll helfen, ohne übernehmen zu wollen. Die TherapeutIn muss die PatientIn unterstützen, es ihr ermöglichen, eine für sie förderliche Haltung einzunehmen, und dabei selbst als Helferin nicht wichtig werden. Die PatientIn gewinnt so an Kompetenz und lernt zu differenzieren, was für sie hilfreich und was schädlich ist. (Lehofer, 2002)

In weiterer Folge wird der Frage nachgegangen, ob der Fragebogen zur Lebensorientierung auch in der logopädischen Therapie eingesetzt werden kann, um so für die Behandlung eine Erweiterung zu erfahren.

Der erfasste Mittelwert könnte als Entscheidungshilfe dienen, ob es sinnvoll oder notwendig ist, zusätzlich zur logopädischen Therapie auch noch weitere psychotherapeutische Interventionen einzuleiten. Man könnte davon ausgehen, dass Menschen mit einem hohen SOC eher in der Lage sind, das Problem zu identifizieren, es als Herausforderung zu empfinden und aus dem eigenen Repertoire von Ressourcen die geeigneten herauszufinden und angemessen zu reagieren, d.h. auch in der logopädischen Therapie offener und zugänglicher für die Therapiemaßnahmen zu sein als Menschen (letztlich PatientInnen) mit einem niedrigen SOC.

Da derzeit keine Normwerte vorliegen, bei welchem SOC-Gesamtwert es sich um einen niedrigen oder um einen hohen handelt, ist es schwierig, eindeutige Angaben zu machen, welche PatientInnen zusätzliche Unterstützung benötigen. Dennoch könnte der Wert einen Anhaltspunkt geben, indem der Prozentsatz des Gesamtwertes errechnet werden könnte.

Jork (2003) spricht in einem Fallbeispiel davon, dass der Prozentsatz von 87% seiner Patientin gut mit den anamnestisch interpretierten Fähigkeiten und gesunderhaltenden Ressourcen korreliert. Franke (1997) zeigt in einer Auflistung, dass die niedrigsten SOC-Gesamtwerte (zwischen 120 und 123) von PatientInnen in psychosomatischen (Reha-)Kliniken erzielt wurden. Dies entspricht einem Prozentsatz von in etwa 60%.

Daraus könnte sich eine Orientierungshilfe ergeben, in dem man Menschen mit eher niedrigem SOC zwischen 60 % und 70% des Gesamtwertes, Menschen mit eher durchschnittlichem SOC zwischen 70% und 80% und Menschen mit einem hohen SOC ab einem Prozentwert von 80% einstuft.

Antonovsky selbst gibt auch keine eindeutigen Hinweise auf Normen, weist aber darauf hin, dass der SOC im Erwachsenenalter modifizierbar ist, auch wenn die Veränderungen oft nur temporär oder geringfügig sind. Das Ziel ist dabei nicht eine Veränderung der Lebenssituation der Menschen zu erreichen, sondern in erster Linie eine Veränderung ihrer Interpretation der Lebenssituation bzw. der eigenen Erfahrungen. So soll es durch lang anhaltende Unterstützung den Menschen erleichtert werden, konsistente Veränderungen in den realen Lebenserfahrungen zu machen. (Antonovsky, 1997)

Dies entspricht letztlich auch den Vorgaben aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (www.euro.who.int)

4.3. Bedeutung für die LogopädIn in der Arbeitswelt

Abschließend stellt sich nun die Frage, was kann jeder Mensch in seinem Umfeld, im Rahmen seiner Möglichkeiten beitragen, um die persönliche Arbeitswelt möglichst gesundheitsfördernd zu gestalten, gesund zu bleiben und z.B. Burn-Out zu verhindern?

Aus einer Studie mit Sozialarbeitern geht hervor, dass der SOC für Burn-Out im Zusammenhang mit der Komponente „Handhabbarkeit“ die emotionale Erschöpfung vorhersagt. (Bengel, 2001)

Eine Konsequenz aus dieser Arbeit könnte sich somit daraus ableiten, dass der SOC-Fragebogen für KollegInnen als Screening verwendet werden könnte, um sich selbst einzuschätzen und ev. frühzeitig Burn-Out zu erkennen und fremde Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Der SOC könnte auch als systematische Orientierung und Perspektive im täglichen Berufsalltag zum Einsatz kommen, als Unterstützung des Blickwinkels weg von der Pathologie und den Problemen hin zur Ressource und zur Gesundheitserhaltung.

Fasser und Schiltknecht beschreiben, dass das eigene Handeln als Prophylaxe in der täglichen Therapie gegen Ausbrennen dient. Die TherapeutIn muss präsent sein, sich auf den Patienten einlassen, sich von ihm inspirieren und anregen lassen und so die eigenen Gefühle durch ihn in Resonanz bringen lassen. Doch zusätzlich ist die persönliche Lebensgestaltung um die Arbeit herum wichtig zu beachten. Regelmäßiger Freiraum im Alltag ist unumgänglich, um sich darauf zu besinnen, ob dieses Leben das ist, was man sich wünscht, was einen nährt. Es braucht Mut zum Blick nach innen, den Mut zur Reflexion. Nur durch regelmäßige Fragen wie: „Was gewinne ich aus der

