

**Untersuchung zur Messung der Resilienz von Mitarbeiter\_Innen in  
ambulanten Pflegediensten**

Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Im Studiengang

**Gesundheitswissenschaften**

Vorgelegt von

Friederike Seemann

Matrikelnummer 2140264

**Erstgutachterin:** Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Zita Schillmöller (HAW Hamburg)

**Zweitgutachterin:** Dipl. Sozialpädagogin Gabriele Hradetzky

Hamburg, d. 22.06.2016

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Inhaltsverzeichnis

## Abbildungsverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

## Tabellenverzeichnis

Zusammenfassung	S. 1
1. Einleitung	S. 3
2. Theoretischer Hintergrund zu Resilienz im ambulanten Pflegedienst	S. 4
2.1 Die Ambulante Pflege–ein wachsender Sektor mit zunehmender Bedeutung	S. 4
2.2 Der Stellenwert der Resilienz in der Pflege	S. 5
2.3 Definitionsansätze	S. 7
2.4 Vorläufer der Resilienz und ähnliche Konzepte	S. 9
2.5 Resilienzforschung	S. 10
2. 5.1 Perspektivwechsel von Pathogenese zur Salutogenese	S. 11
2.5. 2 Resilienzforschung von Emmy Werner	S. 12
2.6 Wissenschaftlich bestätigte Befunde zu Resilienzfaktoren	S. 13
2.7 Transfer zur Anwendung in der Gesundheitsförderung und Prävention	S. 22
2.7.1 Informationsbasierte massenmediale Ansätze	S. 23
2.7.2 Universelle Programme	S. 23
2.7.3 Selektive Programme	S. 23
2.7.4 Mehrebenenprogramme	S. 24
3. Methodik	S. 25
3.1 Datengewinnung	S. 25
3.2 Methoden- und Instrumentenwahl	S. 26
3.3 Datenauswertung	S. 26
3.4 Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage	S. 27
4. Ergebnisse	S. 28
4.1. Charakterisierung der Stichprobe(n)	S. 29
4.2. Auswertung der RS-13	S. 31
5. Diskussion der Ergebnisse	S. 34
6. Limitationen	S. 35
7. Fazit	S. 35
Literaturverzeichnis	
Eidesstattliche Erklärung	
Anhang: Fragebogen	

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Abbildungsverzeichnis

**Abb.1:** Zehn Wege zur Entwicklung von Resilienz (American Psychological Association, 2008) (Quelle: Eigene Darstellung). S. 22

**Abb.2:** Interpretation Pearson Korrelation. Eigene Darstellung. (Quelle: Bortz, 2005, S.206) S. 32

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Abkürzungsverzeichnis

Max.	(statistisches) Maximum
Min.	(statistisches) Minimum
n	Gesamtstichprobe
RS	Resilienzskala
RS-11	Resilienzskala mit 11 Items
RS-13	Resilienzskala mit 13 Items
RS-25	Resilienzskala mit 25 Items
S.	Seite
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
SGB XI	Sozialgesetzbuch 11
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization
zit.n.	zitiert nach

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 4-1:</b> Interpretation der RS-13 Skala nach Leipert et al. (2008)	S. 28
<b>Tabelle 4-2:</b> Übersicht der Altersverteilung in den Pflegediensten	S. 29
<b>Tabelle 4-3:</b> Übersicht der Berufserfahrung (in Jahren)	S. 31
<b>Tabelle 4-4:</b> Übersicht der Punktwerte in den Pflegediensten	S. 32
<b>Tabelle 4-5:</b> Übersicht der Werte des Korrelationskoeffizienten $r$	S. 34
<b>Tabelle 4-6:</b> Übersicht der Werte des Korrelationskoeffizienten $r$	S. 34

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Das Setting „Arbeitsumgebung“ hat einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Arbeitnehmer\_Innen. Hierbei gelten vor allem die psychischen Belastungsfaktoren als wichtiger Risikofaktor, dessen Einfluss auf die Krankheitsfälle der Mitarbeiter\_Innen umfassend belegt ist. Eine Berufsgruppe mit hohen Belastungen sind vor allem die Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Diese sind nachweisbar höheren Strapazen ausgesetzt, wobei der Stellenwert der ambulanten Pflege für die Versorgung und auch als Beschäftigungssektor in der Zukunft weiter steigen wird. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Messung der Resilienz von Mitarbeiter\_Innen in ambulanten Pflegediensten. Ziel der Untersuchung war eine Feststellung der individuellen Resilienz der Mitarbeiter\_Innen in ambulanten Pflegediensten.

**Methoden:** Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung waren Beschäftigte in der ambulanten Pflege. Im April 2016 fand die Erhebung der Daten in zwei ambulanten Pflegediensten in Hamburg und Boizenburg statt. Es wurde eine quantitative schriftliche Befragung durchgeführt (Rücklaufquote 54%, n=27). Hierbei wurden die soziodemografischen Daten der Teilnehmer\_Innen ermittelt und die Resilienz mittels der Resilienzskala 13 nach Leipert et al. (2008) festgestellt.

**Ergebnisse:** In der Auswertung der Resilienz der Gesamtstichprobe (n=27) zeigt sich ein durchschnittlicher Punktwert der RS-13 von 73, was nach Leipert et al. (2008) einer hohen Resilienzausprägung entspricht. Zwischen den befragten Pflegediensten gibt es bezüglich der Resilienz im Durchschnitt nur sehr geringe Unterschiede. Die Gesamtresilienz und Alter weisen nach Pearson<sup>2</sup> eine mittelstarke Korrelation auf ( $r=0,406$ ). Dies zeigt, dass je älter die befragte Person ist, desto höher ist die Resilienz. Die Berufserfahrung korreliert nur sehr gering positiv mit der Resilienz ( $r=0,238$ ), was auf einen leichten Zusammenhang hindeutet.

**Diskussion:** Die durchgeführte schriftliche Befragung mittels Fragebögen kann hinsichtlich der geringen Rücklaufquote in der Gesamtheit als nicht erfolgreich angesehen werden. In der Gesamtheit ergab sich folgendes Bild: von 50 ausgeteilten Fragebögen konnten 27 zur Auswertung genutzt werden, sodass dies eine Response von 54% ergibt.

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Die vorliegenden Ergebnisse liefern eine gute Diskussionsgrundlage, um danach mit den Mitarbeiter\_Innen der einzelnen Betriebe in einen Dialog zur weiteren individuellen Förderung und Stärkung der Resilienz auch innerhalb des Betriebes zu treten.

## **1. Einleitung**

Es wird immer deutlicher, dass in einer dienstleistungsfokussierten Gesellschaft, wie Deutschland, die Mitarbeiter\_Innen das bedeutendste Leistungspotenzial eines Unternehmens sind (RKI, Fehlzeitenreport, 2011).

Mit dem Leistungspotenzial steigen auch die Anforderungen an die Arbeitnehmer\_Innen immer weiter. So sehen sich viele in der Verantwortung, der eigenen Stellung im Betrieb gerecht zu werden, um auf diese Weise ihren Arbeitsplatz zu sichern. Weiterhin wirkt sich auch steigendes Konkurrenzdenken zur Sicherung des Arbeitsplatzes negativ auf die Arbeitsleistung aus (RKI, Fehlzeitenreport, 2011).

Durch diese wachsenden Anforderungen entstehen Belastungen, die auf die Arbeitnehmer\_Innen einwirken und so auf Dauer höhere Ausfallzeiten bewirken.

Um diese langfristig zu reduzieren, ist es für Arbeitgeber wichtig zu wissen, wie weit sie die „Ressource“ Mensch auslasten können, ohne weitere negative Auswirkungen im Personal zu provozieren.

Ein Indikator dafür ist die Resilienz. Diese gilt als Maß der psychischen Widerstandskraft und hilft unter anderem Individuen trotz Stresssituationen und hohem Arbeitstempo gesund zu bleiben (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.10)

Aufgrund der oft gesundheitsbelastenden Arbeitsumstände innerhalb der Pflegebranche soll in der vorliegenden Bachelorarbeit im Rahmen einer Fragebogenerhebung die Resilienz der Mitarbeiter\_Innen in Pflegediensten bestimmt werden.

Nach einer Einführung in den theoretischen Hintergrund zur Resilienz und deren Stellenwert in der Pflege wird die Möglichkeit der Erfassung mittels der Resilience Scale 13 dargestellt. Daraufhin wird das methodische Vorgehen erläutert und anschließend werden die Ergebnisse vorgestellt. Im Diskussionsteil erfolgt die Interpretation der Resultate im Hinblick auf die Fragestellungen dieser Arbeit. Den Abschluss bildet ein Fazit.



## **2.Theoretischer Hintergrund zu Resilienz im ambulanten Pflegedienst**

Im Folgenden wird auf die Bedeutung der psychischen Widerstandskraft im Hinblick auf die Arbeit in der ambulanten Pflege eingegangen. Es werden Definitionsansätze, sowie Merkmale erläutert, die Entstehung der Resilienzforschung mit Schwerpunkten zu Emmy Werner und Aaron Antonovsky wiedergegeben und empirisch belegte Schutzfaktoren genannt. Abschließend wird resilientes Verhalten im Erwachsenenalter thematisiert.

### **2.1 Die Ambulante Pflege – ein wachsender Sektor mit zunehmender Bedeutung**

Durch die fortlaufende Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen konnte der Anteil der häuslichen Pflegedienste an der Versorgung ambulant gepflegter Individuen zwischen 1999 und 2013 langsam, aber beständig von 28,8% auf 33,1% anwachsen (Gesundheit in Deutschland, 2015).

Seit 1999 ist sowohl die Zahl ambulanter Pflegedienste, wie auch die Zahl der in der ambulanten Versorgung Beschäftigten angestiegen. So lag der absolute Betrag der Pflegedienste 1999 noch bei nur 10.820 – 2013 konnten schon 12.745 vermerkt werden. Des Weiteren hat die Größe der ambulanten Pflegedienste hat, gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen, der pro Pflegedienst Beschäftigten und der geschätzten Vollzeitäquivalente, zugenommen. Die Pflegestatistik 2015 zeigt auch hier deutlich die Unterschiede im Vergleich zwischen den Jahre 1999 und 2013. 1999 gab es durchschnittlich 38,4 Patienten\_Innen. Im letzten gemessenen Jahr erhöhte sich diese Zahl auf 48,3. Auch die Zahl der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten zeigt diesen Trend. Im ersten Jahr der Messung, 1999, waren es im Durchschnitt 17 Mitarbeiter\_Innen, 14 Jahre später 25,1 pro Pflegedienst. Im Vergleich von 2003 mit circa 8,5 Vollzeitstellen wird auch hier der wachsende Trend deutlich: 2013 wurde als Durchschnittswert 16,7 Stellen in Vollzeit besetzt (Gesundheit in Deutschland, 2015).

Wird die Zahl der neu gewonnenen Vollzeitstellen der Pflegedienste mit der Zahl der Pflegebedürftigen verglichen wird deutlich, dass die Zahl der zu Pflegenden pro Vollzeitkraft von 5,0 auf 4,1 gesunken ist. Dies ist ein Indikator für die Strukturverbesserung innerhalb der Versorgung im ambulanten Bereich. Als Limitation muss hier allerdings angemerkt werden, dass ein Zusammenhang mit dem speziellen Pflege- und Versorgungsbedarf von PatientenInnen mit gerontopsychiatrischer Erkrankungen sowie Demenz besteht (Gesundheit in Deutschland, 2015, S.328).

## **2.2 Der Stellenwert der Resilienz in der Pflege**

Bei stetig steigenden Anforderungen und steigender Bedeutung der Arbeit im alltäglichen Leben von Arbeitnehmer\_Innen wird deutlich, dass die psychische Gesundheit stärker in den Vordergrund rückt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Rückblickend zeigt sich, dass 2012 psychische Erkrankungen für mehr als 53 Millionen Krankheitstage sorgten, diese der Grund für 41% der Frühberentungen waren und dass das Alter des Eintritts in die Frühberentung auf mittlerweile 48 Jahre gesunken ist (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Es gibt Berufsgruppen, in denen zusätzlich zu den psychischen Anforderungen auch noch körperliche Belastungen einwirken. Dazu gehören Arbeitnehmer\_Innen in der Pflege, die in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege arbeiten (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

2012 wurden im Hinblick auf die Erwerbstätigenbefragung der BIBB/BAuA der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin insgesamt 746 Beschäftigte in der Pflege im Vergleich zu der Gesamtstichprobe von 19.290 Erwerbstätigen in verschiedenen Berufsbranchen zu den Arbeitsbedingungen befragt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Arbeitnehmer\_Innen in Pflegeberufen im Vergleich zu denen der Gesamtstichprobe höheren Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Die Demografieentwicklung bedeutet nicht nur, dass der Anteil älterer Beschäftigter in Zukunft steigen wird, sondern auch, dass es zu einer Steigerung des Bedarfs an Pflegekräften kommt. Diese werden immer älter, da als Wirkung des oben genannten Demografie Modelles auch das Renteneintrittsalter weiter erhöht.

