

Eine Pilotstudie über die Therapeutische Wirkung des Entspannungsbettes von Energy Island in Kooperation mit dem Unfallkrankenhaus Klagenfurt.



BACHELORARBEIT

Mag. Lisbeth W. C. Puschnig

Matr.Nr.: 0461305, Frühjahr 2012

Betreuerin:

O. Univ. Prof. MMag. Dr. Menschik-Bendele Jutta

Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Psychoanalyse

Alpen- Adria Universität Klagenfurt

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit im Sinne des §51 Abs. 2 Z. 8 bzw. §51 Abs. 2 Z. 13 des Universitätsgesetzes 2002 selbstständig angefertigt und die mit ihr verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten oder im Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Vorwort	5
1 Stress	6
1.1 Alarmphase	6
1.2 Widerstandsphase	7
3.3 Erschöpfungsphase	7
3.4 Leistungsminderung durch Stress.....	8
2 Gesundheit und Gesundheitsprävention	9
3 Stressbelastungen und häufige psychische Erkrankungen im Gesundheitsbereich	11
3.1 Burnout.....	12
1.1.1 Der Prozess des Burnout.....	13
1.1.2 Wie wird Burnout gemessen?	13
1.1.3 Burnoutmodelle	15
1.1.4 Burn Out- Studie der Österreichischen Ärztekammer	17
2 Individuelle Psychohygiene	18
7.1 Meditations- und Entspannungstechniken	18
2.1.1 Autogenes Training.....	18
2.1.2 Biofeedback	19
2.1.3 Progressive Muskelentspannung	21
3 Entspannungsbett	23
8.1 Heilwirkung der Musik	23
8.2 Wie wirkt Farblicht?	23
8.3 Wie wirkt Tiefenwärme?	24
8.4 Wie wirkt Aromatherapie?	24
4 Empirische Studie	25
9.1 Forschungsfragen	25
4.1.1 Forschungshypothesen zu Modul A:	25

4.1.2	Forschungshypothesen zu Modul B:.....	25
4.1.3	Forschungshypothese zu Modul C:.....	26
4.1.4	Forschungshypothese zu Modul D:.....	26
4.1.5	Forschungshypothese zu Modul E:.....	26
4.1.6	Forschungshypothese zu Modul F:.....	26
5	Methodik	27
6	Ergebnisse.....	28
7	Schlusswort.....	41
8	Literatur	42
13.1	Zeitschriften:.....	43
13.2	Artikel:	44
13.3	Internetrecherche:	44

Vorwort

Psychische Erkrankungen belegen hinter Herz- und Kreislauferkrankungen derzeit noch den 2. Platz wobei statistischen Schätzungen zufolge, psychische Erkrankungen vermutlich um 2020 die häufigste Erkrankung sein werden. Bereits heute spricht man von einer Burnout- Gefährdung bei 800 000 in Österreich lebenden Menschen. 27 Prozent der ArbeitnehmerInnen stehen unter ungesundem und dauerndem Stress. (vgl.: Eibinger, 2009, S 1f.) Das Modewort "Stress", ein Terminus, den die Medizin von der Technik übernommen hat, wird heute sehr umfassend benutzt. Die Medizin versteht unter diesem Begriff ein Syndrom, das durch Reize, sogenannte Stressoren, ausgelöst wird. (vgl.: Eiff, 1980, S. 1)

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil bietet eine theoretische Aufbereitung der Themen „Stress“, „Stressbelastungen im Gesundheitsbereich“, „Burnout“ und „spezielle therapeutische Entspannungstechniken“. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung leiten auf die, im Anschluss thematisierte, empirische Studie über. Diese evaluiert das Pilotprojekt mit dem Entspannungsbett von Energy Island in Zusammenarbeit mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen für Dienstnehmer des UKH Klagenfurt. Den Mitarbeitern wurde im Rahmen dieser Studie ein Entspannungsbett zur Verfügung gestellt, dass im Zeitraum von Jänner 2011 bis Mai 2011 individuell genutzt werden konnte.

1 Stress

Stress aktiviert physiologische Systeme, die der überlebensdienlichen Anpassung an eine bedrohliche Situation dienen. Man unterscheidet zwischen akutem und chronischem Stress. Während es sich beim akuten Stress um eine regulierbare physiologische Anpassungsreaktion handelt, schädigen bei chronischem Stress das adaptive und das vegetative System, durch ihre Überaktivität, den Organismus. (vgl.: Peters, 2006, S. 10ff.)

Den Anstoß zu einer intensiveren Erforschung von Stressphänomenen gab der kanadische Psychologe und Biochemiker Hans Janos Selye (1907- 1982). Ab 1950 bezeichnete er die Auswirkungen von Stress als Allgemeines Adaptionssyndrom AAS (General Adaption Syndrom GAS).

(vgl.: Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 26) Nach der Theorie von Selye läuft eine Stressreaktion in drei Phasen ab:

- Alarmreaktion
- Widerstandsphase
- Erschöpfungsphase

(Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 27)

1.1 Alarmphase

In dieser Phase reagiert der menschliche Organismus auf die Überlastung mit einer Aktivierung, die Flucht oder Angriff aktivieren soll. Es kommt zur Ausschüttung des Hormons CRH (Corticotropin Releasing Hormone) und zur Aktivierung der Hypothalamus- Hypophysen- Nebennierenrinden- Achse (HHNA). Die Stresshormone wie Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol werden dadurch vermehrt ausgeschüttet. Dies wiederum aktiviert das Sympathische Nervensystem und lässt unseren Blutdruck, Puls und Blutzucker steigen, die Atmung wird schneller, die Muskeln spannen sich an und die Pupillen erweitern sich.

Die Durchblutung von Muskeln, Herz und Hirn wird erhöht und die Sauerstoffversorgung von Lunge und Gehirn verbessert. Alle anderen Funktionen, die für eine Flucht- oder Angriffssituation nicht unbedingt dienlich sind, werden reduziert.