Begegnung mit KollegInnen, PatientInnen, Freunden und Angehörigen?“ „Kann und will ich deren Dank, Wertschätzung und Freude annehmen?“ „Bin ich bereit zu wachsen und mich zu verändern?“ ist eine „geistige Hygiene“ möglich. In weiterer Folge bedeutet dies, sich Gedanken zu den eigenen Gedanken zu machen, lernen gesund zu denken, sich mit Tatsachen und nicht mit Meinungen zu beschäftigen und die Realität zu beschreiben und wahrzunehmen, nicht zu interpretieren. D.h. auch in der Arbeit mit Menschen den Menschen sehen und nicht „nur“ seine Störung, sich sein persönliches Programm bzgl. der eigenen Berufung erstellen, ein Konzept von der Gestaltung eigener, persönlicher Beziehungen zu haben und regelmäßige Gespräche mit qualifizierten KollegInnen führen - immer wieder mit der Frage: „Was tue ich da?“ Nur so ist ein Einklang der inneren und äußeren Welt möglich. (Fasser, Schiltknecht, 2002)

Das oberste Ziel wird immer sein, möglichst lange und aktiv im Arbeitsprozess eingegliedert zu sein, und dabei aber psychische Störungen zu verhindern, da diese einen erheblichen Leidensdruck und beträchtliche Kosten verursachen. In weiterer Folge erhöhen psychische Störungen nachweislich das Risiko körperlicher Erkrankungen, was prinzipiell in vielen Fällen vermeidbar ist. (Becker, 1997)

Mohr und Udris (1997) erweitern die Sicht des persönlichen Handelns noch um den Aspekt des Arbeitsplatzes, der Institution. Sie legen Wert darauf, dass es Veränderungen der Person und der Situation geben muss, aber auch eine notwendige Belastungsreduktion und einen Aufbau von sowohl institutionellen als auch individuellen Ressourcen, um Burn-Out zu verhindern (

Tabelle 5).

	Institutionell (Situation, Betrieb) verhältnisorientiert	Individuell (Person) verhaltensorientiert
Belastungen und Beanspruchungen (korrektiv)	z.B. Belastungsabbau, Pausen, Arbeitsplatzgestaltung	z.B. Stressmanagement, Entspannung
Ressourcen (präventiv / prospektiv)	z.B. Erhöhung des Handlungs- und Kontrollspielraums, Verbesserung des Kooperationsklimas	z.B. Qualifizierung, Schulung, Kompetenztraining

Tabelle 5: Ansatzpunkte zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung (Mohr, Udris, 1997)

Unter Handlungs- und Kontrollspielraum wird hier sowohl die objektive Kontrolle im Sinne von tatsächlicher Beeinflussbarkeit verstanden als auch die kognitive Kontrolle, womit gemeint ist, z.B. die Möglichkeit zu haben, Anforderungen und Leistungsfähigkeit selbst aufeinander abstimmen zu können. So kann z.B. Zeitdruck besser ausgeglichen werden. Nicht-Durchschaubarkeit der Arbeitsabläufe, Nicht-Vorhersehbarkeit von Ereignissen in der Arbeit oder Nicht-Beeinflussbarkeit von Arbeitsbedingungen führen in weiterer Folge zu erhöhter psychischer Beanspruchung.

Als ein anderer, positiver Wirkfaktor wird das Vorhandensein stabiler sozio-emotionaler Netze und Hilfeleistungen im Sinne sozialer Unterstützung beschrieben. Wichtig ist, dass für das Geben und Nehmen von Unterstützung bestimmte Rahmenbedingungen notwendig sind. Können z.B. teilautonome Arbeitsgruppen eingesetzt werden, kommt es zu Kooperationserfordernissen und zur Kommunikationsmöglichkeit, wodurch die Situationskontrolle vergrößert und die kognitive Kontrolle verstärkt

werden kann. Ebenso wirkt sich die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte günstig auf die Befindlichkeit aus.

Ebenso persönlichkeitsförderlich wirkt Komplexität von Tätigkeiten oder Variabilität einzelner Aufgaben bzw. intellektuelle Flexibilität. Als eine wesentliche, personale Ressource werden fachliche und soziale Kompetenz betrachtet. (Mohr, Udris, 1997)

Aus Sicht der Autorin begünstigt ein hoher SOC somit das persönliche Engagement – sowohl privat als auch beruflich - worin allerdings auch Gefahren stecken.

Vor allem Personen mit hohen Idealen ergreifen therapeutische oder soziale Berufe und identifizieren sich oftmals damit. Sie bemühen sich, die an sie gestellten Aufgaben optimal und mit hoher Motivation zu erledigen, erwarten dafür Lob und streben letztlich an, besser als die KollegInnen zu sein. Neben diesen persönlichen Faktoren kommen aber auch noch Bedingungen der sozialen Umgebung zum Tragen wie Arbeitsmilieu, Überforderung (z.B. Zeitdruck) oder beziehungslose Hierarchien. Eine Dysbalance zwischen den inneren und äußeren Bedingungen kann bewirken, dass das Feuer des entflammten Menschen einmal erlischt, wenn nicht genug Holz zum Weiterbrennen vorhanden ist. Mit Feuer ist hier in erster Linie psychische Energie gemeint, die sowohl im privaten als auch im beruflichen Leben verbraucht wird. Diese Dysbalance führt auf Dauer zu Burn-Out. Als wichtigsten positiven Wirkfaktor, wie das Feuer erhalten werden kann bzw. als einzigen Energiespender für die notwendige psychische Energie, sieht Lehofer die wirkliche Begegnung. Die Möglichkeit zur Begegnung hängt nun von jeder Einzelnen ab, vor allem davon, ob sie sich auf die Begegnung in der Arbeit und in der Freizeit einlässt und dadurch nutzen kann. (Lehofer, 2002)