In der Befragung zeigt sich, dass vor allem körperliche Belastungen, wie „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen von schweren Lasten“ und „Arbeiten in Zwangshaltung“ deutlich häufiger vorkommen als in anderen Berufsgruppen der Gesamtstichprobe. Weiterhin entstehen durch die zeitlichen Unregelmäßigkeiten der Beschäftigung in der Berufsgruppe der Pflegenden weitere Belastungsfaktoren. So geben 45% der Krankenpfleger\_Innen und 38% der Altenpfleger\_Innen an, dass sowohl das Sozialleben, als auch die Erholungspausen durch die Schichtarbeit eingeschränkt werden. Weiterhin sind auch die Erholungszeiten innerhalb des Arbeitstages zu kurz: 45% der Krankenpfleger\_Innen und 39% der Altenpfleger\_Innen bestätigen, dass häufig ganze

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Pausen aufgrund von zu viel Arbeit entfallen müssen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Nach den körperlichen und zeitlichen Faktoren sind auch die psychischen Datenwerte in der Berufsgruppe kontinuierlich erhöht. Besonders auffällig ist in der Gruppe der Krankenpfleger\_Innen, dass 66% unter „starken Termin- und Leistungsdruck“ stehen, sowie „häufige Störungen und Unterbrechungen“ leiden, 75% der Befragten mehrere Arbeiten gleichzeitig verrichten und über 50% „sehr schnell arbeiten“ als Belastungen angeben (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Zusätzlich geben 34% der Krankenpfleger\_Innen und 30% der Altenpfleger\_Innen an, dass sich ein Gefühl der Überforderung einstellt – etwa doppelt so viel wie der Durchschnitt. Zudem wird deutlich, dass muskuloskeletale und psychovegetative Beschwerden überdurchschnittlich hoch sind – weniger als ein Drittel der Befragten sind frei von Beschwerden. Durch diese Aussage wird deutlich, wie stark belastete diese ausgewählte Berufsgruppe im Vergleich zu Anderen belastet ist. Auch dieses Ergebnis zeigt die starken Belastungen der Pflegeberufe im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen der Gesamtstichprobe. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Trotz vieler auf die Gesundheit negativ wirkender Faktoren, wie Zeitdruck, körperliche Belastungen und psychische Belastungen, werden in der Datenerhebung auch die gesundheitsförderlichen Ressourcen angezeigt. So wird deutlich, dass über 90% ihren ausgeübten Beruf als wichtig empfinden. Auch andere positive Einflüsse wie gute Zusammenarbeit untereinander, interne Unterstützung und die Teamfähigkeit liegen höher als der Durchschnitt der Vergleichsgruppe (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014).

Insgesamt wird durch die Erhebung deutlich, dass durch verschiedene Faktoren hohe Anforderungen und somit auch Belastungen entstehen, die körperlich als auch psychisch auf die ArbeitnehmerInnen einwirken. Weiterhin zeigt sich durch die BIBB/BAuA, dass für die Zukunft der Pflegebranche das Schaffen von gesunden und guten Arbeitsbedingungen immer wichtiger wird. Eine weitere Schlussfolgerung aus der Erhebung ist neben den ergonomischen Versuchen der Arbeitserleichterung auch der psychischen Gesundheit einen großen Stellenwert zu zurechnen. Hier setzt die Resilienz an, sodass oben genannte positive Ressourcen bestmöglich genutzt werden.

### 2.3 Definitionsansätze und Merkmale von Resilienz

Unter dem englische Begriff „resilience“ wird übersetzt die Fähigkeit des Widerstandes, aber auch Spannkraft und Elastizität verstanden. Hiervon abgeleitet hat sich der Begriff „Resilienz“ entwickelt.

In der Literatur gibt es viele unterschiedliche Definitionen, allen gemein ist aber immer ein Bestandteil, dass ein Individuum mit Erfolg belastende Lebensumstände meistert und zukünftig weitestgehend nicht von negativen Folgen beeinflusst ist (Wustmann, 2004, zit. n. Fröhlich Gildhoff, Rönna-Böse, 2009 S.9.).

Definitionen von Resilienz sind vor allem abhängig von den Kritikpunkten, die als Bewertung angesehen werden. Hierbei besteht die Auswahl zwischen external und bzw. oder internal. Unter externalen Kritikpunkten versteht sich die Anpassungsfähigkeit an das soziale Umfeld, wobei internal die persönliche Emotionslage des Individuums miteinschließt (Bengel et al. 2009 zit. n. Fröhlich Gildhoff, Rönna-Böse, 2009, S.9).

Corinna Wustman definiert Resilienz als:

*„die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken.“* (Wustmann, 2004, S.18).

Wichtig ist, dass resilientes Verhalten keine Charaktereigenschaft ist, sondern zwei Voraussetzungen hat. Als erste gilt, dass das Individuum sich in einer Risikosituation befindet, welche potenziell mit einer Gefährdung einhergeht. Die zweite Voraussetzung für Resilienz bezieht sich als Schlussfolgerung darauf, dass diese Risikosituation durch schon existente Befähigungen zum Positiven verkräftet wird (Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2009, S.10).

Zu Beginn der Resilienzforschung wurde angenommen, dass die Resilienz als Fähigkeit angeboren ist, dies erwies sich jedoch im Verlauf der Zeit als nicht korrekt. Vielmehr entsteht eine Entwicklung durch die Wechselbeziehung zwischen Umwelt und Individuum, sodass Resilienz als „dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess“ (Wustmann, 2004, S. 28) zu verstehen ist. In Folge dessen wird verständlich, dass resilientes Verhalten sich in der Lebensspanne eines Individuums verändert – je nachdem, was für Erfahrungen in dieser Zeit gemacht werden (Rutter, 2000, S.21-38).

Ein weiteres Merkmal der Resilienz ist die „variable Größe“ (Wustmann, 2004, S.30). Es ist also keine feste Stärke, die Invulnerabilität garantiert, sondern es kann der Fall sein, dass ein Individuum zu einem Zeitraum ein resilienteres Verhalten aufweist, als in anderen Momenten.

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN

Welter-Enderlin definiert zur Ergänzung der entwicklungspsychologischen Sicht folgendes:

*„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und Anlass für Entwicklung zu nutzen“*

(Welter-Enderlin 2006, S.13).

Dadurch zeigt sich, dass vor allem soziale Faktoren, wie das Vorhandensein einer nahestehenden Person zu der ein enges persönliches Verhältnis besteht, eine wichtige Bedeutung für eine gesunde Entfaltung haben. Auch Gabriel (2005) setzt weiterhin einen Schwerpunkt auf die Bedeutung von Familie, sozialem Umfeld, Erziehung und Bildung zur Resilienzentwicklung (Gabriel, 2005, S.207-217). Lösel und Bender (2008) setzen sich dafür ein, dass ein Resilienzfaktor vielseitige Auswirkungen in verschiedenen Situationen haben kann, was Studienergebnisse beweisen. So nehmen Individuen mit hohen Intelligenzquotienten ihr Umfeld vielseitiger wahr und sind anfälliger für Stressbelastungen. Andererseits können sie aber auch strategischer planen und Situationen schneller verarbeiten (Lösel, Bender, 2008, S. 60).

Deutlich wird also, dass Resilienz nicht über den gesamten Ablauf des Lebens stabil und auch nicht auf alle Lebensbereiche übertragbar ist. Aus diesem Grund ist ein weiteres Merkmal, im Gegensatz zu den Annahmen zum Beginn der Forschung zu diesem Gebiet, die Situationsspezifität.

Durch die zahlreichen vielseitigen einwirkenden Faktoren ist es wichtig, Resilienz fortwährend aus multidimensionaler Sicht zu betrachten.

Bei weiteren Definitionsansätzen wird ein Schwerpunkt auf den Hintergrund der Risikosituation gesetzt. Demnach besteht nur dann ein resilientes Verhalten, wenn die starke Risikosituation besser verarbeitet wurde, als generell angenommen werden kann (Zander 2011 zit. n. Fröhlich Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.12). Weiterhin ist ein Ansatzpunkt, dass Resilienz aus verschiedenen Einzelfähigkeiten entstehen kann, wie Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse es beschreiben (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.12). Diese beschriebenen Fähigkeiten sind wichtig, um Gegebenheiten im Alltag zu bewältigen und entwickeln sich in unterschiedlichen Situationen. Sie werden individuell aktiviert und festigen sich im Verlauf als Resilienz (Fröhlich Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.12).

## 2.4 Vorläufer der Resilienz und ähnliche Konzepte

Der Wortlaut „ego-resiliency“, übersetzt „Ich-Resilienz“, wurde erstmals in den 1950er Jahren von dem Psychologen Jack Block zusammen mit der „ego-control“ („Ich-Kontrolle“) benutzt (Letzring et al., 2005, S. 395-422).

### **Ich-Kontrolle**

Diese bezieht sich auf das Ausdrücken bzw. das Unterdrücken von Impulsen, in dem sich Individuen mitunter stark unterscheiden. Hierbei wird zwischen Über- und Unterkontrolle unterschieden, wobei überkontrollierte Individuen ihre Emotionen tendenziell eher zurückhalten. Diese haben Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen und schieben Belohnungen auf. Durchgehende Konzentration ohne großes Ablenkungspotenzial ist ein weiteres Merkmal für überkontrollierte Personen. Dies zeigt deutlich, dass sie ihre persönlichen Reaktionen sehr genau kontrollieren, was dementsprechend Vor-, aber auch Nachteile birgt.

Impulsive und spontane Reaktionen sind währenddessen ein Merkmal für unterkontrollierte Individuen. Diese sind also auf der Gefühlsebene schnell zu erregen und haben im Gegensatz zu den überkontrollierten Personen eine geringe Aufmerksamkeitsspanne und Konzentration (Leipold, 2015, S.28).

### **Ich-Resilienz**

Die Ich-Resilienz ist eine weitere wesentliche Facette der individuellen Persönlichkeit. Diese benennt die Möglichkeit, das Maß der Ich-Kontrolle situationsbedingt zu verändern. Hierzu gehört die Fähigkeit der Anpassung der Impulsivität, wodurch im sozialen Kontext Vorteile entstehen können (Leipold, 2015, S.28).

### **Hardiness**

Die Widerstandfähigkeit eines Individuums ist ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal in der Resilienzforschung (Knoll et al., 2013, zit. n. Leipold, 2015, S.27). Kobosa verglich hierzu zwei Gruppen von Männern, die ein vergleichbares kritisches Lebensereignis erfahren haben, aber unterschiedliche Gesundheitszustände aufwiesen, welche durch eine Liste von Krankheiten erhoben wurde. Resultat dieser Erhebung war, dass der Teil mit erhöhten Stress-, aber geringeren Krankheitsanteil (die Resilienten) über mehr Selbstverpflichtung (commitment), sowie mehr internale Kontrollüberzeugung (control) verfügten und

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Änderungen als Aufforderungen (challenge) ansahen. Diese Reaktion benannte Kobosa als Hardiness (Leipold, 2015, S.27).

Persönlichkeitstheorien zeigen also vielseitige Kompetenzen auf, über die Individuen unterschiedlich stark verfügen und die zur Begründung von Resilienz benutzt werden. Diese Kompetenzen und deren Entwicklung und Beeinflussung sind nach Maddi (2013) abhängig von einem Muster der Einstellungen und Strategien, welche aus commitment, control und challenge bestehen. Im Zusammenspiel bilden diese drei Hardiness. Gestärkt und somit verändert werden können diese laut Maddi durch soziale Unterstützung von beispielsweise Eltern (Maddi, 2013, zit. n. Leipold, 2015, S.28)

### **Coping**

Unter Maddis Definition von Hardiness ergeben sich Überschneidungen mit der Bewältigungsform des problemorientierten Copings (Folkman & Lazarus, 1980, zit. n. Leipold, 2015, S.28).

In Anlehnung an Folkman und Lazarus wird zwischen problemorientierten und emotionsorientierten Coping unterschieden (Smith, Kirby, 2011, S.195-208). Unter problemorientierten Coping werden Strategien bezeichnet, welche das Problem beseitigen. Emotionsorientiertes Coping bezieht sich auf das Verändern oder Verringern von den emotionalen Reaktionen auf Stress (Leipold, 2015, S.29).

## **2.5 Resilienzforschung**

Rückblickend entstand die gegenwärtige Resilienzforschung durch zwei verschiedene Ansätzen innerhalb der Entwicklungspsychologieforschung. Erste Vorarbeiten zur Untersuchung der Gesundheit und deren Erhaltung kamen von Aaron Antonovsky und werden den Gesundheitswissenschaften zugeordnet (Bengel, Lyssenko, 2012, S.11).