(vgl.: Allenspach & Brechbühler 2005, S. 27)

1.2 Widerstandsphase

In dieser Phase versucht der Organismus der Alarmreaktion entgegenzuwirken und das innere Gleichgewicht wiederherzustellen. Gelingt der Widerstand, werden die in der Alarmphase reduzierten Funktionen wieder aktiver und die Symptome der Stressreaktion verschwinden allmählich. Aufgrund der einhergehenden Erschöpfung können wir auf einen Energieverbrauch durch die Stresssituation schließen. Bleibt in dieser Phase jedoch die Entspannung aus, so bleibt der Organismus ständig in erhöhter Widerstandsbereitschaft. Dabei geht allmählich die natürliche Selbstregulationsfähigkeit verloren. Ein Zusammenbruch des Anpassungsvermögens geht mit dem Streik des Körpers einher. In Folge kann der Organismus, auch nicht in Phasen ohne akute Stressbelastung, auf ein normales Ruheniveau zurückfinden.

(vgl.: Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 27)

1.3 Erschöpfungsphase

Anhaltender Stress verursacht eine stete Überkonzentration von Stresshormonen im Blut. Durch die dauerhafte überhöhte Ausschüttung von wichtigen Stoffen entsteht ein Mangel. Das gesamte Immunsystem, vor allem aber die Geschlechtsdrüsen, werden in ihrer Funktionsweise beeinträchtigt. Lebensfördernde Prozesse stagnieren. In dieser Phase treten meist schon die ersten gravierenden Störungen auf, wie z.B. Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen und unterschiedliche psychische Erkrankungen. Neben der Verstärkung von bereits bestehenden Leiden kommt es auch zu Gereiztheit, nervöser Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Verspannungen u.v.m.

Als Kritik an dem Modell muss erläutert werden, dass Selye dem Menschen als komplexes Wesen nicht vollständig gerecht wird. Jedoch dient es als grundsätzliches Orientierungsmuster. Das Erleben von Stress ist ein weitgehend subjektives Erleben.

(vgl.: Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 27- 28)

1.4 Leistungsminderung durch Stress

Die Dauer und die Kombination der Belastungen sind ausschlaggebend für das Ausmaß der Beeinträchtigung der menschlichen Leistungsfähigkeit. Jedoch spielen hier auch Angstbereitschaft und Stressanfälligkeit eines Menschen eine wichtige Rolle. Diese Faktoren sind wiederum eng mit der Lebensgeschichte eines Menschen und seiner Zuversicht in seine Belastungstoleranz verknüpft. Auf die Frage nach den Bedingungen einer Beeinträchtigung von sensorischen, motorischen, mentalen und emotionalen Funktionen, liefert die Bedingungsanalyse für die Psychologie eine wichtige Erklärung.

(vgl.: Seibt, Spitzer: 2007, S. 376f.)

2 Gesundheit und Gesundheitsprävention

Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie in ihrer Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu fördern, zu stärken. Der Begriff Gesundheit steht für ein positives Konzept, das soziale und individuelle Ressourcen ebenso betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung der Gesundheitsförderung liegt nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern auch in allen anderen Bereichen der Politik. Gesundheitsförderndes Handeln hat die Verringerung der sozialen Unterschiede des Gesundheitszustandes, sowie die Schaffung von gleichen Möglichkeiten und Voraussetzungen zum Ziel. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko- System, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. (vgl. Lahmer, 2000, S. 250) Durch Bewusstmachung der Gefahr an Burnout zu erkranken, kann man als gefährdete Person Maßnahmen ergreifen, die zu einer Entlastung führen. Delegation von Arbeiten, insbesondere von denen, die als berufsfremd empfunden werden und ein gewisses Maß an Selbstachtsamkeit können für den eigenen Gesundheitszustand sensibilisieren. Dazu zählen z.B. private Kontaktpflege und ein selbstbestimmtes Zeitmanagement, um Hobbys und Interessen verfolgen zu können, Zeit für die eigene Familie, eine angemessene Ernährung und ausreichend Bewegung. Entspannungsübungen können die Widerstandskraft gegen Stress und in weiterer Folge Burnout, positiv beeinflussen. (vgl.: Geyerhofer, Unterholzer, 2008, S.193) Unter dem Titel „Stressless“, plant die Österreichische Ärztekammer ein breitangelegtes Präventionsprojekt. Das Ziel ist es, eine nachhaltige Senkung des Burnout-Risikos zu erreichen. Federführend ist hier der Gründer von Mental Coaching, Univ. Prof. Wolfgang Lalouschek. Über eineinhalb Jahre soll das Projekt zunächst in Wien stattfinden. Vorgesehen sind regelmäßige Coachings und Workshops, in die neben den Ärzten, auch (Ehe-) Partner und Mitarbeiter

einbezogen werden. Der Schwerpunkt bei diesen Veranstaltungen soll auf der Kommunikation in schwierigen Situationen liegen.

(vgl.: Österreichische Ärztekammer, 2011, S. 10 f.)