4.4. Überblick: Beziehung der vorliegenden Arbeit zu den Modulen des Masterlehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitswissenschaften

4.4.1. Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen (Blättner et al. 2005)

Als Basis für diese Thesarbeit dient das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.

Gesundheit lässt sich als Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen umschreiben. Die Anforderungen, aber auch die Ressourcen können psychischer, sozialer, körperlicher und ökologischer Natur sein, somit von innen und außen auf uns einwirken. Diese beiden Pole auszubalancieren ist die Aufgabe jedes einzelnen Menschen, um Wohlbefinden und in weiterer Folge auch Gesundheit zu erzielen bzw. zu erhalten. Das zugrunde liegende Bedingungsgefüge ist kulturell geprägt.

Der Kerngedanke der Salutogenese besagt, dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängig ist, wie gut es der Person in der letzten Zeit gelungen ist, die aufgetretenen Anforderungen (Über- oder Unterforderung) mit den vorhandenen Ressourcen zu bewältigen. Gesundheitsförderung und Prävention hat somit die Aufgabe eine Hilfe zur Lebensbewältigung zu sein, wobei dies durch Veränderung der Anforderungen und durch Stärkung der Ressourcen ermöglicht werden kann.

Als Maß für die Fähigkeit zur Bewältigung von Anforderungen und als zentrales Element der Salutogenese (Gesundheitsentstehung) beschreibt Aaron Antonovsky den Kohärenzsinn. Er sieht dieses Empfinden von Zusammenhängen als Grundvoraussetzung für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. Durch diese Grundorientierung haben wir Menschen die Möglichkeit Vertrauen dahingehend zu fassen, dass Einflüsse der äußeren und inneren Umwelt strukturierbar, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), dass wir Ressourcen sehen und in Anspruch nehmen können,

diese Anforderungen zu bewältigen (Handhabbarkeit) und dass es sich letztlich auch lohnt, sich für diese Herausforderungen auch zu engagieren (Sinnhaftigkeit). Zur Erfassung dieses Kohärenzsинns hat er einen Fragebogen (Fragebogen zur Lebensorientierung) entwickelt, der für die vorliegende Untersuchung von 90 LogopädInnen beantwortet wurde.

All diese Gedanken müssen für die TherapeutIn relevant sein, um regelmäßig das eigene Tun zu hinterfragen und nach den unterschiedlichen Gesichtspunkten zu prüfen. Durch das bewusste und regelmäßige Wahrnehmen der eigenen Situation und Position – sowohl beruflich als auch privat - ergeben sich einerseits eventuell notwendige Anpassungen, und andererseits auch die Verinnerlichung der vorhandenen Ressourcen von außen und innen, auf die jede im Bedarfsfall zurückgreifen kann.

Das Grundgerüst der Salutogenese ist aber auch ein wichtiges theoretisches Konstrukt, das unseren PatientInnen hilfreich sein soll, ihr Verständnis für Krankheit und Gesundheit zu überdenken und zu einer veränderten Sicht ihrer persönlichen Möglichkeiten im Rahmen des Weges in Richtung Gesundheit zu gelangen. Die TherapeutIn kann im Sinne der Gesundheitsförderung nur Mut machen, die Anforderungen auch als Herausforderung zu betrachten und kann eventuell die äußeren Bedingungen beeinflussen, ja vielleicht sogar optimieren, doch Gesundheit selbst kann nur aus der Aktivität der Person selbst entstehen. Die Umgebung kann diesen Prozess nur unterstützen und erleichtern.

4.4.2. Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit (mit den Übungen Kommunikations- und Balintarbeit) (Pass et al. 2005)

Auch für die logopädische Arbeit sind die Grundlagen der Tiefenpsychologie von immenser Wichtigkeit. Je sicherer die TherapeutIn im Umgang mit sich und ihren Reaktionen ist, je klarer sie das Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung trennen und somit auch nutzen kann, je besser die gleichschwebende Aufmerksamkeit geübt ist und je eindeutiger sie Kommunikationsstrategien situationsadäquat anwenden kann, umso besser kann sie auf die Bedürfnisse ihrer PatientInnen eingehen. Dies wird nur dann auf Dauer eine befriedigende Arbeit sein können, wenn sich die TherapeutIn gänzlich auf die Situation und auf eine „echte“ Beziehung mit der PatientIn einlässt.

Das, was die BehandlerIn ihren PatientInnen als wichtig und gut vermittelt, sollte für sie selbst längst gängige Praxis sein, um so die eigene Psyche regelmäßig zu entlasten, indem sie Ressourcen finden und nutzen lernt und auch das Angebot von Supervision als eine sinnvolle Möglichkeit in Anspruch nimmt.