Dieser integrierte in seiner Konzeption zur „Salutogenese“ einzelne der wegweisenden Entstehungen und Richtungen, unter deren Blickwinkel die Überlegung und Interpretation seines Konzeptes geschehen sollte. In den 1950er Jahren entstand zusätzlich dazu als Nebenergebnis von Studien zur Entwicklungspsychologie bzw. Entwicklungspathologie bei Kindern und Jugendlichen eine fächerübergreifende Richtung der Forschung, welche unter „Resilienz“ komprimiert wird. Die damaligen Forscher\_Innen erhielten das Ergebnis, dass einige Kinder und Jugendliche trotz nachteiliger Lebensumstände zu gesunden Erwachsenen heranwachsen. Dadurch entstand die Fragestellung, welche Umstände nötig sind, um eine „gesunde“ Entfaltung zu gewährleisten (Werner, 1993, S.91-105)

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Die Auswirkungen der oben genannten Forschungsansätze von Antonovsky sind bis in die Gegenwart in den verschiedenen Definitionsansätzen deutlich erkennbar.

Trotzdem gelten die Studien zur Untersuchung von langwierigen Auswirkungen von Schwierigkeiten um den Geburtszeitraum und risikostarker Entwicklungsbedingungen für die spezifische Entfaltung und Anpassungsfähigkeit der Kinder als Anfang der Resilienzforschung. Nur langsam wurde die Forschung nach gesundheitsfördernden Faktoren auf das Erwachsenenalter übertragen, weiterhin wurde ein Fokus auf die Auswirkung von möglichen traumatischen Erfahrungen untersucht (Bonanno, 2004, S.20-28).

Eine methodische Erforschung der psychischen Widerstandskraft begann am Ende der 1970er in Großbritannien und Nordamerika. Auch in Deutschland wurde die Resilienzforschung in den späten 1980er zum festen Bestandteil der Wissenschaft und wurde zum Ende der 1980er in Deutschland zu einem Standard (Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2009, S.13).

Ein großer Einfluss geht zurück auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, auf den nun im nächsten Abschnitt weiter eingegangen wird.

### **2.5.1 Perspektivwechsel von Pathogenese zur Salutogenese (Aaron Antonovsky)**

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky beeinflusste mit seinen Studien den Perspektivwechsel von der Pathologie auf die Salutogenese und damit einhergehend auf die Resilienz maßgeblich (Bengel, Lyssenko, 2012, S.14).

Antonovsky, legte den Fokus seines salutogenetischen Konzeptes auf die protektiven Faktoren und Schutzressourcen von Individuen und hinterfragt, was hilfreich ist, um schwierige Lebensumstände bzw. Lebensbedingungen maximal erfolgreich zu verkraften. Gemeinsamkeiten zwischen Resilienz und Salutogenese zeigen sich also in der Grundannahme, dass der Mensch schon über Ressourcen verfügt, die hilfreich bei der Verarbeitung von widrigen Bedingungen sind. Wichtig ist, dass diese Ressourcen gestärkt werden, um so die Widerstandsfähigkeit gegen Risiken zu erhöhen und nicht die einzelnen krankmachenden Einflüsse bekämpft werden. (Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse, 2009, S.14)



## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Weiterhin nutzt die Resilienzforschung das von Antonovsky beschriebene Kohärenzgefühl als individueller Bestand. Dieses setzt sich aus drei wesentlichen Bestandteilen zusammen: dem Gefühl der Verstehbarkeit von gegenwärtigen Zuständen („sense of comprehensibility“), dem Gefühl der Handhabbarkeit („sense of managability“), also auch schwierige Umstände zu verkraften und die Stärke zu haben dies ändern zu können und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit („sense of meaningfulness“) von widerfahrenen Ereignissen.

Deutlich wird also, dass lediglich verschiedene Schwerpunkte in den beiden Ausfertigungen gesetzt werden. Die Salutogenese legt den Fokus auf die protektiven Faktoren zur Gesundheitserhaltung, die Forschung der Resilienz hingegen fokussiert sich auf den Prozess der Bewältigung von Problemen. Weiterhin ist die Resilienz eher methodenorientiert, sodass diese sich in der Gesamtheit in das Modell der Salutogenese einarbeiten und hinzufügen lässt (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.14).

### **2.5.2 Resilienzforschung von Emmy Werner**

In der Gesamtheit wurden seit dem Anfangspunkt der Forschung zur Resilienz 19 Längsschnittstudien in den USA, Australien, Neuseeland und Europa durchgeführt (Werner, 2006, S.91-105). Eine der bekanntesten Studien ist die Kauai Studie von Werner und Smith. Emmy Werner, eine Amerikanerin, wird als Pionierin der Resilienzforschung bezeichnet. Zusammen mit der Gruppe von Forscher\_Innen um Ruth S. Smith begleitete Sie den kompletten Geburtsjahrgang 1955 von der hawaiianischen Insel Kauai über 40 Jahre. Insgesamt wurden 698 Personen beobachtet und Daten mit Schwerpunkt zur Gesundheit- und Lebensentwicklung mittels Interviews gesammelt (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse, 2009, S.15).

Ein Drittel der Stichprobe lebte mit hohen Risiken, wie dauerhafter Armut, psychisch erkrankten Eltern oder anderen familiären Problemen. Festgestellt wurde von Werner und Smith, dass bei gut 30% dieser Gruppe eine gute Entwicklung statt fand und es zu keinen Auffälligkeiten im Verhalten wie bei den anderen zwei Drittel kam.

Diese konnten sich auf zwischenmenschliche Beziehungen einlassen, waren erwerbstätig, glücklich mit in ihrem Beruf und generell zuversichtlich. Im späteren Alter der Probanden zeigte sich weiterhin, dass diese im Vergleich zu den Anderen eine geringere Todesrate, weniger bleibende Krankheitsprobleme und weniger Ehescheidungen aufwiesen. Des Weiteren zeigten sich in der resilienten Probandengruppe protektive Fähigkeiten, so beispielsweise einen stabilen

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Familienzusammenhalt, eine emotionale Bezugsperson, hohe Sozialkompetenzen und positive Selbstwirksamkeitserwartungen. Durch diese schützenden Faktoren konnten sich die Kinder bzw. später den Erwachsenen helfen, sich zu entwickeln. Werner nannte dies „Kette schützender Faktoren“, welche miteinander interagieren und sich gegenseitig verstärken (Bengel et al. 2009, zit. n. Gildhoff-Fröhlich, Rönnau-Böse, S.16).

### **2.6 Wissenschaftlich bestätigte Befunde zu Resilienzfaktoren**

Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse zu Schutz- und- Resilienzfaktoren beleuchtet.

#### **Positive Emotionen als Resilienzfaktor**

Menschen, die in einer gewissen Kontinuität positive Empfindungen und Stimmungen, wie Optimismus, Begeisterung und Neugier erleben, werden häufig als „glücklich“ bezeichnet (Bengel, Lyssenko, 2012, S.45). In diesem Zusammenhang wird „glücklich“ auch mit Erfolg in unterschiedlichen Teilen des Lebens assoziiert. Auch empirische Studien zeigen, dass positive Emotionen in einem starken Zusammenhang mit physischer, als auch psychischer Gesundheit, Berufserfolg und einem ausgelasteten Sozialleben steht. Dazu ergänzen weiterhin wichtige persönliche Merkmale, wie ein hohes Selbstbewusstsein und ein befriedigendes Selbstwertgefühl, die Studien von positiven Emotionen als Schutz- und Resilienzfaktor. Positive Emotionen gelten aber nicht nur als Ergebnis von Gesundheit, Erfolg und Co., sondern können diese auch fördern.

So wiesen fröhliche („cheerful“) Individuen 16 Jahre später ein höheres Einkommen als die weniger Fröhlichen auf (Diener, Nickerson, Lucas und Sandvik, 2002, S.229-259).

Weiterhin kam eine australische Studie von Marks und Flemming (1999) zu dem Ergebnis, dass die Heiratswahrscheinlichkeit bei Individuen mit hohen Werten einer entwickelten Skala, die „glücklich sein“ als Wert misst, vergleichsweise doppelt so hoch ist, wie bei den „weniger Glücklichen“ (Marks und Flemming, 1999, S.301-323).

Es zeigt sich, dass positive Gefühle einen Einfluss auf das Immunsystem haben. Dabei setzten Forscher\_Innen physisch gesunden Erwachsenen Erkältungsviren aus und dokumentierten, wie hoch die Rate der Infizierung lag und bei wem Symptome einer Erkältung ausbrachen. Dabei entstand ein klinisch bedeutender Zusammenhang zwischen der persönlichen Abwehrkraft und den Viren (Bengel, Lyssenko, 2012, S.45). Des Weiteren beschäftigen sich Forscher\_Innen mit der Frage, ob diese positiven

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Gefühle auch angesichts kritischer Lebensereignisse eine Wirkung als Schutzfaktor nachweisen können. Eine niederländische Zwillingsstudie von Geschwind et al. (2010) zeigt, dass die Fähigkeit, sich über alltägliche Erlebnisse freuen zu können, einen schützenden Effekt für Individuen darstellt, die stark negative Situationen in ihrem Leben erfahren mussten (Geschwind et al. 2010, S.129-138).

Da die überwiegenden Ereignisse, die als Stressor untersucht werden, stark negativ deklariert sind, entsteht immer wieder eine Diskussion darüber, ob positive Gefühle überhaupt erwartet werden können. Dieses wurde durch frühe Studien bestätigt: Individuen berichteten von negativen, als auch positiven Emotionen in kritischen Lebenslagen (Folkman, 2008, S.3-14). Es zeigt sich scheinbar eine Schutzwirkung durch die Fähigkeit des gleichzeitigen Erlebens von positiven Gefühlen trotz des gegenwärtigen Stressors.

In der gegenwärtigen Resilienzforschung beziehen sich ForscherInnen überwiegend auf das „dynamische Affektmodell“ („Dynamic Model of Affect“ von Davis, Zautra und Smith 2004, Zautra, Smith, Affleck und Tennen 2001). Dieses Modell bezieht sich auf die Kapazität, die der Mensch an Informationen verarbeiten kann, um erlebte Emotionen zu erläutern.

Dies bedeutet, dass Individuen im alltäglichen Leben positive und negative Mitteilungen miteinander vergleichen und abwägen können, welche sie mehr belasteten. Daraus folgt, dass in Stress- oder Gefahrensituationen eine zügige Verarbeitung der Informationen entsteht und der Schutz höchste Priorität hat. Es kommt zur Einschränkung der Emotionserlebnisse und ein Kontinuum von Positivem und Negativem entsteht. Allerdings verdrängen in dieser Situation die negativen die positiven Gefühle. Nach diesem theoretischen Modell sind vor allem dann Individuen resilient, wenn sie trotz der stark aufkommenden negativen Emotionen noch die Positiven zulassen.

Die Grundaussagen des oben beschriebenen Modells wurden in verschiedenen Untersuchungen bestätigt, so beschäftigte sich beispielsweise die Gruppe um Alex Zautra mit Schmerzpatienten (Davis, Zautra und Smith 2004, zit. n. Bengel, Lyssenko, 2012, S.46).

Die Ergebnisse der Studien zeigt, dass positive Emotionen das Stresslevel von nicht beeinflussbaren Schmerzaufkommen verringern (Strand et al. 2006) und soziale Beziehungen dadurch als größere Unterstützung empfunden werden (Davis et al. 2004, S. 1133–1159).

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Barbara Fredrickson entwarf zur Auseinandersetzung der Funktionalität der positiven Gefühle die „Broaden and built theory of positive emotions“. Fredrickson erweiterte so die Annahme der Stressforscher Lazarus, Kanner und Folkman, welche besagten, dass das Widerfahren von positiven Gefühlen gleichgesetzt ist mit einer kurzen Auszeit der Psyche, wodurch es zur Bewältigung kommt und vorhandenen Ressourcen vervollständigt werden können. Nach Fredricksons Ausführung haben Emotionen durch die Entwicklungsgeschichte mehrere Funktionen, als Stütze dieser These zieht sie Laborexperimente heran, die beweisen, dass positive Gefühle dafür sorgen, dass in Notsituationen die körperliche Aufregung zurück geht und so Ressourcen wieder freigegeben werden können (Fredrickson, Tugade, Waugh und Larkin 2003, S. 365–376).

Dieser Zustand (auch „cognitive broadening“) wird als Erweiterung der kognitiven Kapazität angesehen, so dass in Notsituationen Dank verstärkten Einfallsreichtum, Reaktionsvermögen und effizientere Bewältigung der Situation schneller umgesetzt werden können.

Dieser Effekt hat weiterhin einen Einfluss auf längerfristige Bewältigungsstrategien und das allgemeine Wohlfühl von Individuen (vgl. Fredrickson und Joiner 2002, S. 172–175). Da durch Ressourcenbildung und die Wiederholung von positiven Erlebnissen diese positiven Gefühle verinnerlicht werden („resource building“). So wurde anhand von Studierenden gezeigt, dass das resource building ein signifikanter Prädiktor für eine Steigerung der Resilienz war (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels und Conway 2009, S. 361–368).

### **Kritik an Positiven Emotionen als Resilienzfaktor**

Es zeigt sich, dass das Durchleben von positiven Gefühlen widerspruchsfrei ein Schutzfaktor darstellt. Dies ist aber abhängig von der Regelmäßigkeit des Erlebens dieser Emotionen im Verhältnis zur Häufigkeit des Auftretens von negativen Gefühlen (Bengel, Lyssenko, 2012, S.47).