3 Stressbelastungen und häufige psychische Erkrankungen im Gesundheitsbereich

Besondere Belastungsfaktoren im Gesundheitsbereich stellen die regelmäßigen Fortbildungskurse, Feiertags- und Nachtdienste dar. Diese möglichen Stressursachen rufen Arbeitsüberlastung durch Feiertags- und Nacht- bzw. Schichtdienste hervor. Grund dafür ist, dass in vielen Fällen die Erholung fehlt, da im Falle fehlender Entlastungs- bzw. Delegationsmöglichkeiten, die Alltagsarbeit liegen bleibt. Unregelmäßige Arbeitszeiten sind auf allen Ebenen belastend und können unter anderem durch unregelmäßiges Essen, Schlafmangel und Kurzzeitüberbelastung zu gesundheitlichen Schäden führen. Somit kommt es wiederum zu temporären Stresssituationen. Auch die, im Gesundheitsbereich häufig geleisteten Überstunden, tragen zu einer Überforderung der, in diesem Bereich tätigen Personen bei. Weiters zählt der Gesundheitsbereich, bezogen auf die Arbeitssituation, zu den am zeitintensivsten Bereichen. (vgl.: Österreichische Ärztekammer, 2011, S. 9-10.) Eine wichtige Rolle in der Ursachenforschung von psychischen Erkrankungen im Gesundheitsbereich spielen die hohen Erwartungen an den Helfer (Arzt, Krankenschwester, Pfleger, etc.). Diese Berufsgruppen sind häufig sekundärem, traumatischem Stress ausgesetzt. Dies kann den Zustand des „compassion fatigue“ hervorrufen. Darunter versteht man eine „Mitgefühlerschöpfung“, die durch das Miterleben einer Traumatisierung anderer Personen hervorgerufen werden kann. (vgl.: Poschkamp, 2008, S. 29) Idealismus und zu hohe Erwartungen zählen zu den häufig genannten Faktoren bei Stressreaktionen. Auch die Unregelmäßigkeit der Arbeitszeiten und das wöchentliche Stundenausmaß von durchschnittlich 50- 60 Wochenstunden können auslösende Faktoren sein.

(vgl.: Kleiber, 1995, S. 32)

3.1 Burnout

„Burn Out ist ein Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung. Es handelt sich nicht um eine gewöhnliche Arbeitsmüdigkeit, sondern um einen Zustand, der mit wechselhaften Gefühlen der Erschöpfung und Anspannung verbunden ist.“ (vgl.: Possnig, 2002, S. 1) Erstmals von Herbert Freudenberger und Christina Maslach 1974 eingeführt, erlangte der Begriff „Burnout“ Ende der 80er Jahre seine Popularität. Der Begriff stammt aus der Alltagssprache des technischen Bereiches. Man meint Ausbrennen, Ausgehen oder Herunterbrennen einer Kerze, Abrennen von Häusern sowie das Durchbrennen von Sicherungen. Bezogen auf den Menschen meint man mit diesem Phänomen das Abnutzen, Verausgaben bzw. den Verlust vorhandener Fähigkeiten. Das ICD10 umschreibt das Syndrom folgend: (Z73.0), „Ausgebranntsein“, „Zustand der totalen Erschöpfung“ (vgl.: Bamert; Frei, 2008, S.10) Nicht nur in medizinischen Berufsgruppen bzw. Zeitschriften gebrauchte man diesen Begriff. Trainingsmaßnahmen zur Burnout- Bewältigung gehörten fortan zum Repertoire jeder Fort- und Weiterbildungseinrichtung. In den ersten psychologischen Wörterbüchern wird Burnout als Dysfunktion in helfenden Berufen beschrieben. Somit scheint das Phänomen das Ergebnis von Überforderung in Bezug auf Energie, Stärke und Ressourcen des Helfers zu sein. Weiters scheint Burnout immer mit der Arbeitstätigkeit verbunden zu sein. Psychische Erkrankungen belegen hinter Herz- und Kreislauferkrankungen, wobei 800.000 ÖsterreicherInnen Burnout- gefährdet sind. 27% der ArbeitnehmerInnen stehen unter ungesundem u. dauerndem Stress. Eine Nebenwirkung davon sind rund 2 Mio. Krankenstandstage im Jahr. Dies entspricht einem Kostenaufwand von 2,5 Milliarden Euro jährlich. (vgl.: Eibinger, 2009, S 1f.) Dieser Aspekt eröffnet eine arbeits- und organisationspsychologische Perspektive. Durch die Bearbeitung unterschiedlicher Perspektiven kann man den Schluss ziehen, dass sowohl Persönlichkeitsmerkmale als auch mangelhafte Arbeitsbedingungen als potentielle Faktoren zur Begünstigung von Burnout gesehen werden müssen. Die tatsächlichen Auslöser sind jedoch umstritten. Sicher ist jedoch, dass nicht die helfende Interaktion wie z. B. im Gesundheitsbereich, sondern der

arbeitsbedingte Kontakt zu andern Menschen, das Kernstück von Burnout darstellt. (vgl.: Kleiber, 1995, S. 21f.)

3.1.1 Der Prozess des Burnout

Burnout stellt einen schleichend einsetzenden langwierigen Prozess dar. Burnout- Prozesse können mehrmals im Leben durchlaufen und auch zwischenzeitlich unterbrochen werden. Dies kann zum Beispiel durch einen Arbeitsplatzwechsel geschehen. Der Prozess setzt sich jedoch bei Unterbrechung in meist anderer Form in der neuen Institution fort. (vgl.: Kleiber, 1995, S. 21f.)

3.1.1.1 Die zwölf Stufen von Burnout



(Enzmann& Kleiber, In: Kleiber, 1995, S. 46)

3.1.2 Wie wird Burnout gemessen?

Seit Anfang der 80er Jahre liegen mehrere Verfahren zur Burnout- Diagnose auf. Die am häufigsten verwendeten Messinstrumente sind die Überdrussskala (ÜS) von Aronson, Pines& Kafry (1983), das Maslach Burnout Inventory (MBI). (vgl.: Enzmann& Kleiber, In: Kleiber, 1995, S. 46.), sowie die Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS- HP) von Jones (1981). Aufgrund ihrer Dimensionen und Inhalte sind die verschiedenen Befragungsinstrumente kaum

vergleichbar. Weiters unterscheiden sie sich auch in den Anwendungsbereichen. (vgl.: Enzmann& Kleiber, In: Kleiber, 1995, S. 47.)