4.4.3. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitswissenschaften (mit der Übung Reflexion der angestammten Kompetenz sowie der Erstellung der Thesis) (Enderl et al. 2005)

Die Grundlagen des Moduls haben die Basis für die Erforschung des Kohärenzempfindens im Rahmen dieser Thesarbeit gelegt sowie den forschenden Blick für die tägliche Praxis geschärft.

Dies ist ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Wissenschaft zu komplementärheilkundlichen, psychosozialen und gesundheitsfördernden Themen.

4.4.4. Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren (Spranger et al. 2005)

Sowohl das Beziehungsgefüge TherapeutIn – PatientIn, als auch jeder Mensch selbst stellt ein System dar, auf das die unterschiedlichen Stimuli treffen und wirken. Immer wieder kommt es zu Anpassungen, Veränderungen, zu Verstärkungen und Hemmungen, die ihre Auswirkungen haben. Wie gut TherapeutInnen damit umgehen können, spiegelt sich in ihrem Kohärenzempfinden wider. Die einzelnen Komponenten des Kohärenzempfindens selbst hängen untereinander ebenfalls eng zusammen und beeinflussen einander. Wie nun dieselben äußeren Bedingungen wirken, wie Stress-situationen empfunden werden (Eustress, Dysstress), hängt von den Möglichkeiten der Ressourcennutzung des Menschen ab und davon, wie das psycho-neuro-endokrin-immunologische System arbeitet.

4.4.5. Vorstellung regulativer Verfahren – Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung (EU-team@inter-uni.net 2005)

Das Ziel regulativer Verfahren ist es, über Triggerung – d.h. über das Setzen von Reizen – Selbstheilungsprozesse in Gang zu setzen und so Heilungsvorgänge an zu stoßen bzw. in Bewegung zu halten. Welche der unterschiedlichen Methoden für einen Menschen passend ist, hängt von persönlichen Vorlieben und Abneigungen ab.

Für die Therapie erscheint es notwendig, persönliche Ressourcen aufzusuchen, da sie einen entscheidenden Einfluss auf den nachfolgenden Therapieerfolg haben können. Konnten die Ressourcen entsprechend eingesetzt und ev. krankmachende Reize verringert werden, dann kann der Körper beginnen, sich selbst wieder ins Lot zu bringen. Das Wissen über die Wege zur Selbstregulation kann in weiterer Folge für die nachhaltige Gesunderhaltung genutzt werden.

Gelingt dies, wird die PatientIn auch in Zukunft ein Stück Selbstverantwortung im Umgang mit sich und den möglichen Folgen einer Überlastung wahrnehmen.

4.4.6. Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren - Menschenbild und Heilkunde (Kratky et al. 2005)

Wie sooft ist bei der Wahl der günstigsten Therapiemethode vielerlei entscheidend – sowohl das Wissen der BehandlerIn als auch die Wünsche, Vorstellungen und Erwartungen der PatientIn. Nur durch das Gespräch und letztlich eine ganzheitliche Sicht wird es möglich sein, mehr über den Menschen und dessen Orientierung in Erfahrung zu bringen. Diese Mitteilungen befähigen die TherapeutIn in weiterer Folge, aus dem großen Angebot komplementärmedizinischer Verfahren zu wählen und die Behandlung auf den kulturellen und psychosozialen Hintergrund abzustimmen, um eine Heilung zu unterstützen.

5. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Prozess des Wippens als Metapher für die Work-Life-Balance.....	12
Abbildung 2:	Mehrebenen-Modell der Bedingungen von Gesundheit / Krankheit (Becker, 1997)..	13
Abbildung 3:	Darstellung des Salutogenese-Modells (Bengel, 2001).....	19
Abbildung 4:	Darstellung der Mittelwerte des Gesamt-SOC und der einzelnen Komponenten	27
Abbildung 5:	SOC-Gesamtwerte im Vergleich mit anderen Versuchsgruppen.....	28
Abbildung 6:	Darstellung der Geschlechterverteilung innerhalb der Versuchsgruppe	29
Abbildung 7:	Darstellung der Altersverteilung innerhalb der Versuchsgruppe	29
Abbildung 8:	Darstellung der Versuchsgruppe nach Art der Berufsausübung	30
Abbildung 9:	Darstellung des durchschnittlichen Arbeitspensums innerhalb der Vergleichsgruppen	31
Abbildung 10:	Prozentuelle Verteilung der Wochenarbeitszeit innerhalb der Versuchsgruppe	31
Abbildung 11:	Prozentuelle Aufteilung nach Arbeitsinhalten innerhalb der Versuchsgruppe	32
Abbildung 12:	Darstellung des prozentuellen Arbeitsaufwands je nach Arbeitsinhalt.....	32
Abbildung 13:	Prozentuelle Verteilung nach Jahren der Berufsausübung.....	33
Abbildung 14:	Verteilung der Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung.....	33
Abbildung 15:	Prozentuelle Verteilung der Zeit für Ressourcennutzung innerhalb der Versuchsgruppen.....	34
Abbildung 16:	Darstellung der durchschnittlichen Ressourcennutzung nach Nutzungshäufigkeit	34
Abbildung 17:	Regelmäßige Inanspruchnahme von Supervision	35
Abbildung 18:	Prozentuelle Verteilung von Arbeit im Team nach Art der Berufsausübung.....	36
Abbildung 19:	Darstellung der durchschnittlichen Urlaubswochen pro Jahr nach Art der Berufsausübung	36
Abbildung 20:	Darstellung der psychischen und physischen Belastung durch die berufliche Tätigkeit	37
Abbildung 21:	Prozentuelle Verteilung der unterschiedlichen Fortbildungsinhalte	37
Abbildung 22:	Durchschnittliche Anzahl an Fortbildungsstunden pro Jahr innerhalb der letzten 5 Jahre aufgeschlüsselt nach Inhalten.....	38
Abbildung 23:	Prozentuelle Verteilung der Fortbildungsstunden im Bereich „Persönlichkeit“	38
Tabelle 1:	Unterschiede zwischen den einzelnen SOC-Komponenten untereinander	26
Tabelle 2:	Mittelwerte der einzelnen SOC-Komponenten	26
Tabelle 3:	Korrelation der einzelnen SOC-Komponenten untereinander	27
Tabelle 4:	Darstellung der SOC-Werte bei unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.....	40
Tabelle 5:	Ansatzpunkte zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung.....	45

6. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Abel, T. / Kolip, P. / Wydler, H. (2002): Sense of coherence und Salutogenese. Ein Essay zur Kritik und Weiterentwicklung einer aktuellen Perspektive in der Gesundheitsforschung. In: Wydler, H. et al. (2002), 197-202
- Altmeyer, S. / Petzold, E. (1998): Der vierte Therapieversuch. In: Schüffel, W. et al. (1998), 117-124
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco; Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen; dgvt-Verlag
- Bähr, M. / Köllner, V. (1998): Salutogenetische Wirkfaktoren der Balintgruppenarbeit. In: Schüffel, W. et al. (1998), 271-276
- Bartsch, H. H. / Bengel, J. (Hrsg.), (1997): Salutogenese in der Onkologie. Basel; Karger
- Baumann, R. / Frei, M. / Köllner, V. (1998): Ressourcennutzung als Qualitätssicherungsfaktor – Gesundheitsförderung für Mitarbeiter und Patienten in den Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg. In: Schüffel, W. et al. (1998), 163-176
- Becker, P. (1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, R. (1997), 517–534
- Bengel, J. (1997): Das Prinzip Salutogenese – Eine Einführung. In: Bartsch, H. H. / Bengel, J. (1997), 1-4
- Bengel, J. / Belz-Merk, M. (1997): Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, R. (1997), 23-37
- Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Binder, A. (2005): Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky - bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum. Graz, College@inter-uni.net
- Blättner, B. & EU-team@inter-uni.net (2005): Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen. Graz; edition@inter-uni.net
- Boessmann, U. (2003): Psychohygiene für Ärzte und Therapeuten: Der schonende Umgang mit der Übertragung und Gegenübertragung. In: Jork, K. / Peseschkian, N. (2003), 57–63
- Von Bothmer, M. / Fridlund, B. (2003): Self-rating health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. Scand J Caring Sci; 2003; 17, 347-357

- Braun, M. (2003): Gesundheitspräventive Arbeitsgestaltung und Unternehmensentwicklung. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 698-703
- Brieskorn-Zinke, M. (2002): Salutogenese in der Pflege – zur Integration des Konzeptes in pflegerische Handlungsfelder. In: Wydler, H. et al. (2002), 173-184
- Brucks, U. (1998): Salutogenese – der nächstmögliche Schritt in der Entwicklung medizinischen Denkens? In: Schüffel, W. et al. (1998), 23-36
- Brucks, U. / Wahl, W. B. / Schüffel, W. (1998) Die Bedingungen für Veränderungen erkennen: Salutogenese in der Praxis. In: Schüffel, W. et al. (1998), 37-48
- Büchi, S. (1998): Der hypochondrische FC Chelsea Fan. In: Schüffel, W. et al. (1998), 75-86
- Dobos, G. (2005): Mechanismen und klinische Relevanz von Stress – Effektive Nutzung der eigenen körperlichen und psychischen Ressourcen. Beitrag zur inqa-Konferenz über Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen.
<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Veranstaltungen/Gesundheitsideen4-Dobos-pdf,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>. Stand: 20.04.2007
- Duetz, M. / Abel, T. / Siegenthaler, F. / Niemann, S. (2002): Zur Operationalisierung des Gesundheitsbegriffes in empirischen Studien zum Kohärenzgefühl. In: Wydler, H. et al. (2002), 85-98
- Endler, P. C. & EU-team@inter-uni.net (2005): Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitswissenschaften. Graz, edition@inter-uni.net
- Eriksson, M. / Lindström, B. (2005): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59, 460-466
- Eychmüller, S. / Sabbioni, M. (1998): Salutogenese im biopsychosozialen Konzept: Eine Diskussion anhand von zwei Patientenbesprechungen. In: Schüffel, W. et al. (1998), 125-132
- Fäh, M. (2002): Verbessert Psychotherapie die Moral? Inwiefern können grundlegende gesundheitsrelevante Lebensbewältigungseinstellungen durch psychologische Interventionen erworben bzw. verbessert werden? In: Wydler, H. et al. (2002), 149-160
- Faltermaier, T. (2002): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, H. et al. (2002), 185-196
- Fasser, W. / Schiltknecht, J. (2002): Sich einbringen statt ausbrennen. *Fachzeitschrift des ÖPV* 2/03, 6-8
- Franke, A. (1994): Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes. In: Lamprecht, F. / Johnen, R. (Hrsg), (1994), 27-31

- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-konzepts. In: Antonovsky, A. (1997), 169–190
- Freidl, W. / Rasky, E. / Noack, R. H. (1995): Gesundheitsförderung – aus einer systemtheoretisch-gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. Praxis der klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation, 13 – 17
- Geyer, S. (2002): Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, H. et al. (2002), 71-84
- Grossmann-Schnyder, M. (2002): Burn-on. Fachzeitschrift des ÖPV 2/03, 20-25
- Höfer, R. (2002): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Wydler, H. et al. (2002), 57-70
- Horn, B. (1998): Erfolg im Beruf und Erfüllung in der Freizeit als protektive Faktoren bei koronarer Herzkrankheit. In: Schüffel, W. et al. (1998), 95-102
- Huber, E. (1998): Das Gesundheitssystem neu denken. In: Schüffel, W. et al. (1998), 309-314
- Huck, G. (2004): Krankheit bekämpfen oder Gesundheit aktivieren? Die Bedeutung der Salutogenese für die psychiatrische Pflege. Psych Pflege 2004; 10: 2-12. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag
- Isler, M. (1998): Vom Symptom zur Selbstheilung. In: Schüffel, W. et al. (1998), 103-108
- Johnen, R. (1998): Das Sprechen des Körpers als Ressource für Gesundheit: das Unterrichtsprojekt „Subjektive Anatomie“. In: Schüffel, W. et al. (1998), 221-232
- Joiko, K. / Schmauder, M. / Wolff, G. (2006): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten. Dortmund; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. http://www.baua.de/nn_21604/de/Publikationen/Broschueren/A45,xv=vt.pdf. Stand: 19.03.2007
- Jork, K. (2003): Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In: Jork, K. / Peseschkian, N. (2003), 17–25
- Jork, K. (2003): Leben im Kontinuum zwischen Salutogenese und Pathogenese. In: Jork, K. / Peseschkian, N. (2003), 26-32
- Jork, K. / Peseschkian, N. (Hrsg.), (2003): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern; Verlag Hans Huber
- Kastner, M. (2002): Work Life Balance: Schwerpunkte der Forschung. In: Kongressbeitrag 2002. <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Veranstaltungen/kastner-text,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>. Stand: 24.04.2007

- Köllner, V. / Loew, T. (1998): Anamnesegruppen – salutogenetischer Faktor im Medizinstudium? In: Schüffel, W. et al. (1998), 265-270
- Kolip, P. (2003): Ressourcen für Gesundheit – Potenziale und ihre Ausschöpfung. Gesundheitswesen 2003; 65: 155-162. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag
- Kolip, P. / Wydler, H. / Abel, T. (2002): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: Wydler, H. et al. (2002), 11-20
- Kratky, K. W. & EU-team@inter-uni.net (2005): Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren – Menschenbild und Heilkunde. Graz, edition@inter-uni.net
- Krohne, H. W. (1997): Streß und Streßbewältigung. In: Schwarzer, R. (1997), 267-277
- Lamprecht, F. / Johnen, R. (Hrsg.), (1994): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt; VAS-Verlag
- Lehofer, C. (2002): Ausbrennen? Burn-Out und Jobstress in Sozialberufen. Fachzeitschrift Physiotherapie 2/03, 2-5
- Leitner, A. (1998): Körperorientierte Psychotherapie bei einer „psychosomatischen“ Störung. In: Schüffel, W. et al. (1998), 109-117
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese. München, Basel; Ernst Reinhardt Verlag
- Maoz, B. (1998): Der Fall von Avner. In: Schüffel, W. et al. (1998), 67-74
- Maoz, B. (1998): Patientin und Arzt im Gespräch. Benyamin Maoz und Patientin Nora anlässlich des 5. Wartburg-Gesprächs in Dresden, Januar 1997. In: Schüffel, W. et al. (1998), 377-386
- Maoz, B. (1998): Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, W. et al. (1998), 13-22
- Mohr, G. / Udris, I. (1997): Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: Schwarzer, R. (1997), 553-568
- Müller-Christ, G. (2004): Nachhaltigkeit und Salutogenese: Zwei innovative Denkwelten für ein modernes Ressourcenmanagement. In: Müller-Christ, G. / Hülsmann, M. (Hrsg): Modernisierung des Managements. Wiesbaden. Festschrift für Andreas Remer. <http://www.sfb637.uni-bremen.de/pubdb/repository/SFB637-A2-04-001-IIA.pdf>. Stand: 07.04.2006
- Noack, R. H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch, H. H. / Bengel, J. (1997), 88-105