Bezüglich des dynamischen Affektmodells von Fredrickson (1998) muss durch weitere Studien nachgewiesen werden, ob die Fähigkeit des gleichzeitigen Erlebens von negativen und positiven Gefühlen mit dem individuellen geistlichen Können zusammenhängt (Bengel, Lyssenko, 2012, S.48).

Ein weiterer Kritikpunkt an Studien, die sich mit dem Erleben von positiven Emotionen befassen, ist die Möglichkeit der hohen Überschneidung mit dem Modell des

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

„dispositionellen Optimismus“, mit dessen Einstellung davon ausgegangen wird, dass „alles schon irgendwie gut wird“. Die Abgrenzung zwischen Optimismus und den positiven Emotionen muss also in den nächsten Studien besondere Beachtung geschenkt werden (Bengel, Lyssenko, 2012, S.48).

In der Forschung der positiven Emotionen ist ein weiterer Kritikpunkt die Differenz zwischen den aktivierenden (beispielsweise heiter und enthusiastisch) und nicht aktivierenden Emotionen (wie glücklich und optimistisch). Da in den Studien aktivierende Emotionen abgefragt werden, ist es fraglich, ob sicher dieser Ergebnisteil tendenziell nur auf die aktivierende Wirkung zurückführen lässt.

Zu erwähnen ist, dass trotz dieser nicht geklärten Fragen die bisherigen Ergebnisse die Forschung der Resilienz stark angeregt haben (Bengel, Lyssenko, 2012, S.48).

### **Optimismus als Resilienzfaktor**

Schon seit circa 30 Jahren wird der Zusammenhang zwischen einer optimistischen Lebenseinstellung und einer daraus resultierenden gesundheitsförderlichen individuellen Charaktereigenschaft erforscht. Schleier und Carver (1985) stellten die populärste Theorie des Optimismus auf. Diese besagt, dass die zuversichtliche Einstellung als temporäre und situationsbedingt solide Neigung zu „positiven Ergebniserwartung“ zu verstehen ist, sodass diese Erwartung das weitere Verhalten beeinflusst und wesentlich verantwortlich ist für die Wahl der Bewältigungsstrategie. In der Persönlichkeitspsychologie wird dieses Modell auch das des „dispositionellen Optimismus“ genannt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass eine bestimmte Verhaltensweise durch die erwarteten Konsequenzen der Person beeinflusst wird. Es wird davon ausgegangen, dass optimistische Personen eher positive Resultate erwarten, sodass sie einen größeren Wert auf die Durchhalte- und Handlungsbereitschaft legen. Zeitgleich durchleben sie während der Durchführung einer Handlung verstärkt positive Emotionen (Carver und Schleier 1990, S. 3–52).

Nach Seligman (1990) ist Optimismus eine „positive Ursachenzuschreibung“, bei der sich Personen positive Ereignisse als beständig, verbunden und internal verdeutlichen (Seligmann 1990, zit. n. Bengel, Lyssenko, 2012, S. 49). In der Gesundheitspsychologie ist der Zusammenhang zwischen Optimismus und physischen, sowie psychischen Gesundheit signifikant nachgewiesen, Hoyer (2000) verweist auf Studien mit Krebspatient\_Innen und Aidsinfizierten, welche den Zusammenhang zwischen einer positiven Lebenseinstellung und einer gestärkten psychosozialen Annäherung

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

aufweisen. In diesen Studien wird davon ausgegangen, dass einerseits Optimismus Einfluss auf die Immunabwehr, andererseits aber auch Einfluss auf einer generell gesunden Lebenseinstellung hat und so förderlich für den Einsatz von aktiven Lösungsstrategien in schwierigen Lebensphasen ist (Hoyer 2000, S. 111–122).

Eine weitere Annahme in der Gesundheitspsychologie ist, dass durch dieses lösungsfokussierte Verhalten optimistische Personen weniger negative Umstände erleben müssen und mehr Unterstützung durch Freunde, Familie etc. erleben. Eine Studie, die dieses beweist, wurde von Grote und Kollegen (2007) durchgeführt. Hierbei ergab sich, dass aus einer Gesamtstichprobe von wirtschaftlich schlechter gestellten Frauen in Amerika, Frauen mit positiver Lebenseinstellung weniger unter akuten und chronischen Stressfaktoren litten und auch – sollten sie diesen doch ausgesetzt sein – ein geringeres Depressionsniveau aufwiesen (Grote et al. 2007, S. 19–33).

Durch eine norwegische Studie wurde außerdem deutlich, dass Optimismus sich auch auf Individuen auswirkt, welche starken Stressfaktoren ausgesetzt waren. Diese wiesen eine signifikant geringere psychische Beanspruchung nach. In dieser Studie zeigte sich, dass Optimismus ein Jahr nach Aufenthalt auf der Intensivstation eines Krankenhauses ein guter Vorhersagewert für geringere Symptome von Angst und Depressionen ist. Es gibt Untersuchungen die zeigen, dass diese Lebenseinstellung einen Zusammenhang mit einer höheren Lebensqualität, welche nicht nur auf die westliche Kultur beschränkt ist, nachweist (Frain, Berven, Chan und Tschopp 2008, S. 16–27).

### **Kritik an Optimismus als Resilienzfaktor**

Deutlich wird, dass Optimismus als Resilienz- und Schutzfaktor empirisch belegt ist. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Tendenz zur aktiven Lösungssuche vor der psychischen Belastung schützt. Weiterhin haben Individuen mit positiver Lebenseinstellung eine realistischere Sicht auf gegenwärtige Problemsituation, sodass aktiv Lösungen gesucht werden um diese Situation zu ändern (Scheier und Carver 1992, zit. n. Bengel, Lyssenko, 2012, S.50).

Bei der kritischen Betrachtung muss auch auf den oben genannten dispositionellen Optimismus nach Scheier und Carver ein Augenmerk gelegt werden, da dieser stark mit anderen Variablen der Persönlichkeitsmessung korreliert, welche auch als Schutzfaktoren erforscht werden (Sumer, Karanci, Berument und Gunes 2005, S. 331–342).

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Dieser Wirkungsmechanismus zwischen anderen Persönlichkeitsmerkmalen und Optimismus ist kaum zu untersuchen, da die Items der Fragebogenerhebung meist zu ähnlich ausgedrückt sind, sodass kaum eine Differenz aufzuweisen ist (Hoyer, 2000, S. 111–122). Auch wird diskutiert, ob diese Trennung überhaupt notwendig ist, oder ob die Gesamtheit dieser für die psychische Gesundheit maßgeblich ist (Bernard, Hutchison, Lavin und Pennington 1996, S. 115–131).

### **Hardiness als Resilienzfaktor**

Das Konzept der Widerstandsfähigkeit, oder „Hardiness“ wurde erstmals von Susan Kobasa und Salvatore Maddi zwischen 1975 und 1979 angefertigt. Dabei untersuchten diese die Belastungen von Manager\_Innen während der Arbeitszeit in einem großen US-amerikanischen Unternehmen. Sie unterteilten das Modell in drei Faktoren: Engagement, Kontrolle und Herausforderung. Ersteres versteht es, sowohl im privaten als auch im sozialen Leben die Bedeutung zu finden und so diese Bereiche auch durch Interesse weiter zu verfolgen.

Durch Kontrolle wird signalisiert, dass ein aktives Interesse daran besteht, Situationen ändern zu können und zu wollen – ihnen also nicht machtlos gegenüber zu stehen. Der dritte Aspekt, die Herausforderung, sagt aus, dass die Person Veränderungen nicht als negativ und schlecht sieht, sondern sie als Möglichkeit sich weiter in der gegenwärtigen Lebenssituation zu verbessern sieht.

Salavtore Maddi befürwortet diese drei Gesichtspunkte als die wichtigsten Faktoren in misslichen Lebenssituationen (Bengel, Lyssenko, 2012, S.69).

Kobosa veröffentlichte dieses Modell das erste Mal 1979. Seitdem wurde dieses in verschiedenen Studien vor allem zu psychischen Belastungen, wie Stress am Arbeitsplatz, häusliche Pflege von nahen Verwandten und zur Verarbeitung von Erlebnissen im Krieg angewendet (Bengel, Lyssenko, 2012, S.69).

In den Studien zu Stresssituationen im Beruf wurden viele signifikante Zusammenhänge ersichtlich. Es zeigte sich, dass weniger Rettungskräfte unter Burn-out litten, bei Polizisten\_Innen weniger psychopathologische Auffälligkeiten nachgewiesen wurden und unter Manager\_Innen Symptome von Depressionen geringer waren (Ghorbani, Watson und Morris 2000, S. 647–657).

Weiterhin wird durch eine Studie deutlich, dass hohe Werte auf der Hardinessskala mit einer geringeren Vulnerabilität gegenüber Schichtdienst und neuen Veränderungen einhergeht. Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen einem hohen individuellen

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Hardiness-Faktor und einer besseren psychischen Gesundheit (Bengel, Lyssenko, 2012, S.70).

Um diese Widerstandskraft in Familien offensichtlicher registrieren zu können, wurde eigens dafür ein Fragebogen entwickelt, welcher die drei oben genannten Aspekte auf die gesamte Familie ausweitet. Dies bedeutet, dass Items wie das Erleben von Stärke und Vertrauen, der Zusammengehörigkeitsgefühl der Angehörigen und der Ansicht, das Familienleben unabhängig von äußeren Einflüssen zu haben werden hierbei abgefragt.

Ein Beispiel zur Anwendung dieses Tools ist eine Studie zur Pflege älterer beeinträchtigter Menschen. Dabei erwies sich, dass Individuen mit hohen Werten auf der Familien-, sowie auf der individuellen Hardinessskala einem weniger geringen Risiko ausgesetzt sind, unter Depressionen zu leiden, als Individuen, die nur über die persönliche Widerstandskraft verfügen (Bengel, Lyssenko, 2012, S.71).

Vor allem in Untersuchungen zur Bewältigung von Erlebnissen von Soldaten\_Innen im Krieg wurde der schützende Effekt von Hardiness deutlich. Unter Vietnamveteranen und israelischen Kriegsgefangenen zeigte sich, dass ein hoher Hardinessfaktor mit geringeren Werten von posttraumatischen Belastungen einherging (King, King, Fairbank, Keane und Adams 1998, S. 420–434) und bei US-amerikanischen Militärs nach der Friedensmission im Kosovo weniger Symptome von Depressionen nachgewiesen wurden. In einer anderen Stichprobe israelischer Soldaten\_Innen und Kriegsgefangener wurde ein Zusammenhang zwischen hohem Widerstandsfaktor und geringeren negativen Veränderungen im Verhalten, den Einstellungen und auch in den Persönlichkeitsmerkmalen dokumentiert (Waysman, Schwarzwald und Solomon 2001, S. 531–548). Da diese Folge bei der Kohorte der Kriegsgefangenen deutlicher ausgeprägt war, schlussfolgerten die Autoren\_Innen, dass die Widerstandsfähigkeit wirksamer ist, je schwerer die Stressfaktoren waren, denen die Individuen ausgesetzt waren.

Eine Zusammenfassung von 180 Studien zur Auswirkung der Widerstandsfähigkeit bei vielseitigen Stressfaktoren kamen auch Eschleman, Bowling und Alarcon (2010) zu dem Ergebnis, dass der protektive Effekt der Hardiness vorhanden ist. (Eschleman, Bowling und Alarcon, 2010, S. 277–307)

Es erwiesen sich auch weitere Theorien über das Konstrukt als stimmig. Ein Ergebnis ist, dass Individuen mit hohen Widerstandswerten Ereignisse weniger stressig empfanden und häufiger Bewältigungsstrategien zur Problemlösung anwandten. Sollten diese Individuen allerdings ausgewählte Situationen als Belastung ansehen, so war die psychische Gefährdung deutlich geringer. Eine Schlussfolgerung daraus ist, dass das



## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Modell der Hardiness neben der allgemeinen Schutzfunktion auch eine Spezifische beim Durchleben von starken Stressphasen aufweist (Bengel, Lyssenko, 2012, S.71).

### **Kritik an Hardiness als Resilienzfaktor**

In der kritischen Betrachtung werden insgesamt vier Punkte angesprochen: die Auswertungsmethoden, der Großteil an männlichen Teilnehmern der Studien, die Abgrenzung von Hardiness gegenüber der Charaktereigenschaft des Neurotizismus und die Frage, ob die drei Bestandteile tatsächlich ein gültiges Modell bilden.

Gegenwärtige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die früheren Resultate auch mit akkreditierten statistischen Methoden bewiesen werden können. es wird auch deutlich, dass der Schutzfaktor Hardiness für Frauen und Männer zu gleichen Teilen gilt (Bengel, Lyssenko, 2012, S.72).

Zu der Kritik des Neurotrizismus wurde außerdem durch statistische Untersuchungen mit weiblicher Stichprobengröße erkennbar, dass der Faktor Hardiness sinkt, sobald Neurotizismus in die Untersuchung integriert wird (Funk und Houston 1987, S. 572–578).