3.1.2.1 Staff Burnout Scale for Health Professionals

Dieses Messverfahren basiert auf dreißig Fragen, wobei die ersten zehn Fragen die Tendenz einer Person zu lügen erfasst. Die zwanzig weiteren Fragen umfassen vier Dimensionen: physische und emotionale Erschöpfung, negative Einstellung zur Arbeit, geringes berufliches Selbstkonzept und Verlust von empathischer Anteilnahme für Klienten. Dieses Instrument wurde meist im Bereich der Krankenpflege eingesetzt. (vgl.: Enzmann& Kleiber, In: Kleiber, 1995, S. 47.)

3.1.2.2 Überdrusskala

Basierend auf der Definition von Überdruß als emotionale, körperliche und geistige Erschöpfung, wird bei diesem Messinstrument der Grad des Überdrusses durch einen Fragebogen mit 21 Fragen gemessen. Diese Fragen beziehen sich auf folgende Aspekte: (vgl.: Enzmann& Kleiber, In: Kleiber, 1995, S. 48.)

„Körperliche Erschöpfung (7 Items): müde sein, körperlich erschöpft sein, sich erledigt fühlen, sich ausgelaugt fühlen, sich schwach fühlen, sich tatkräftig fühlen(-).

Emotionale Erschöpfung (7 Items): sich niedergeschlagen fühlen, emotional erschöpft sein, sich ausgebrannt fühlen, ...

Geistige Erschöpfung (7 Items; negative Einstellung zum Selbst, zum eigenen Leben und zu anderen Menschen): glücklich sein (-),...

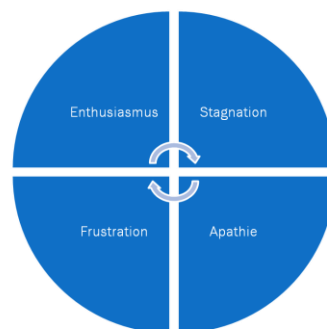
(vgl.: Pines, Aronson& Kafry, 1991; In: Kleiber, 1995, S. 48.)

3.1.2.3 Maslach Burnout Inventory

Hierbei handelt es sich um das gängigste Instrument ein Burnout zu messen. Derzeit liegen zwei Versionen dieses Instrumentes vor. Die eine Version, genannt MBI, zielt auf helfende Berufe, die andere genannt MBI-Ed, wurde für

Personen in Lehrberufen entwickelt. 22 Items erfassen die Dimensionen emotionaler Erschöpfung (emotional exhaustion), Depersonalisierung (depersonalisation) und reduzierte, persönliche Leistungsfähigkeit (reduced personal accomplishment). Insgesamt gesehen ist das MBI ein Instrument, mit dem unterschiedliche Aspekte von Burnout zufriedenstellend abgebildet werden können. Somit ist es genauer als die Überdrussskala und die Staff Burnout Scale. Jedoch stellt die Auswertung dieses Instrumentes eine Herausforderung dar, da kein Gesamtmaß sondern Einzelmaße für die verschiedenen Subskalen berechnet werden. Der Vorteil dieses Messinstrumentes ist die Möglichkeit zur Abgrenzung gegenüber anderen Konstrukten, wie z.B. Depression, Gereiztheit,... (vgl.: Geyerhofer, Unterholzer, 2008, S.183)

3.1.3 Burnoutmodelle



(Klampfer, 2009, S. 2)

Das Stadium des Enthusiasmus ist von Idealen, Begeisterung, Überengagement und teilweise unrealistischen Erwartungen gekennzeichnet. Der Selbstwert und das emotionale Wohlbefinden sind eng an den beruflichen Erfolg geknüpft. Das Überengagement geht mit dem Gefühl einher, nie Zeit zu haben und unentbehrlich zu sein. Dieser Gefühlszustand führt zu zunehmender Erschöpfung, Müdigkeit und Energiemangel. In der Phase der Stagnation beginnt nun der Stillstand. Es kommt zu den ersten Erfahrungen mit Grenzen des Machbaren. Wenig Wertschätzung, starre Hierarchie und ständige Überforderung führen zu Enttäuschungen.

Tritt in dieser Phase kein Umdenken ein, beginnt der Teufelskreis in dem es zu noch mehr Einsatz und Anstrengung kommt. Eigene Hilflosigkeit und äußere Beschränkungen charakterisieren die Phase der Frustration. Das Gefühl der eigenen Machtlosigkeit steht im Vordergrund. Es kommt zum Verlust der positiven Einstellung gegenüber der Arbeit und Menschen. Distanz zu Mitarbeitern, Kunden und Klienten ist die Folge. In der Phase der Apathie tritt Gleichgültigkeit und inneres Abstumpfen auf. Schon die kleinsten Aufgaben werden zu unüberwindbaren Anforderungen. Betroffene erleben sich als energielos, abgeschlagen und verspannt. Tabletten- und Alkoholkonsum können die Folge sein. Depressive Zustände gekoppelt mit Hoffnungslosigkeit bis hin zum Gefühl völliger inneren Leere können dann den Übergang in den klinischen Bereich darstellen.

(vgl.: Klampfer, 2009, S. 2)



(Geyerhofer, Unterholzer, 2008, S.177ff)

Die Anfangsphase, auch Eustress genannt, kennzeichnet sich durch hohes Engagement für berufliche Ziele. Der Beruf wird zum hauptsächlichen Lebensinhalt. Auch der Selbstwert und das emotionale Wohlbefinden werden an den beruflichen Erfolg gekoppelt. Schon in dieser Phase werden eigene Bedürfnisse nicht beachtet. In der Disstress oder auch Stagnationsphase kommt es zum Abfall der Leistungskurve. Es entstehen Rückstände und steigende Fehlerquoten in den Arbeiten. Durch die ständige Zeitnot nimmt die soziale Kompetenz stetig ab. Es kommt zur Demotivation und zu einer drastischen Steigerung der Fehlertage.