- ÖBIG (2005): Berufsprofil der/des diplomierten Logopädin/Logopäde. Projekt MTD-Qualitätssicherung. Wien; ÖBIG, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
- Pass, P. F. & EU-team@inter-uni.net (2005): Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. Graz, edition@inter-uni.net
- Pauli, H. G. / Schüffel, W. (1998): Wandel de Denkens in der Medizin? Wandel der ärztlichen Ausbildung? In: Schüffel, W. et al. (1998), 245-260
- Peseschkian, N. (2003): Himmel und Hölle als Ausdruck der Salutogenese und Pathogenese – Familie und Gemeinschaft. In: Jork, K. / Peseschkian, N. (2003), 33-41
- Petzold, E. / Altmeyer, S. / von Saldern, S. (1998): Eine Ressource wurde vergessen. In: Schüffel, W. et al. (1998), 143-148
- Possnigg, G. (2002): Burn-out. Alle können betroffen sein. Fachzeitschrift des ÖPV 2/03, 33-37
- Renner, H. (1998): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext – aus der Arbeit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE). In: Schüffel, W. et al. (1998), 177-182
- Rimann, M. / Udris, I. (1997): Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (SALSA). Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, Institut für Arbeitspsychologie.
http://www.zoa.ethz.ch/education/lectures/SS06/351-738/Udris_Juni_8_SALSA_Gesundh.zirkel_.pdf. Stand: 07.04.2006
- Rimann, M. / Udris, I. (1998): „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In: Schüffel, W. et al. (1998), 351-364
- EU-team@inter-uni.net (2005): Vorstellung regulativer Verfahren – Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung. Graz, edition@inter-uni.net
- Sack, M. / Lamprecht, F. (1998): Kohärenzgefühl und Salutogenese: Aaron Antonovskys Konzept gesundheitsprotektiver Ressourcen. In: Schüffel, W. et al. (1998), 325-336
- Schneider, C. (2002): Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, H. et al. (2002), 21-42
- Schnyder, U. (1998): Ein Blumengarten in Irland. Neuorientierung nach lebensbedrohlicher Krankheit. In: Schüffel, W. et al. (1998), 59-66
- Schröder, K. (1997): Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In: Schwarzer, R. (1997), 319-341
- Schüffel, W. (1998): Kommentar zum Arzt-Patienten-Gespräch. In: Schüffel, W. et al. (1998), 387-388

- Schüffel, W / Brucks, U. (1998): Ein Mann, der schwanger wurde und spielen lernte. In: Schüffel, W. et al. (1998), 133-142
- Schüffel, W. / Brucks, U. / Johnen, R. / Köllner, V. / Lamprecht, F. / Schnyder, U. (Hrsg.), (1998): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden; Ullstein Medical
- Schumacher, J. / Wilz, G. / Gunzelmann, T. / Brähler, E. (2000): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. PPM Psychother Psychosom med Psychol 2000; 50: 472-482. Stuttgart, New York; Georg Thieme Verlag
- Schwan, R. / Langewitz, W. / Stosch, C. (1998): Arzt und Patient, Arzt gleich Patient: Überlegungen zur Salutogenese des Arztes. In: Schüffel, W. et al. (1998), 261-264
- Schwarzer, R. (Hrsg.), (1997): Gesundheitspsychologie. Göttingen; Hogrefe
- Spranger, H. H. & EU-team@inter-uni.net (2005): Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren. Graz, edition@inter-uni.net
- Strauss, F. / Höfer, R. (2002): Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. Überlegungen zur Inerdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In: Wydler, H. et al. (2002), 115-128
- Udris, I. / Rimann, M. (2002): Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In: Wydler, H. et al. (2002), 129-148
- Udris et al (1992): SALUTE – personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese
- Verres, R. (1997): Etüden zur Gesundheit. In: Bartsch, H. H. / Bengel, J. (1997), 20-36
- Walter, E. / Abel, T. / Niemann, S. (2002): Gesundheit als Kontinuum: Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In: Wydler, H. et al. (2002), 99-114
- Weber, H. (1997): Emotionsbewältigung. In: Schwarzer, R. (1997), 285-295
- Welbrink, A. / Franke, A. (2002): Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, H. et al. (2002), 43-56
- WHO, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Ottawa-Charta 1986. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. Stand: 28.03.2007
- Wilm, S. (2003): Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In: Jork, K. / Peseschkian, N. (2003), 42,56

Wydler, H. / Kolip, P. / Abel, T. (Hrsg.), (2002): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim, München; Juventa Verlag

Zimmerli, W. C. (1997): Gesundheit als offenes System. In: Bartsch, H. H. / Bengel, J. (1997), 5-19

7. ANHANG

Inhalt des Online-Fragebogens:

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 LogopädInnen in Österreich erhoben wird. Über das Ausfüllen dieses Fragebogens können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Aus statistischen Gründen bitte ich Sie, alle angegebenen Fragen zur Gänze zu beantworten.

Vielen Dank an den Bundesverband logopaediaustria für das Versenden der e-mails! Über Ergebnisse aus der Studie werden Sie in einer der nächsten Ausgaben der Verbandszeitschrift erfahren.