Weiterhin zeigte sich, dass die Möglichkeit besteht, dass die Wirkung von Hardiness erst durch eine hohe Stressbelastung entsteht, jedoch kann keine konkrete Aussage darüber gemacht werden, inwieweit es zu einer Verzerrung durch die Auswirkung von Neurotizismus kommt. Dies kann nur durch weitere Erhebungen durch die neu entwickelte Methode zur Messung von Hardiness analysiert werden (Bartone 2007, S.943f).

Auch zu dem Kritikpunkt der dreiteiligen Einheit des Hardinesskonstruktes kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine bindende Antwort gegeben werden. Die Problemstellung hierbei beruht darauf, dass bei diversen Studien Einzelskalen einen signifikant höheren Zusammenhang mit unterschiedlichen Ergebnismaßen aufwiesen. Auf der einen Seite wird überwiegend Kritik an der Skala „Herausforderung“ geübt, da hier der Zusammenhang zwischen psychischer und physischer Gesundheit am unsichersten ist. Demgegenüber steht jedoch die Tatsache, dass gerade diese Bewertung den Unterschied zwischen Hardiness und anderen Modellen am stärksten verdeutlicht (Eschleman, Bowling und Alarcon 2010, S. 277–307). Ein möglicher Zusammenhang wäre zwischen Hardiness und positiven Veränderungen zu sehen, also ein Punkt der das Bewältigen und Durchleben von schwierigen Phasen im Leben näher beleuchtet. Dieser

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

geht weiter als die psychische Beständigkeit eines Individuums (Cole und Lynn 2010, S. 111–127).

Zusammenfassend zeigt sich, dass trotz bestätigter Kritik zahlreiche Befunde für den protektiven Effekt des Konstruktes der Hardiness, vor allem bei sehr schweren Erlebnissen, vorhanden ist. Maddi geht deswegen von einem generell veränderbaren Charakter des Hardinessprinzip aus, welcher sich vor allem ab dem im höheren Lebensalter zeigt (Bengel, Lyssenko, 2012, S.73).

### 2.7 Transfer zur Anwendung in der Gesundheitsförderung und Prävention

Hintergrund der festgelegten Bestimmungen der Prävention ist eine Dezimierung des Risikos der Erkrankung. 1986 veröffentlichte die World Health Organization (WHO) die Ottawa-Charta, wodurch der pathogenetische Grundsatz durch die Gesundheitsförderung ausgedehnt wurde. Ein weiterer Schwerpunkt wurde so, neben dem der Verhinderung von Krankheiten, die Förderung der Gesundheit (Bengel, Lyssenko, 2012, S.92). Die Ottawa Charta *„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.“* (Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Um dieses Ziel zu erreichen wird neben der Veränderung individueller Verhaltensweisen (Verhaltensprävention) auch das Erreichen einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt thematisiert. Dazu sollen gesellschaftliche, strukturelle und subjektive Voraussetzungen erzeugt werden (Verhältnisprävention).

Durch die Identifikation von Schutzfaktoren und die Erarbeitung von Modellen, die das Zusammenwirken dieser erklären, wird durch die Resilienzforschung immer stärker versucht die Ziele der Ottawa-Charta zu erreichen. So können Programme zur Förderung der Gesundheit entwickelt und in der Praxis umgesetzt werden. Die meisten Programme zielen auf die Verhaltensprävention ab. Konzepte zur Verhältnisprävention gehen jedoch meist über die oben beschriebenen Konstrukte und Mechanismen der Psyche und hinaus und beinhalten soziale, politische und wirtschaftliche Aspekte. Fokussiert werden also im Folgenden Interventionen zur Förderung der Verhaltensprävention (Bengel, Lyssenko, 2012, S.92f).

Generelle Programme zum Verstehen von Bewältigungsverhalten basieren auf stresstheoretischen Modellen, wie zum Beispiel den Transtheoretischen Stressmodell nach Lazarus. Thematisierte Inhalte dieser Modelle sind vor allem die Kräftigung von

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

individueller Motivation und Überzeugungen, sowie planmäßig durchdachte Übungen zum Einhalten von neuen Verhaltensänderungen. Die vorherrschenden Präventionsprogramme für Erwachsene beinhalten die Sensibilisierung für Gesundheit oder die Reduktion von Folgeproblemen bei bereits vorhandenen Erkrankungen, wie Asthma oder koronare Herzerkrankungen (Bengel, Lyssenko, 2012, S. 93). Im Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern ist der Transfer der empirischen Befunde der Resilienzforschung in wissenschaftlich fundierte Programme in Europa gering. Bisherige Ansätze in den USA lassen sich hierfür in vier Arten einteilen: den informationsbasierten massenmedialen Ansätze, strukturierte Präventionsprogramme, selektive Programme und Mehrebenenprogramme (Bengel, Lyssenko, 2012, S.94).

### 2.7.1 Informationsbasierte massenmediale Ansätze

Unter diesen Ansätzen werden Broschüren oder auch Internetseiten verstanden, welche das Ziel haben, das Bewusstsein der Öffentlichkeit für Resilienz zu erweitern und Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Die Kampagne der American Psychological Association „The road to resilience“ ist vor allem weit verbreitet. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Aussage, dass Resilienz individuell erlernbar und ein lebenslanger Prozess ist. Zum Start der „road to resilience“ Kampagne als informationsbasierter und massenmedialer Ansatz wurde dazu eine Fernsehdokumentation ausgestrahlt, Broschüren verteilt und eine Website eingerichtet, auf der mögliche Schutzfaktoren vorgestellt wurden (siehe Abb.1).

Zehn Wege zur Entwicklung von Resilienz (American Psychological Association, 2008)

1. Bemühen Sie sich um soziale Beziehungen
2. Betrachten Sie Krisen als überwindbare Probleme.
3. Akzeptieren Sie, dass Veränderung Teil des Lebens ist.
4. Streben Sie danach, Ihre Ziele zu erreichen.
5. Entschließen Sie sich zum Handeln.
6. Suchen Sie nach Möglichkeiten, um „sich selbst zu finden“.
7. Fördern Sie ein positives Selbstbild.
8. Betrachten Sie Situationen nüchtern.
9. Behalten Sie eine optimistische Erwartungshaltung bei.
10. Sorgen Sie für sich selbst.

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

Abb.1: Zehn Wege zur Entwicklung von Resilienz (American Psychological Association, 2008) (Eigene Darstellung).

### 2.7.2 Universelle Programme

Ziel von universellen Programmen ist es die Allgemeinbevölkerung zu erreichen. Dabei unterscheiden sie sich hinsichtlich ihres Settings, der Dauer und der Intensität der Intervention, jedoch sind in der Regel alle unabhängig von persönlichen Risikofaktoren und vergangenen Belastungen. Weiterhin wird unterschieden, ob Programme spezifische Schutzfaktoren thematisieren oder Resilienzmodelle vorstellen. Die Zusammensetzung der Teilnehmer\_Innen und der Interventionsort sind dabei wichtige Komponenten des Settings. Im Durchschnitt sind Programme für acht bis 15 Teilnehmer\_Innen ausgelegt, als Interventionsorte werden oft Volkshochschulen oder Gemeindezentren, aber auch Universitäten ausgewählt. Universelle Programme bestehen aus unterschiedlichen Modulen, die in mehreren Treffen über einen festgelegten Zeitraum ausgeübt werden. (Bengel, Lyssenko, 2012, S.94f).

„Transforming lives through resilience education“ von Steinhardt und Dolbier ist ein Programm, welches an der Universität Texas durchgeführt wird. Hierbei werden in insgesamt 8 Stunden die Bestandteile des Resilienzmodell von Steinhardt und Dolbier vermittelt, die eine führende Bedeutung haben:

1. „Transforming stress into resilience“
2. „Taking responsibility“
3. „Focusing on empowering interpretation“
4. „Creating meaningful connections“

Dieses Einheiten wurden Studierenden an der Universität Texas als Präsenz- und Onlineprogramm angeboten. Erste Evaluationen zeigen, dass Teilnehmer\_Innen unter weniger depressiven und negativen Symptome im Vergleich zu ihren Kommilitonen leiden (Dolbier, Jaggars & Steinhardt, 2010, S. 135-147).

### 2.7.3 Selektive Programme

Zielgruppen für selektive Programme zur Resilienzstärkung sind entweder Individuen, die ein erhöhtes Risiko der Traumaexposition oder für die Erkrankungsentwicklung durch Stress haben (primärpräventive, selektive Programme), oder weil ein denkbar

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

traumatisches Ereignis schon erlebt wurde (sekundärpräventive, selektive Programme) (Bengel, Lyssenko, 2012, S.97).

Die Abgrenzung von Resilienzprogrammen und anderen Präventionsprogrammen zur Schutzfaktorenstärkung ist kaum möglich. So wurden beispielsweise für Arbeitnehmer\_Innen mit einem erhöhten Risiko für Burn-Out Programme zur Stressbewältigung entwickelt, die das Risiko des Ausbrechens verringern sollen (Kalzua, 2004, S.71). Da der anpassungsfähige Einsatz von Copingstrategien als individueller Schutzfaktor eingeschätzt werden kann, kann auch dieser Ansatz als Resilienzförderung gelten.

Ein Beispiel für ein primärpräventives zielgruppenspezifisches Programm liefert das „Trauma Resilience Training“ von Arnetz et al. (2009). Diese liefern hiermit ein Imaginations- und Fertigkeitstraining zum Umgang mit potenziellen Traumatasituationen für Polizeianwärter\_Innen. Hier werden in insgesamt 20 Stunden Entspannungstechniken gelernt, angeleitete Imaginationen von möglichen Traumataerlebnissen durchgeführt und adaptive Copingstrategien erworben (Arnetz et al, 2009, S.1-9). Erste Evaluationen berichten von positiven Ergebnissen.

Das Programm „Intervention for those recently informed of their seropositive status“ für kürzlich mit HIV infizierten Individuen ist eine spezifische sekundärpräventive Maßnahme von Judith Moskowitz. In diesem Programm werden in insgesamt fünf Sitzungen mit einem Psychologen bzw. einer Psychologin unterschiedliche Strategien zur bewussten Wahrnehmung von positiven Emotionen entwickelt. Dieses Programm ist konkret aus den empirischen Befunden der Resilienzforschung entwickelt worden und in einer ersten Evaluationsstudie weisen die Teilnehmer\_Innen signifikant geringere depressive Symptome, im Vergleich zur Kontrollgruppe, auf (Moskowitz, 2010, S.465-483).

### **2.7.4 Mehrebenenprogramme**

Verschiedene Großunternehmen haben den Ansatz von umfassender Resilienzförderung für Erwachsene durch Initiativen begonnen, bei denen es zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens auf verschiedenen Ebenen kommen soll. So soll beispielsweise auf der Organisationsebene die Auswirkung von der Arbeitszeitenregelung auf die Resilienz des Gesamtunternehmens und auf die Resilienz der Arbeitnehmer\_Innen nachgeprüft werden. Des Weiteren werden Führungskräftebildungen zur Förderung von Teamresilienz durchgeführt und auf individueller Ebene gibt es ein Angebot an Kurse zur Schutzfaktorenstärkung und

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN**

Belastbarkeit (Bengel, Lyssenko, 2012, S.99). Die erste Absicht von Unternehmen solche Programme in den Arbeitsalltag zu integrieren ist die Steigerung der Produktivität, allerdings sollte auch der daraus resultierende positive Gesundheitseffekt der Arbeitnehmer\_Innen beachtet werden. Zu Mehrebenenprogrammen liegen noch keine umfassenden Evaluationsstudien vor, so dass keine Aussage über die Effektivität getroffen werden kann. (Bengel, Lyssenko, 2012, S.99)

„Comprehensive soldier fitness“ ist das größte Mehrebenenprogramm zur Resilienzstärkung und wurde 2008 von der US-amerikanischen Armee in Zusammenarbeit mit Psychologinnen und Psychologen konzipiert. Durch die hohe Suizid- und Erkrankungsrate von Veteranen aus dem Vietnamkrieg soll deutlich werden, dass psychische Gesundheit, genauso wie physische Fitness, immer wieder geübt und ausgebildet werden muss. Die Resilienzförderung geschieht hierbei auf mehreren Ebenen der Gesamtorganisation „US Army“, durch ein online verfügbares Anwendungstool und durch einen Kurs. Weiterhin sind für die Zukunft verschiedene Elemente zur Sekundärprävention eingeplant (Bengel, Lyssenko, 2012, S.99).

### **3. Methodik**

Wie in Kapitel 2.2 deutlich gemacht, wirkt auf Arbeitnehmer\_Innen ambulanter Pflegedienste eine doppelte Belastung bestehend aus körperlicher Arbeit und psychischen Druck ein. Durch diese täglich auf die Arbeitnehmer\_Innen wirkende Doppelbelastung in Verbindung mit der wachsenden Bedeutung der Pflege hinsichtlich des demografischen Wandels, ist die für diese Arbeit gestellte Forschungsfrage *„Wie hoch ist die Resilienz innerhalb der Belegschaft der ambulanten Pflegedienste „Lares Pflegedienst Christof Ide“ in Boizenburg / Elbe und „AWO Sozialstation Hamburg-Eimsbüttel gGmbH?“ entstanden.*

Die Erhebung umfasst hierzu die demografischen Daten der Teilnehmer\_Innen, als auch die persönlichkeitspsychologischen Angaben, welche auf die Resilienz hinweisen.