(vgl.: Geyerhofer, Unterholzer, 2008, S.177ff.)

3.1.4 Burn Out- Studie der Österreichischen Ärztekammer

Im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer führte die Universitätsklinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Graz eine wissenschaftliche Studie durch, die die aktuelle Burnout Gefährdung österreichischer Ärzte durchleuchtet. Die Studie, geleitet von Univ. Prof. Peter Hoffmann, wurde im Zeitraum von November 2010 bis Februar 2011, als Online- Umfrage durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 6.249 Ärzte an dieser Studie. Das Ergebnis zeigt, dass sich knapp 54 Prozent der Befragten bereits in unterschiedlichen Phasen des Burnouts befinden. Somit liegt in diesem Berufsfeld, verglichen mit anderen hoch belastenden Berufen, eine überdurchschnittliche Gefährdung vor. Besonders gefährdet sind, laut dieser Studie, männliche Spitalsärzte unter 47 Jahren. Vor allem diejenigen, die sich in einer Facharzt- Ausbildung oder in der Turnusausbildung befinden. Weiter tragen Nachtdienste und Notarztstätigkeiten weiter zum Risiko an Burnout zu erkranken bei. Auch Singles, denen der soziale Rückhalt einer Partnerschaft oder Familie fehlt, haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Durch mangelnde Anerkennung, überlange Dienstzeiten, Nachtdienste sowie Personalmangel sind Spitalsärzte besonders gefährdet. Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer (Dorner) meint, dass die faktische Letztverantwortung der Ärzte, in Bezug auf die Patienten, in den Führungsaufgaben klar geregelt werden muss. Dorner spricht auch von einer Höchstdienstzeit von 25 durchgehenden Arbeitsstunden. Auch in den administrativen Tätigkeiten sollen Ärzte durch Assistenten unterstützt werden. Die Umsetzung dieser und noch weiterer Punkte würde, laut Dorner, zu einem Plus in der Patientenversorgung führen.

(vgl.: Österreichische Ärztekammer, 2011, S. 10 f.)

4 Individuelle Psychohygiene

Schon Aristoteles beschreibt mit dem Begriff "Katharsis" verschiedene Methoden zur Reinigung der Seele. Gemeint ist hiermit der Abbau von Alltagsstress u. Ä. Aristoteles unterschied die kollektive Form, z.B. Theaterbesuche, und die individuelle Form, z.B. Entspannung im privaten Bereich. (vgl.: Lahmer, 2000, S. 251)

4.1 Meditations- und Entspannungstechniken

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit den am häufigsten verwendeten psychologischen und wissenschaftlich begründeten Entspannungsverfahren. Entspannung ist ein lebenswichtiges Prinzip, das in allen organischen Systemen ansatzweise zu finden ist. Die Balance zwischen Anspannung und Lösung ist wichtig für die Funktionstüchtigkeit eines Organsystems. In allen Kulturepochen und Bevölkerungsgruppen ist das Wissen über Praktiken zur Entspannung vorhanden: Vor- sich- hin Dösen, Ausschlafen, Meditieren, Beten, Sich- Unterhalten, Spielen, Tanzen, Singen bis hin zum Drogenkonsum. Alle diese Möglichkeiten zur Entspannung zu finden haben eines gemeinsam: eine hedonische Komponente, d.h. sie erzeugen Wohlbefinden. (vgl.: Vaitl, 2000, S. 17)

4.1.1 Autogenes Training

Besonders im europäischen Raum stellt das Autogene Training, als Entspannungsmethode das bekannteste, und auch in der Inneren Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, anerkannteste Verfahren dar. Die Herkunft dieser Methode ist die Hypnoseforschung unter dem Einfluss des Berliner Neuropathologen Oskar Vogt. Um die Jahrhundertwende vertrat er die Ansicht, dass Schlaf und Hypnose auf gleiche Weise gesteuert werden, nämlich durch ein reflektorisch arbeitendes Schlafzentrum. Um das Phänomen Schlaf besser untersuchen zu können, hypnotisierte er seine Patienten. Fast alle Probanden berichteten von Ruhe und Entspannung sowie von Schwere- und

Wärmesensationen. Sehr bald bemerkte Vogt, dass die Probanden selbst im Stande waren, sich in eine derartige „autohypnotische Ruhe“ zu versetzen. In seiner heutigen Form ist das Autogene Training eine klinische Behandlungsform, eine therapiebegleitende und - unterstützende Methode zur Selbstkontrolle. Dieses Werkzeug zur Selbsthilfe basiert auf drei Hauptprinzipien: Reduktion und Dämpfung extero- und interozeptiver Stimulation;

Mentale Wiederholung psychophysiologisch adaptierter Selbstinstruktionen;

Kognitive Aktivität in Form von „passiver Konzentration“

(vgl.: Köllner, Broda: 2005, S. 55f.)

4.1.1.1 Psychische Effekte des Autogenen Trainings

Mit Hilfe von standartisierten Testverfahren wurden längerfristige Effekte nach Abschluss des Autogenen Trainings erfasst. Sapier und Mitarbeiter fanden eine Abnahme der Depressions-Werte im Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Schejbal u. a. (1978) stellten positive Veränderungen in den Skalen für neurotische und psychotische Tendenzen fest. Die Effektivität stieg mit der Zuverlässigkeit der Durchführung des Autogenen Trainings. Kröner und Beitel (1980) untersuchten den Einfluss des Autogenen Trainings im Laufe von 19 Sitzungen. Körperliche und psychische Entspannung wurde bei den Probanden deutlich erlebt, wobei die körperlichen Effekte den psychischen vorausgingen. (Vaitl ,2000, S. 242)

4.1.2 Biofeedback

Seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts werden Biofeedback- Verfahren entwickelt. Hier stehen die vegetativen Körperprozesse und deren visuelle Darstellung im Vordergrund. Biofeedback wird häufig bei Migräne, Spannungskopfschmerzen, Harninkontinenz oder essentieller arterieller Hypertonie eingesetzt. Der Muskeltonus, Blutdruck, Gefäßdurchmesser oder die Hautleitfähigkeit können sichtbar gemacht werden. Es folgt ein Training des unwillkürlichen Nervensystems und eine willentliche Entspannung tritt ein. Auch

ein unter Kontrolle gesenkter Blutdruck oder Herzschlag kann mit dieser Entspannungstherapie erzielt werden. (vgl.: Köllner, Broda: 2005, S. 55f.)