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es sieben mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 habe immer das 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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sicher erledigt werden würde
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

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	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

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist
ausgesprochen interessant

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben
überhaupt keine klaren Ziele

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr klare Ziele und einen
oder einen Zweck Zweck

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben
voller Veränderungen, ohne 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

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

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 Dinge im Leben immer eine Lösung finden

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben
14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es häufig, dass Sie
fühlen, wie schön es ist 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 und schwierig

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 immer völlig klar
16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie die Quelle
tiefer Freude und Zufriedenheit

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 von Schmerz und Langeweile
17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich
voller Veränderungen sein, ohne dass Sie wissen, was als nächstes passiert

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 ganz beständig und klar sein
18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,
sich daran zu verzehren

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muss damit leben“ und weiter zu machen
19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?
sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 selten oder nie
20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,
werden Sie sich sicher auch 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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie
22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 voller Sinn und Zweck sein wird

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

Sie sind sich dessen ganz

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sie zweifeln daran
sicher

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

sehr oft

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

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr oft

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

über- oder unterschätzten

1	2	3	4	5	6	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,

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sie die Schwierigkeiten nicht
die Schwierigkeiten zu werden meistern können
meistern

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

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

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

sehr oft

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 sehr selten oder nie

Im ersten Teil ging es nun darum, Ihre persönliche Lebensorientierung zu beurteilen. Jetzt bitten wir Sie, Ihr persönliches Urteil zu einer Reihe von Meinungen abzugeben, die wir hier zusammengetragen haben. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrer persönlichen Ansicht entspricht und machen Sie bitte bei jeder Frage ein Kreuz.

30. Stehen Ihnen regelmäßig Stunden zur Ressourcenaktivierung zur Verfügung?

ja, ca. Stunden wöchentlich nein

31. Welche der folgenden Aktivitäten nutzen Sie als Ressource zur Kompensation von Beanspruchungen im Beruf?

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Schlafen					
Lesen					
Musik hören					
Kochen					
Partnerschaft					
Fernsehen					
Essen gehen					
mit Freunden treffen					
Sport					
Bewegung					
Gartenarbeit					
Einkaufen					

32. Geben Sie bitte an, wie häufig Sie psychischen Belastungen in Ihrer Tätigkeit ausgesetzt sind:

nie	selten	gelegentlich	oft	immer

33. Geben Sie bitte an, wie häufig Sie physischen Belastungen in Ihrer Tätigkeit ausgesetzt sind:

nie	selten	gelegentlich	oft	immer

Abschließend bitte ich noch um einige Angaben zu Ihrer Person und zu ihrem beruflichen Umfeld für unsere Statistik.

34. Sind Sie: weiblich männlich

35. Wie alt sind Sie? Jahre

36. Sind Sie:

ledig	verheiratet / feste Partnerschaft	geschieden / getrennt	verwitwet

37. Wie viele Kinder haben Sie? Kinder

38. Welcher Art der Berufsausübung gehen Sie zur Zeit nach und wie hoch ist Ihr wöchentliches Arbeitspensum?

- karenziert
- ehrenamtlich Stunden pro Woche
- angestellt Stunden pro Woche
- selbständig Stunden pro Woche

39. Welchen prozentuellen Anteil nehmen folgenden Tätigkeiten an ihrer Arbeit ein?

Ausbildung von Mit-arbeiterInnen	Koordinations-tätigkeit	Vortrags-tätigkeit	Diagnostik / Therapie / Doku	Administra-tion	Berufs-politik

40. Welches sind die überwiegenden Störungsbildern der von ihnen betreuten Patientinnen (z.B. Entwicklungsstörungen, funktionelle oder neurologische Störungen, PatientInnen mit Tumorerkrankungen, ...)?

41. Wie oft hatten Sie in den letzten 5 Jahren durchschnittlich die Gelegenheit an Supervision teilzunehmen?

nie	1x wöchentlich	1x monatlich	1x jährlich

42. Arbeiten Sie in einem Team?

nein ja falls ja, mit wie vielen KollegInnen? KollegInnen

43. Wie viele Urlaubswochen pro Jahr können Sie in Anspruch nehmen? Urlaubswochen

In den folgenden beiden Fragen geht es um die Beschreibung des Ortes in dem Sie tätig sind. Wenn Sie ausschließlich angestellt tätig sind, dann beantworten Sie bitte lediglich die erste der beiden Fragen (Frage Nr. 32), falls Sie nur selbständig sind nur die zweite Frage (Frage Nr. 33) und falls Sie sowohl selbständig als auch angestellt tätig sind, bitte beide Fragen.

44. Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Sie Ihre *angestellte* Tätigkeit ausüben?
- ländliche Gemeinde bis max. 5.000 Einwohner
 - Stadt bis 50.000 Einwohner
 - Stadt über 50.000 Einwohner
45. Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Sie Ihre *selbständige* Tätigkeit ausüben?
- ländliche Gemeinde bis max. 5.000 Einwohner
 - Stadt bis 50.000 Einwohner
 - Stadt über 50.000 Einwohner
46. Wie viele Jahre Berufserfahrung als LogopädIn haben Sie? Jahre
47. Welche Fortbildungen haben Sie in den letzten 5 Jahren besucht und wie viele Stunden pro Jahr hat dies ca. in Anspruch genommen?
- fachspezifisch (z.B. Stottertherapie,...) Stunden pro Jahr
 - Persönlichkeit (z.B. Selbsterfahrung,...) Stunden pro Jahr
 - Management (z.B. Zeitmanagement,...) Stunden pro Jahr

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Jutta Chibidziura-Priesching