#### **3.1 Datengewinnung**

Die Datengewinnung für die vorliegende Arbeit erfolgte im April 2016. Der Kontakt zu den verschiedenen ambulanten Pflegediensten erfolgte durch persönliche Vermittlung und Internetrecherche. Für die schriftliche Mitarbeiter\_Innenbefragung wurde insgesamt ein Fragebogen ausgeteilt, welcher Angaben zu den soziodemografischen Daten und eine Skala zur Messung der Resilienz der einzelnen Mitarbeiter\_Innen enthielt (s. Kapitel 4.2).

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN**

Zielgruppe dieser schriftlichen Befragung waren Mitarbeiter\_Innen, welche Leistungen nach den SGB XI und SGB V erbringen. Weiterhin gab es keine Ausschlusskriterien, wie Qualifikationen oder Beschäftigungsdauer. Nicht teilgenommen haben Beschäftigte in der Verwaltung, Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanagementbeauftragte, wenn diese keine pflegerischen Leistungen erbringen.

Zur Testung und Evaluation des Fragebogens wird ein Pretest mit fünf Probanden durchgeführt. Der Pretest hat das Ziel, Auskunft darüber zu erhalten, ob die Fragen für die Probanden verständlich sind, ob es technische Probleme gibt und in welcher Zeit die Beantwortung des Fragebogens möglich ist.

Als Ergebnis des Pretests wird von der Autorin festgehalten, dass nichts verändert werden muss.

Vorweg gab die Autorin schriftlich (s. Anhang „Fragebogen“) und auch mündlich Hinweise zum Datenschutz, zur Anonymität und zur Freiwilligkeit dieser Angaben. Die beantworteten Fragebögen wurden in einem anonymen Sammelumschlag erfasst und nach 14 Tagen persönlich von der Autorin abgeholt. Durch den oben beschriebenen Ablauf konnte insgesamt eine Rücklaufquote von 54% erlangt werden. Insgesamt wurden 50 Fragebögen ausgehändigt, 30 an den Hamburger Pflegedienst, 20 an den in Boizenburg ansässigen. Die unterschiedliche Anzahl der verteilten Fragebögen resultiert aus den starken Unterschiede der Mitarbeiterzahlen der benannten ambulanten Pflegedienste.

Die Originalfragen zur Ermittlung der Resilienz sind dem entsprechenden Fragebogen im Anhang zu entnehmen (s. Anhang „Fragebogen“).

### **3.2 Begründung der Methoden- und Instrumentenwahl**

Für die vorliegende Arbeit soll ein bereits vorhandenes und auf Gütekriterien überprüftes Instrument genutzt werden. Weiterhin sollte durch dieses Instrument die Evaluation in den Einrichtungen ohne weiter benötigte Unterstützung durch Externe möglich sein.

Des Weiteren soll dieses speziell für die Messung der Resilienz konzipiert sein und, aufgrund der knappen betrieblichen zeitlichen Ressource, eine geringe Bearbeitungszeit haben. Die Methode der schriftlichen Befragung wurde gewählt, um so die maximale Anzahl an Mitarbeiter\_Innen erreichen zu können.

### **3.3 Datenauswertung**

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN

In der Ausarbeitung wird die Gesamtstichprobe, als auch aufgeteilt nach den zwei befragten Pflegediensten, ausgewertet. Für die Auswertung wird SPSSStatistics 22.0.0.0 (für OS X) genutzt.

### 3.4 Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage

Die aufgestellte Forschungsfrage „*Wie hoch ist die Resilienz innerhalb der Belegschaft der ambulanten Pflegedienste „Lares Pflegedienst Christof Ide“ in Boizenburg / Elbe und „AWO Sozialstation Hamburg-Eimsbüttel gGmbH“?*“ wird mit Methoden der quantitativen Forschung untersucht.

Zunächst wird ein Fragebogen erstellt, welcher neben den soziodemografischen Daten (Alter, Familienstand, Beruf, Berufserfahrung im Pflegedienst, Ort der Berufsausübung und Erwerbstätigkeit) die Messung der Resilienz durch die Resilienzskala RS-13 von Leppert et al (2008) beinhaltet.

Die oben genannten soziodemografischen Daten wurden gewählt, um so Zusammenhänge mit den Resilienzwerten feststellen zu können.

Ansatzpunkt der Resilienzskala von Leppert et al. (2008) ist die Resilience Scale von Wagnild und Young (1993), die von Schumacher et al. (2005) in die deutsche Sprache übersetzt wurde. Wagnild und Young (1993) definieren Resilienz als ein Persönlichkeitsmerkmal, welches negative Gefühle und Stress beeinflusst und eine Möglichkeit zur flexiblen Reaktion auf schwierige Umstände bietet. Zielstellung der Resilienzskala (RS) ist das Erfassen der internalen persönlichen Ressourcen und deren Anteil an der positiven Auflösung von kritischen Lebensgeschehnissen (Schumacher et al. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2005). Die Resilienzskala RS-25, die Originalskala, besteht aus 25 Items, die sich auf zwei Skalen verteilt, welche faktorenanalytisch sind: *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* mit acht Items und *Persönliche Kompetenz* mit 17 Items. Schumacher et al. (2005) entwickelte aus ökonomischen Beweggründen und der Voraussetzung, dass die Skala eindimensional ist, eine Skala mit 11 Items. Diese Itemauswahl erfolgte durch eine Hauptkomponentenanalyse. Deutlich wurde, dass zwei Items aus der Skala *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* und neun aus der Skala *Persönliche Kompetenz* übrig blieben. Durch eine exploratorische Faktorenanalyse wurde die eindimensionale Kurzskala überprüft und gezeigt, dass alle 11 Items auf einen Faktor lagen (Schumacher et al. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2005, S.16-39).



## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

Leppert et al. (2008) entwickelten eine revidierte Kurzform der Resilienzskala mit 13 Items (RS-13). Dieses geschah nach inhaltlichen des zugrundeliegenden Konzeptes der Resilienz, sowie nach statistischen Kriterien. Diese Skala umfasst zentrale Betrachtungsweisen der Resilienz, wie emotionale Stabilität, Lebensfreude, Energie, Offenheit für Neues, Optimismus und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel. Die RS-13 ist ein Dreifaktorenmodell und besteht aus den Faktoren Kompetenz und Akzeptanz, sowie der Gesamtresilienz. Ein Beispiel für ein Item aus der Unterskala *Kompetenz* ist „Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen“. Ein Item als Beispiel der Unterskala *Akzeptanz* ist „Ich mag mich“ (Leppert et al. In: Klinische Diagnostik und Evaluation, 2008, S.16-39).

Eine siebenstufige Likert-Skala bildet die Antwortmöglichkeiten von 1=„Nein, stimmt nicht“ bis 7=„Ja, stimmt genau“. Diese Skala weist eine sehr gute innere Konsistenz mit einem Wert ermittelt durch Crombachs Alpha von  $\alpha=.90$  auf. Die Retest-Reliabilität wurde mit einer Stichprobe von 199 Studierenden überprüft und zeigte als Ergebnis  $\alpha=.61$ , für die Unterskala Akzeptanz  $\alpha=.69$  und für die Unterskala Kompetenz  $\alpha=.59$  (Leppert et al. In: Klinische Diagnostik und Evaluation, 2008, S.16-39).

Für die Auswertung der RS-13 wurde von Leppert et al. (2008) eine genaue offizielle Skala festgelegt. Diese erfolgt über die Addition der Punktwerte. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte nach folgendem offiziellen Schema:

**Tabelle 4-1: Interpretation der Resilienzskala-13 nach Leppert et al.(2008)**

Erreichter Punktwert der RS-13	Interpretation
13-63 & 16-66	niedrig
67-69 & 70-72	moderat
73-76 & 77-91	hoch

### 4. Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung werden in den folgenden Kapiteln dargestellt. Alle in diesem Kapitel gemachten Prozentangaben beziehen sich auf die

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

gültigen Prozente. Das angegebene „n“ zeigt, wie viele Probanden die jeweilige Frage beantwortet haben, bzw. wie groß die entsprechende Teilgruppe ist. Differenzen zur Teilnehmerzahl in verschiedenen Items aus dem Fragebogen sind durch fehlende Angaben bedingt.

### 4.1 Charakterisierung der Stichprobe(n)

Die folgenden Ergebnisse des Fragebogens soll die Stichprobe(n) hinsichtlich ihrer soziodemografischen, beruflichen und außerberuflichen Merkmale beschreiben.

#### Altersverteilung

Von der Gesamtstichprobe der Beschäftigten beträgt das Durchschnittsalter (Mittelwert) von n=23 46,91 Jahre. Der Median liegt bei 49 Jahren. Die Spannweite reicht von 30 bis 60 Jahre (SD 9,04).

Für die einzelnen Pflegedienste ergibt sich ein nur geringfügiges unterschiedliches Bild (s. Tabelle 4-2).

Hier zeigt sich, dass die Beschäftigten des Pflegedienstes aus Boizenburg im Durchschnitt 44,3 Jahre alt sind (n=12). Der Median liegt in der Teilgruppe bei 47 Jahren. Die Spannweite reicht von 30 bis 60 Jahren (SD 9,34).

Die Beschäftigten des Hamburger Pflegedienstes sind durchschnittlich 50 Jahre alt (n=10). Der Median liegt in dieser Teilgruppe bei 53 Jahren. Die Spannweite reicht von 31 bis 58 Jahren (SD 8,57).

**Tabelle 4-2: Übersicht der Altersverteilung in den Pflegediensten**

Pflegedienst	Min.	Max.	Mittelwert	Median	SD
Boizenburg	30	60	44,3	47	9,34
Hamburg	31	58	50	53	8,57
Gesamt	30	60	46,91	49	9,03

#### Familienstand

Von der Gesamtstichprobe (n=27) geben insgesamt 14,8% ihren Familienstand als „ledig“ an. Mehr als die Hälfte, 63%, sind verheiratet. Weiterhin zeigt sich, dass 18,5% der Befragten in einer Partnerschaft leben, 3,7% gaben als Familienstand „geschieden“ an.

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

Arbeitnehmer\_Innen des Boizenburger Pflegedienstes (n=14) geben an, dass 7,1% „ledig“ als Familienstand haben, 85,7% verheiratet sind und 7,1% in einer Partnerschaft leben.

Die Ergebnisse über den Familienstand der Beschäftigten des Hamburger Pflegedienstes (n=12) zeigen, dass 25% ledig sind, 41,7% verheiratet sind und 25% in einer Partnerschaft leben. Weiterhin wurde einmal „geschieden“ als Familienstand angegeben, was 8,35% entspricht.

### **Berufliche Qualifikation**

zeigt sich, dass 44,4% der Gesamtstichprobe (n=27) Altenpfleger\_Innen sind, 14,8% geben als Beruf KrankenpflegerIn an. 25,9% der Befragten sind Altenpflegehelfer\_Innen, 3,7% Krankenpflegehelfer\_Innen. 7,4% arbeiten als Betreuungskraft.

In der Teilstichprobe des Boizenburger Pflegedienstes (n=14) ergibt sich, dass 42,9% als AltenpflegerInnen, 14,3% als Krankenpfleger\_Innen und 42,9% als Altenpflegehelfer\_Innen arbeiten.

50% der Befragten des Hamburger Pflegedienstes (n=12) geben als Berufsbezeichnung Altenpfleger\_In an. Weiterhin sind 16,7% als Krankenpfleger\_In beschäftigt, 8,3% als Krankenpflegehelfer\_In, 16,7% als Betreuungskraft und 8,3% befinden sich in der Ausbildung.

### **Erwerbssituation**

55,6% aller Befragten (n=27) arbeiten Vollzeit im jeweiligen Pflegedienst. 40,7% geben als Erwerb „Teilzeit an“, dies teilt sich weiterhin in verschiedene Stundenanzahlen auf. 7,4% arbeiten 25h pro Woche, 18,5% 30h pro Woche und 3,7% 35h pro Woche. 11,1% machten keine Angaben zu der genauen Stundenanzahl in Teilzeit. 3,7% arbeiten auf Basis geringfügiger Beschäftigung.

78,6% der Beschäftigten des Boizenburger Pflegedienstes geben als Erwerb „Vollzeit“ und 21,4% „Teilzeit“ an. 14,3% der 21,4% geben an 30h pro Woche zu arbeiten, einmal erfolgte keine Angabe.

25% der Befragten des Hamburger Pflegedienstes (n=12) geben „Vollzeit“ als Erwerbssituation an. 66,7% arbeiten in Teilzeit, wobei hier 16,7% 25 pro Woche, 25% 30h pro Woche und 8,3% 35h pro Woche arbeiten. Zweimal erfolgte keine weitere Angabe zu der genauen Stundenzahl. 8,3% arbeiten auf Basis geringfügiger Beschäftigung.