Im Zusammenhang mit der einsetzenden körperlichen Entspannung spielen folgende Systeme eine entscheidende Rolle:

Zentralnervöses System

Neuromuskoläres System

Autonome Systeme:

vasomotorische Reaktion,

Herztätigkeit,

Blutdruck,

Atmung und elektrodermale Reaktionen.

(vgl: Vaitl, 2000, S. 342)

Das im klinischen Bereich am häufigsten verwendete Verfahren ist das EMG-Feedback. Hier wird eine allgemeine Entspannung bzw. eine Spannungskontrolle angebahnt und eingeübt. (vgl.: Gatchel, 2000, S. 358) Meist trifft diese Vorgangsweise bei Angstpatienten zu. Bei Patienten mit Angstproblematik traten im Vergleich zur Progressiven Muskelentspannung nach einem Stirn- EMG- Feedback- Training eine generalisierte Senkung des Muskeltonus sowie eine deutliche Abnahme der Angst- Symptomatik auf. Über das Anhalten der Effekte liegen jedoch nur wenige Berichte vor. Jedoch stimmen sie darin über ein, dass durch eine Fortsetzung der Kontakte mit dem Therapeuten die positiven Effekte länger anhalten, auch wenn sie im Laufe der Zeit insgesamt abschwächen.

Allgemein profitieren jüngere Patienten mit geringen oder mittleren Beschwerdegraden am meisten von dieser Form der Entspannungstherapie.

(vgl.: Vaitl, 2000, S. 362)

4.1.3 Progressive Muskelentspannung

Dieses Verfahren wurde 1929 das erste Mal vom amerikanischen Physiologen Edmund Jacobson beschrieben. Der zentrifugale Aspekt von Jacobsons Grundannahme ist, dass mentale Prozesse mit efferenten peripher-physiologischen Veränderungen, sowohl in der quergestreiften als auch in der glatten Muskulatur korrespondieren. (vgl.: Hamm, 2000, S. 305)

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PME) geht davon aus, dass muskuläre Entspannung auch zu seelischer Entspannung führen kann.

Einzelne Muskelpartien werden angespannt und nach kurzer Verweildauer wieder entspannt. Durch diesen Anspannungszustand im Vorhinein wird das Entspannungserleben im Nachhinein besonders verstärkt. Meist wird bei der Gesichtsmuskulatur begonnen, danach über Schulter-, Thorax- und Bauchmuskulatur zu den Beinen und Füßen übergegangen. (vgl.: Wunn, Psychiatrie. 2006, S. 14)

Es kommt zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, dies wiederum optimiert die Früherkennung von Verspannungen. Auch die Schmerzanfälligkeit sinkt je nach Steigerung der Durchblutung der Muskeln.

Bei einem erfolgreich durchgeführten Training können folgende Veränderungen gemessen werden:

Eine Senkung des Blutdruckes,

Eine Senkung der Leitfähigkeit der Haut,

Eine Senkung des Sauerstoffverbrauchs,

Eine periphere Gefäßerweiterung,

Eine Senkung der Herzfrequenz,

Eine Senkung der Atemfrequenz,

Eine Senkung der Körpertemperatur,

Eine Synchronisation der Hirnströme.

(vgl.: Allenspach & Brechbühler, 2005, S. 24)

Als alleinige therapeutische Intervention zur Behandlung von Angstzuständen oder Panikattacken ist dieses Verfahren jedoch nicht geeignet. Positive Effekte erhält man, wenn PME als unterstützende Maßnahme zu anderen verhaltenstherapeutischen Verfahren eingesetzt wird.

(vgl.: Hamm, 2000, S. 321)

5 Entspannungsbett

Energy Island verwirklicht die Kombination verschiedener anerkannter Behandlungsmethoden. Das Produkt ermöglicht das Baden im Licht, das Liegen im warmen Quarzsand, das Entspannen mit Musik und das Genießen edler Düfte. (vgl.: <http://www.leskyenergetics.com/index.html>, 13.06.2011, 16:40 Uhr)

5.1 Heilwirkung der Musik

Musiktherapie hat sich neben den klassischen Therapiemöglichkeiten besonders bewährt, da sie den gesamten Menschen anspricht. Sie dient der Wiederherstellung, der Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musik als nonverbales Werkzeug, ermöglicht zusätzliche Ausdrucks- und Erlebnisformen. Man unterscheidet zwischen zwei Arten der Musiktherapie. Der aktiven und der rezeptiven Musiktherapie. Bei der aktiven Musiktherapie wird der Patient zum Musizieren motiviert. Bei der rezeptiven Musiktherapie wird die therapeutische Wirkung durch das Hören von Musik erzielt. Lesky Energetics verwendet die älteste Form der Musiktherapie, die rezeptive Musiktherapie, wobei der Patient die Musik abgespielt passiv wahrnimmt. Die Entspannungsmusik orientiert sich am Tempo des menschlichen Pulsschlags im Ruhezustand und beeinflusst den Rhythmus des menschlichen Atems bzw. Herzschlags. Die Musiktherapie wirkt positiv bei Unruhe und Stress und bei körperlichen Verspannungen aller Art. (vgl.: Rentmeister In: Kraus, 2002, S. 131-132)

5.2 Wie wirkt Farblight?

Der Physiker Isaak Newton erkannte bereits im Jahr 1666, dass sich das Sonnenlicht aus unterschiedlichen Farben zusammensetzt. Durch seine Forschungen konnte er diese Spektralfarben die unser Sonnenlicht ausmachen sichtbar machen. Jede Farbe besitzt eine eigene Wellenlänge und Energie.