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN

### Berufserfahrung

Alle Befragten der Gesamtstichprobe (n=27) haben eine durchschnittliche Berufserfahrung (Mittelwert) von 9,94 Jahren. Der Median ist 10. Das Minimum liegt bei einem Jahr, das Maximum bei 21 Jahren (SD 5,57).

Die Beschäftigten des Boizenburger Pflegedienstes (n=14) arbeiten durchschnittlich seit 10,32 Jahren in ihrem Beruf (Mittelwert), das Minimum liegt bei einem Jahr, das Maximum bei 21 Jahren (SD 5,85). In dieser Stichprobe beträgt der Median 10,5.

Die Beschäftigten des Hamburger Pflegedienstes (n=12) arbeiten durchschnittlich seit 10,17 Jahren in ihrem Beruf (Mittelwert), das Minimum liegt bei einem Jahr, das Maximum bei 18 Jahren (SD 5,2) und der Median ist 10 (s. Tabelle 4-3).

**Tabelle 4-3: Übersicht der Berufserfahrung (in Jahren)**

Pflegedienst	Min.	Max.	Mittelwert	Median	SD
Boizenburg	1	21	10,32	10,5	5,8
Hamburg	1	18	10,17	10	5,2
Gesamt	1	21	9,94	10	5,57

### 4.2 Auswertung der Resilienzskala-13 (RS-13)

In der Auswertung der Resilienz der Gesamtstichprobe (n=27) zeigt sich ein durchschnittlicher Punktwert der RS-13 von 73 und ein Median von 74 Punktwerten. Anhand des Schemas wird deutlich, dass im Durchschnitt eine hohe Resilienzausprägung aller befragten Mitarbeiter\_Innen vorliegt.

Der kleinste errechnete Punktwert (Minimum) beträgt 42, was eine sehr niedrige Resilienz nachweist. Der höchste errechnete Punktwert (Maximum) ist 101, was eine sehr hohe Resilienz zeigt (SD 10,48).

Für die einzelnen Pflegedienste ergibt sich ein nur geringfügiges unterschiedliches Bild (s. Tabelle 4-4).

Der durchschnittliche Punktwert der befragten Mitarbeiter\_Innen des Boizenburger Pflegedienstes (n=15) ergibt 73 und ein Median von 74 Punkten. Der kleinste nachgewiesene Punktwert ist 63, der größte 80 (SD 5,14).

Der durchschnittliche Punktwert der befragten Mitarbeiter\_Innen des Hamburger Pflegedienstes (n=12) ist 73,25. Der Median der Hamburger Stichprobe ist nur geringfügig größer im Vergleich zur Stichprobe des Boizenburger Pflegedienstes. Dieser

**UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

beträgt 75,7. Der kleinste nachgewiesene Punktwert beträgt 42, der größte beträgt 101 (SD 15,11).

**Tabelle 4-4: Übersicht der Punktwerte in den Pflegediensten**

Pflegedienst	Min.	Max.	Mittelwert	Median
Boizenburg	63	80	73	74
Hamburg	42	101	73,25	75,5
Gesamt	42	101	73,07	74

**Korrelationen**

Zur Überprüfung wird zunächst ein Test auf Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnov<sup>1</sup> durchgeführt, welcher eine Normalverteilung der vorliegenden Daten bestätigt. Die Variablen Gesamtresilienz, Berufserfahrung, Lebensalter, Teilzeiterwerbstätigkeit und verheirateter Familienstand sind intervallskaliert und Normal verteilt (Kolmogorov-Smirnov Test  $p=0,143$ ;  $0,109$ ;  $0,156$  ;  $0,404$  ;  $0,385$  bei einem Signifikanzniveau von  $0,05$ . Es besteht keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung, sie gestatten daher die Verwendung des Produkt-Moment Korrelationskoeffizienten nach Pearson (Zöfel, Bühl, 2002, S. 124).

Die Parameter Gesamtresilienz der Stichprobe ( $n=27$ ) und Alter, sowie die Gesamtresilienz der Stichprobe und die Berufserfahrung in der ambulanten Pflege werden auf Korrelationen überprüft.

Durch die Bestätigung der Normalverteilung der Daten durch den Kolmogorov-Smirnov Test, wird die Auswertung durch den Korrelationskoeffizienten  $r$  nach Pearson fortgesetzt.

Interpretiert wird der Korrelationskoeffizienten  $r$  nach Pearson wie folgt:

Koeffizient [r]	Interpretation
$r=-1$	Perfekter negativer Zusammenhang
$r=0$	Kein linearer Zusammenhang
$r=+1$	Perfekter positiver Zusammenhang

Abb.2: Interpretation Pearson Korrelation. Eigene Darstellung. (Quelle: Bortz, 2005, S.206).

Im Folgenden werden die Korrelationen Gesamtresilienz + Alter, Gesamtresilienz + Berufserfahrung, Gesamtresilienz + Teilzeiterwerbstätigkeit und Gesamtresilienz +

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN

verheirateter Familienstand ausgewertet. Dabei wird jeweils auf die Gesamtstichprobe, als auch auf die einzelnen Stichproben eingegangen. Die jeweiligen Outcomeparameter wurden aufgrund der für die Stichprobe jeweils großen Häufigkeit gewählt.

Die Gesamtresilienz und Alter weisen nach Pearson eine mittelstarke Korrelation auf ( $r=0,406$ ). Dies zeigt, dass je älter die befragte Person, desto höher die Resilienz ist.

Die Berufserfahrung korreliert nur sehr gering positiv mit der Resilienz ( $r=0,238$ ), was nur als einen leichten Zusammenhang zu interpretieren ist.

In der Gesamtheit wird kein linearer Zusammenhang zwischen Teilzeit Erwerbstätigkeit und Resilienz deutlich ( $r=0,072$ ). Weiterhin ergeben die Berechnungen einen schwachen positiven Zusammenhang ( $r=0,117$ ) zwischen dem Familienstand „verheiratet“ und der psychischen Widerstandskraft (s. Tabelle 4-5 und Tabelle 4-6).

In der Stichprobe des Hamburger Pflegedienstes zeigt sich eine mittelstarke Korrelation ( $r=0,573$ ) zwischen dem Alter und der Gesamtresilienzausprägung der Befragten. Weiterhin besteht ein gering positiver Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung im Pflegedienst und der psychischen Widerstandskraft ( $r=0,173$ ). Eine gering positive Korrelation ( $r=0,183$ ) besteht zwischen dem Teilzeiterwerb und der Resilienz. Auch wird durch die Pearson Korrelation ein gering positiver Zusammenhang ( $r=0,196$ ) zwischen verheirateten Mitarbeiter\_Innen und der Resilienzausprägung deutlich (s. Tabelle 4-5 und Tabelle 4-6).

Die Angaben der Mitarbeiter\_Innen des Boizenburger Pflegedienstes ergeben eine mittelstarke Korrelation ( $r=0,428$ ) zwischen dem Alter und der Resilienzausprägung der Befragten. Im Gegensatz zu der Hamburger Stichprobe ist ein mittelstarker Zusammenhang ( $r=0,520$ ) zwischen der Berufserfahrung im Pflegedienst und der Resilienz zu als Ergebnis zu vermerken.

Die Ergebnisse der Mitarbeiter\_Innen des Boizenburger Pflegedienstes weisen nur einen gering positiven Zusammenhang ( $r=0,140$ ) zwischen Teilzeitarbeit und Resilienz auf. Weiterhin wird durch die Angaben deutlich, dass kein linearer Zusammenhang ( $r=0,041$ ) zwischen dem Familienstand „verheiratet“ und der psychischen Widerstandskraft vorhanden ist (s. Tabelle 4-5 und Tabelle 4-6).

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

**Tabelle 4-5: Übersicht der Werte des Korrelationskoeffizienten r**

<u>Pflegedienst</u>	<u>Korrelation: Alter + Resilienz</u>	<u>Korrelation: Berufserfahrung + Resilienz</u>
Boizenburg	0,428	0,520
Hamburg	0,573	0,173
Gesamt	0,406	0,28

**Tabelle 4-6: Übersicht der Werte des Korrelationskoeffizienten r**

<u>Pflegedienst</u>	<u>Korrelation: Teilzeit + Resilienz</u>	<u>Korrelation: Verheiratet + Resilienz</u>
Boizenburg	0,140	0,041
Hamburg	0,183	0,196
Gesamt	0,072	0,117

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Die durchgeführte schriftliche Befragung mittels Fragebögen kann hinsichtlich der hohen Rücklaufquote in der Gesamtheit als erfolgreich angesehen werden. Insgesamt wurden 50 Fragebögen verteilt, 20 davon erhielt der Pflegedienst in Boizenburg und, aufgrund einer höheren Mitarbeiterzahl, 30 der in Hamburg ansässige Pflegedienst.

In der Gesamtheit ergab sich folgendes Bild: von 50 ausgeteilten Fragebögen konnten 27 zur Auswertung genutzt werden, sodass dies eine Nettoresponse von 54% ergibt.

Einzelnen ergaben sich so unterschiedliche Rückläuferquoten. Von 30 verteilten Fragebögen in Hamburg erfolgte eine Rücksendung von insgesamt 12, was einer Nettoresponse von 24% entspricht.

Vom Boizenburger Pflegedienst kamen von 20 verteilten Fragebögen 15 verwertbare Antworten zurück. Dies entspricht einer Nettoresponse von 75%.

Die hohe Response des Boizenburger Pflegedienstes lässt sich vor allem auf die Vor-Ort Verteilung während eines Meetings zurückleiten.

Durch diese Ergebnisse kann die Forschungsfrage der Arbeit „Wie hoch ist die Resilienz innerhalb der Belegschaft der ambulanten Pflegedienste „Lares Pflegedienst Christof Ide“ in Boizenburg / Elbe und „AWO Sozialstation Hamburg-Eimsbüttel gGmbH?“ eindeutig beantwortet werden.

Im Durchschnitt ergibt die Messung der Gesamtstichprobe nach der RS-13 einen Wert von 73, was interpretiert nach dem offiziellen Auswertungsschema, einem hohen Resilienzniveau entspricht. Wird das Ergebnis der Resilienzmessung nach dem Ort der Berufsausübung stratifiziert, so zeigt sich ein nur sehr geringer Unterschied. Der

## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN**

durchschnittliche Mittelwert der Arbeitnehmer\_Innen aus Boizenburg beträgt 73, der der Arbeitnehmer\_Innen in Hamburg 73,25 (s. Tabelle 4-2). Die Differenz zwischen den erreichten Durchschnittswerten beträgt lediglich 0,25. Da die folgenden getesteten Stichprobengrößen nach dem Kolmogorov-Smirnov Test eine Normalverteilung aufweisen, konnte eine Korrelationsanalyse nach Pearson durchgeführt werden. Die Parameter Gesamtresilienz und Alter weisen nach Pearson eine mittelstarke Korrelation auf ( $r=0,406$ ). Dies zeigt, dass je älter die befragte Person ist, desto höher ist die Resilienz.

Die Berufserfahrung korreliert nur sehr gering positiv mit der Resilienz ( $r=0,238$ ), was nur einen leichten Zusammenhang erklärt.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern eine gute Diskussionsgrundlage um mit den Mitarbeiter\_Innen in einen Dialog zur weiteren individuellen Förderung und Stärkung der Resilienz zu treten.

### **6. Limitation**

Der Vergleich zwischen den zwei Pflegediensten schwierig zu beurteilen, da auch hier die Stichprobengröße sehr gering ist. Auch ist wichtig zu erwähnen, dass es innerhalb der einzelnen Korrelationsberechnungen der Pflegedienste zu Verzerrungen kommen kann, da die ausgewählten einzelnen Pflegedienste oft nur eine geringe Stichprobengröße nachweisen. Auch könnte ein Selektionseffekt eingetreten sein, da es keine Nacherfassung gab, sodass eventuell besonders hoch belastete Beschäftigte nicht an der Untersuchung teilgenommen haben und so eine geringere Gesamtresilienz als Ergebnis möglich wäre (das Gegenteil kann jedoch auch der Fall sein). Weiterhin könnte der Fall sein, dass durch andere Ausfälle, wie schichtbedingtes Frei oder Urlaub weniger Mitarbeiter\_Innen erreicht wurden. Des Weiteren könnte in der Mitarbeiterbefragung auch ein Recall Bias eingetreten sein, sodass es zu Verzerrungen und Ungenauigkeiten der Ergebnisse durch Erinnerungslücken gekommen sein könnte. Auch durch die Soziale Erwünschtheit der Antworten können diese der Wahrheit nicht entsprechen.

### **7. Fazit**

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Erfassung der Resilienz von Mitarbeiter\_Innen in ambulanten Pflegediensten. Dafür wurden insgesamt 50 Fragebögen heraus gegeben, wovon 27 beantwortet wurden. Die Fragebögen waren aufgeteilt nach



## **UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN**

soziodemografischen Angaben und nach der offiziellen Resilienzskala 13 von Leipert et al. (2008).