Farblichttherapie geht sogar so weit, dass sie meint jede Farbe hat eine andere Wirkung auf den menschlichen Organismus.

Neuere wissenschaftliche Studien belegen, dass Farben das vegetative Nervensystem, die Hormone und die menschlichen Drüsen beeinflussen. So gilt rotes Licht in der Farbtherapie als belebend und wärmend, blaues hingegen als beruhigend und kühlend. (vgl.: Zimmermann, 2008, S. 28)

5.3 Wie wirkt Tiefenwärme?

Unter Tiefenwärme versteht man die Anwendung von Wärme am menschlichen Körper. Dies geschieht durch Strahlungswärme, welche Gegenstände direkt erwärmt, ohne dabei die umgebene Luft zu erwärmen. Der beheizte Quarzsand dient als idealer Wärmespeicher. Die Wärme gelangt ungehindert durch die Haut und das Fettgewebe und löst so muskuläre Verspannungen und verbessert die Tätigkeit der Enzyme. Der therapeutische Effekt besteht unter anderem unter der Hyperämie. Darunter versteht man die Dehnung kollagener Fasern, das wiederum zu einer Lockerung der Muskulatur führt. Dies fördert den Stoffwechsel und steigert die Durchblutung und den Abbau des Fettgewebes. Weiters kann auch eine Verbesserung bei Schlafstörungen erreicht werden. Bei Wärmebehandlungen ist auf die Körperhaltung zu achten. Die Bauchlage ist für diese therapeutische Anwendung nicht geeignet. (vgl.: Krämer, 2006, S. 11)

5.4 Wie wirkt Aromatherapie?

Unter Aromatherapie versteht man die Behandlung von Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen durch ätherische Öle. Gerüche bzw. Düfte gelangen nach dem Einatmen direkt in unser limbisches System. Düfte, die in unserem Duftgedächtnis mit positiven Emotionen verknüpft wurden, können unsere emotionale Aktivität anregen. Gerüche können in uns Assoziationen und Emotionen wecken. Diese Tatsache verstärkte die Verwendung von ätherischen Ölen, die nebenbei auch die Abwehrkräfte des Körpers stärken können. (vgl.: Wabner; Beier, 2009, S. 83)

6 Empirische Studie

Die Durchführung dieser Studie soll Aufschluss über die Wirksamkeit des Entspannungsbettes geben. Das Wohlbefinden der Probanden wird in Form einer Pre/ Post –Befragung zu Beginn und nach den Anwendungen erhoben. So wird eine Veränderung des psychischen Zustandes sichtbar.

6.1 Forschungsfragen

Die Forschungsfragen beschäftigen sich mit der positiven Auswirkung des Entspannungsbettes auf das psychische Wohlbefinden der Probanden.

6.1.1 Forschungshypothesen zu Modul A:

H₀: Die somatoformen Beschwerden sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die somatoformen Beschwerden sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

H₀: Die Depressivität der Patienten ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die Depressivität der Patienten ist zu beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

H₀: Die Phobischen Ängste sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die Phobischen Ängste sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

6.1.2 Forschungshypothesen zu Modul B:

H₀: Das psychische Wohlbefinden ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Das psychische Wohlbefinden ist beim zweiten Messzeitpunkt höher als beim ersten Messzeitpunkt.

6.1.3 Forschungshypothese zu Modul C:

H₀: Die Interaktionellen Schwierigkeiten sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die Interaktionellen Schwierigkeiten sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

6.1.4 Forschungshypothese zu Modul D:

H₀: Die Selbstwirksamkeit ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die Selbstwirksamkeit ist beim zweiten Messzeitpunkt höherer als beim ersten Messzeitpunkt.

6.1.5 Forschungshypothese zu Modul E:

H₀: Die Aktivität und Partizipation sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die Aktivität und Partizipation sind beim zweiten Messzeitpunkt höher als beim ersten Messzeitpunkt.

H₀: Die soziale Unterstützung ist zu beiden Messzeitpunkten gleich.

H₁: Die soziale Unterstützung ist beim zweiten Messzeitpunkt stärker als beim ersten Messzeitpunkt.

6.1.6 Forschungshypothese zu Modul F:

H₀: Die soziale Belastung ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H₁: Die soziale Belastung ist beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Für alle Hypothesentests gilt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%. Für alle prä-post-Tests wurde ein abhängiger T-Test berechnet.

7 Methodik

Bei der Untersuchung wurde eine quantitative Methodik gewählt. Durch Messwiederholung wurden die Effekte des Entspannungsbettes erhoben.

10.1 Stichprobe

Die Stichprobe ergab sich aus den Mitarbeitern des UKH Klagenfurt. Die Stichprobengröße beträgt 30 Probanden.

10.2 Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsinstrument wurde das Hamburger Modul zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (Health- 49) gewählt.

10.3 Auswertungsverfahren

Für die Hypothesentestung und Darstellung meiner Ergebnisse wählte ich die Deskriptivstatistik, t-Tests für abhängige Stichproben und one sample T-Test.

8 Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen auf eine leichte Tendenz zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Probanden durch den Einsatz des Entspannungsbettes erkennen. Vergleich der Untersuchungsgruppe zum ersten Messzeitpunkt mit einer Stichprobe Gesunder. Um das Ausmaß der Belastung der Untersuchungsgruppe quantifizieren zu können, wurden die Mittelwerte dieser Gruppe mit Mittelwerten einer Stichprobe von gesunden HausarztpatientInnen verglichen. Dazu wurden one-sample-t-Tests berechnet.