Dabei ergab sich in der Gesamtheit, ermittelt durch die RS-13 ein durchschnittlicher Punktwert von 73, was nach Leipert et al. (2008) einer hohen Resilienz entspricht. Im Vergleich der Resilienz der Beschäftigten zwischen den Orten Boizenburg und Hamburg konnte nur ein sehr geringfügiger Unterschied festgestellt werden. Allerdings sollte beachtet werden, dass neben hohen Resilienzwerten auch Minimumwerte wie 41 errechnet wurde, welche ausgehend von der RS-13 nach Leipert et al. (2008), als niedrig einzustufen ist.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Resilienzausprägung zwar im Durchschnitt hoch ist, allerdings sollte dies trotzdem differenziert betrachtet werden. Da trotz des hohen Durchschnittswertes auch sehr gering ausgeprägte Resilienzwerte vorhanden sind, ist es wichtig diese zu priorisieren und besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Dafür ist es essentiell herauszuarbeiten, wo genau Probleme im Arbeitsalltag liegen, welche sich als psychische Belastungen auf die Mitarbeiter\_Innen auswirken. So kann beispielsweise herausgefunden werden, wo zeitliche Fehlkalkulationen vorliegen. Oft wird in der praktischen Umsetzung zum Beispiel deutlich, dass die berechnete Zeit für Fahrtwege nicht ausreicht, sodass zusätzlicher Stress entsteht.

Zusammenfassend kommt es also auf individuelle Lösungen an, die innerbetrieblich gefunden werden müssen. Selbstverständlich ist dies in der Praxis nicht für jeden einzelnen Arbeitnehmer\_In möglich, dennoch können Maßnahmen, wie das Einstellen von Fachkräften mit speziellen Zusatzausbildungen, wie PalliativCare erfolgen, sodass neben einer Entlastung der anderen Arbeitnehmer\_Innen auch die Anerkennung der durchgeführten Tätigkeiten steigt und weiterhin die individuelle Persönlichkeitsentwicklung, als auch die Zufriedenheit gesteigert wird. Des Weiteren müssen aber dennoch gemeinsame Schritte zur Verbesserung der Arbeitsgestaltung und so zur weiteren Steigerung der Resilienz angestrebt werden.

## Literaturverzeichnis

- AOK. (2011):** Fehlzeitenreport 2011. Berlin. Online Ressource. [http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2011/pm\\_wido\\_2011-16-08\\_fzr2011\\_v02\\_final.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2011/pm_wido_2011-16-08_fzr2011_v02_final.pdf) Stand: 08.05.2016
- American Psychological Association (2008):** The Road to Resilience. 2008. Washington. Online Ressource. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Letzter Zugriff: 13.05.2016
- Arnetz, B. B., Nevedal, D. C., Lumley, M. A., Backman, L., Lublin, A. (2009):** Trauma resilience training for police: Psychophysiological and performance effects. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 24 (1). S. 1–9.
- Bartone, P. T. (2007):** Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports*, 101 (3). S. 943–944.
- Bonanno, G. A. (2004):** Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1). S. 20–28.
- Bernard, L. C., Hutchison, S., Lavin, A., Pennington, P. (1996):** Ego-strength, hardiness, self-esteem, self-efficacy, optimism, and maladjustment: Health-related personality constructs and the »Big Five« model of personality. *Assessment*, 3 (2). S. 115–131.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bengel J., Lyssenko L. (2012):** Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 43. Köln. S.11-99
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013):** Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Ausschuss für Arbeitsmedizin. Bonn. S. 16 Online Ressource. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile) Letzter Zugriff: 21.05.2016
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014):** BIBB/BAuA-2012. Factsheet 10. Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Online Ressource. [www.baua.de/dok/6505548](http://www.baua.de/dok/6505548). Stand: 20.05.2016
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1990):** Principles of self-regulation: Action and emotion. In: Higgins, E. T., Sorrentino, R. M. (Eds.): *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, Vol. 2.. New York: Guilford Press. S. 3–52
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., Conway, A. M. (2009):** Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9 (3). S. 361–368.

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

- Cole, A. S., Lynn, S. J. (2010):** Adjustment of sexual assault survivors: Hardiness and acceptance coping in posttraumatic growth. *Imagination, Cognition and Personality*, 30 (1). S. 111–127.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Smith, B. W. (2004):** Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation. *Journal of Personality*, 72 (6). S. 1133–1159.
- Diener, E., Nickerson, C., Lucas, R. E., Sandvik, E. (2002):** Dispositional affect and job outcomes. *Social Indicators Research*, 59 (3). S. 229–259.
- Eschleman, K. J., Bowling, N. A., Alarcon, G. M. (2010):** A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17 (4). S. 277–307.
- Folkman, S. (2008):** The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 21 (1). S. 3–14.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980):** An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21. S. 219-239
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000):** Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6). S. 647–654.
- Frain, M. P., Berven, N. L., Chan, F., Tschopp, M. K. (2008):** Family resiliency, uncertainty, optimism, and the quality of life of individuals with HIV/AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52 (1). S. 16–27.
- Fredrickson, B. L., Joiner, T. (2002):** Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13 (2). S. 172–175.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin, G. R. (2003):** What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2). S. 365–376.
- Fröhlich-Gildhoff K., Rönnau-Böse M. (2009):** Resilienz. UTB Profile. Stuttgart. 1.Auflage. S.6-16
- Funk, S. C., Houston, B. K. (1987):** A critical analysis of the Hardiness Scale's validity and utility. *Journal of Personality and Social Psychology* 53 (3). S. 572–578.
- Gabriel, T. (2005):** Resilienz – Kritik und Perspektiven. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 51. S. 207 – 217
- Geschwind, N., Peeters, F., Jacobs, N., Delespaul, P., Derom, C., Thiery, E. et al. (2010):** Meeting risk with resilience: High daily life reward experience preserves mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (2). S. 129–138.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI und Destatis. (2015):** Gesundheit in Deutschland. Berlin. S.328 Online Ressource. <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> Letzter Zugriff: 03.06.2016

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

- Ghorbani, N., Watson, P. J., Morris, R. J. (2000):** Personality, stress and mental health: Evidence of relationships in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences*, 28 (4). S. 647–657.
- Grote, N. K., Bledsoe, S. E., Larkin, J., Lemay, E. P., Brown, C. (2007):** Stress exposure and depression in disadvantaged women: The protective effects of optimism and perceived control. *Social Work Research*, 31 (1). S. 19–33.
- Hoyer, J. (2000):** Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (3). S. 111–122.
- Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., Bartone, P. T. (2010):** Psychometric properties of the revised Norwegian Dispositional Resilience (Hardiness) scale. In: *Scandinavian Journal of Psychology*, 51 (3). S. 237–245.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., Adams, G. A. (1998):** Resilience – recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (2). S. 420–434.
- Klag, S., Bradley, G. (2004):** The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. In: *British Journal of Health Psychology*, 9 (2). S. 137–161.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2013):** Einführung in die Gesundheitspsychologie. München. Ernst Reinhardt Verlag.
- Leipold, B. (2015):** Resilienz im Erwachsenenalter. München. Ernst Reinhardt Verlag. S. 27-28
- Leppert K., Koch, B., Brähler, E., Straß, B. (2008):** Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie. Medizinische Fakultät Jena. In: *Klinische Diagnostik und Evaluation*. 1. Jg., S. 226-243. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.Kg, Göttingen. Online Ressource. Link: [http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/RESILIENZSKALA\\_LEPPERT2008-font-231.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/RESILIENZSKALA_LEPPERT2008-font-231.pdf) (Letzter Zugriff: 19.05.2016)
- Letzring, T.D., Block, J. & Funder, D.C. (2005):** Ego control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from self, acquaintances, and clinicians. *Journal of Research in Personality*, 39, S. 395-422.
- Lösel, F., Bender, D. (2008):** Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen. Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In: Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.): *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. 3. Aufl. Reinhardt, München, S. 57 – 78
- Opp, G., Fingerle, M. (2008):** Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. Reinhardt, München, S.19

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

- Marks, G. N., Fleming, N. (1999):** Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980–1995. *Social Indicators Research*, 46 (3). S. 301–323.
- Maddi, S.R. (2013):** Hardiness: Turning stressful, circumstances into resilient growth. SpringerBriefs in Psychology. New York. NY:Springer.
- Moskowitz, J. T. (2010):** Positive affect at the onset of chronic illness: Planting the seeds of resilience. In: Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S. (Eds.): *Handbook of adult resilience*. New York. Guilford Press. S. 465–483.
- Rhodewalt, F., Zone, J. B. (1989):** Appraisal of life change, depression, and illness in hardy and nonhardy women. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1). S. 81–88.
- Rutter, M. (2000):** Nature, nurture and psychopathology. A newlook at an old topic. In: Tizard, B., Varma, V. (Hrsg.): *Vulnerability and Resilience in Human Development*. Jessica Kingsley Publishers, London / Philadelphia. S. 21 – 38
- Scheithauer, H., Petermann, F., Niebank, K. (2000):** Frühkindliche Entwicklung und Entwicklungsrisiken. In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Hogrefe, Göttingen. S. 15 – 38
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2005):** Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 53. S.16-39.
- Seligman, M. E. P. (1990):** Learned optimism. New York: Knopf.
- Smith, C.A., Kirby, L.D. (2011):** The role of appraisal and emotion in coping and adaptation. In: R.J. Contrada, A.Baums (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. New York. NY:Springer. S.195-208
- Sumer, N., Karanci, A. N., Berument, S. K., Gunes, H. (2005):** Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (4). S. 331–342.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., Solomon, Z. (2001):** Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (3), S. 531–548.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.** Online Ressource. Abrufbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)  
# Letzter Zugriff: 28.05.2016
- Wentura, D., Greve, W., Klauer, T. (2002):** Theorien der Bewältigung. In: D.Frey & M. Irle (Hrsg), *Theorien der Sozialpsychologie: Motivations-, Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien*. Band 3. Bernd Huber Verlag. S.101-125

## UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

**Werner, E. E. (1993):** Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, S. 503–515.

**Werner, E. E. (2006):** What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: Goldstein, S., Brooks, R. B. (Hrsg.): *Handbook of resilience in children*. Springer. New York. S. 91 – 105

**Wustmann, C. (2004):** Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz. Weinheim. S.28-30

**Zander, M. (2011):** Handbuch Resilienzförderung. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

**Zöfel, P., Bühl, A. (2011):** Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium. S.124

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, im Juni 2016



Friederike Seemann

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Anhang: Fragebogen

### Fragebogen zum Thema: Resilienz in ambulanten Pflegediensten

Friederike Seemann  
Doormannsweg 27  
20259 Hamburg

### Studie zum Thema: Resilienz erfassung in ambulanten Pflegediensten

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Studentin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg im Studiengang Gesundheitswissenschaften und führe im Rahmen meiner Bachelorarbeit eine Fragebogenerhebung zur Erfassung der Resilienz von MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste durch. Aus diesem Grund würde ich Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass die Daten für die Studie genutzt werden dürfen. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonymisiert, streng vertraulich und ausschließlich im Rahmen dieser Bachelorarbeit verwendet. Außerdem werden sie nicht an Dritte weiter gegeben.

Mit herzlichen Dank und freundlichen Gruß,

*F. Seemann*

Hamburg, im April 2016  
Friederike Seemann



# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Fragebogen zum Thema: Resilienz in ambulanten Pflegediensten

Zunächst bitte ich Sie, die folgenden Angaben zu Ihren persönlichen demografischen Daten auszufüllen.

### Demografische Daten

**Alter:**                    Jahre

### **Familienstand** (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an):

- ledig
- verheiratet
- in einer Partnerschaft
- verwitwet
- getrennt lebend
- Anderes                                 und zwar: \_\_\_\_\_

### **Beruf** (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an) :

- AltenpflegerIn
- KrankenpflegerIn
- AltenpflegehelferIn
- KrankenpflegehelferIn
- Betreuungskraft
- (z.B. Auch hauspflegerische Leistungen)
- Anderes:                                 und zwar: \_\_\_\_\_

**Berufserfahrung im Pflegedienst:**        \_\_\_\_ Jahre

### **Ort der Berufsausübung:**

- Boizenburg / Elbe
- Hamburg

### **Erwerbstätigkeit:**

- Vollzeit
- Teilzeit                                  Anzahl der Stunden/Woche: \_\_\_\_\_
- Sonstiges                                 und zwar: \_\_\_\_\_

# UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN PFLEGEDIENSTEN

## Fragebogen zum Thema: Resilienz in ambulanten Pflegediensten

Im folgenden Fragenteil finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie jeweils den Wert an, die **im Allgemeinen** auf Sie zutrifft, d. h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussage beschrieben wird.

	0 = nein Ich stimme nicht Zu	1	2	3	4	5	6	7 = ja Ich stimme völlig zu
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich mag mich.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin entschlossen.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich kann mich auch überwinden Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	0	1	2	3	4	5	6	7

**UNTERSUCHUNG ZUR MESSUNG DER RESILIENZ VON MITARBEITER\_INNEN IN AMBULANTEN  
PFLEGEDIENSTEN**

**Fragebogen zum Thema: Resilienz in ambulanten Pflegediensten**

13. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	0 1 2 3 4 5 6 7
--	-----------------

HERZLICHEN DANK für Ihre Teilnahme!