Skala	M(SD) „Gesunde“	M(SD) ProbandInnen	t	df	p
Somatisierung	0,62 (0,57)	0,96(0,59)	3,168	30	0,004
Depressivität	0,21 (0,39)	0,39 (0,35)	2,812	30	0,009
Phobische Ängste	0,10 (0,27)	0,07 (0,14)	-1,139	30	0,264
Psychisches Wohlbefinden	1,09 (0,72)	1,54 (0,54)	4,642	30	0,000
Interaktionelle Schwierigkeiten	0,50 (0,60)	0,82 (0,66)	2,715	30	0,011
Selbstwirksamkeit	0,69 (0,71)	0,92 (0,66)	1,948	30	0,061
Aktivität und Partizipation	0,57 (1,02)	0,93 (0,76)	2,691	30	0,012
Soziale Unterstützung	1,30 (1,02)	1,23 (0,70)	-0,523	30	0,605
Soziale Belastung	1,02 (0,72)	1,24 (0,74)	1,676	30	0,104

Tabelle 1: Vergleich der Normtabelle mit Probanden

Der Mittelwert der Skala Somatisierung beträgt 0,96 (0,59), dies entspricht einem T- Wert von 57 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Depressivität beträgt 0,39 (0,35), dies entspricht einem T- Wert von 55 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Phobische Ängste beträgt 0,07 (0,14), dies entspricht einem T- Wert von 49 und liegt somit im Durchschnitt.

Der Mittelwert der Skala Psychisches Wohlbefinden beträgt 1,54 (0,54), dies entspricht einem T- Wert von 56 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Interaktionelle Schwierigkeiten beträgt 0,82 (0,66), dies entspricht einem T- Wert von 55 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Selbstwirksamkeit beträgt 0,92 (0,66), dies entspricht einem T- Wert von 53 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Aktivität und Partizipation beträgt 0,93 (0,76), dies entspricht einem T- Wert von 55 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Soziale Unterstützung beträgt 1,23 (0,70), dies entspricht einem T- Wert von 49 und liegt somit im Durchschnitt. Der Mittelwert der Skala Soziale Belastung beträgt 1,24 (0,74), dies entspricht einem T- Wert von 52 und liegt somit im Durchschnitt.

Ergebnisse zu den psychischen und somatoformen Beschwerden

Überprüfung der Forschungshypothese 1 zu den somatoformen Beschwerden:

Die somatoformen Beschwerden sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	HEALTH 49: SOM -Somatisierung (1.MZP.)	,9585	31	,59498	,10686
	HEALTH 49: SOM -Somatisierung (2.MZP.)	,3548	31	,34379	,06175

Tabelle 2: Somatisierung

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,96 (SD=0,59) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,35 (SD=0,34). Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

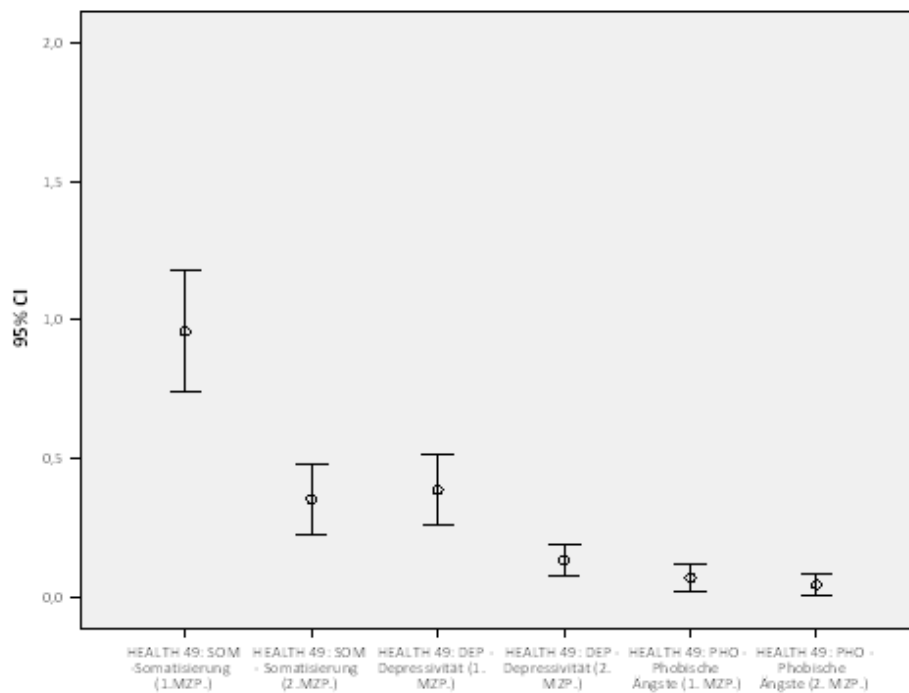


Abbildung 1: Mittelwerte und 95% Konfidenzintervall für die Skalen Somatisierung, Depressivität und Phobische Ängste zu beiden Messzeitpunkten

Paired Samples Test									
		Paired Differences							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Lower	Upper			
Pair 1	HEALTH 49: SOM - Somatisierung (1.MZP.) - HEALTH 49: SOM - Somatisierung (2.MZP.)	,60369	,39505	,07095	,45878	,74859	8,508	30	,000

Tabelle 3: Somatisierung Differences

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist höchst signifikant ($t=8,508$; $df=30$; $p<0,001$).

Somit kann die Forschungshypothese 1, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer signifikanten Reduktion der somatoformen Beschwerden kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

11.1 Überprüfung der Forschungshypothese 2:

H0: Die Depressivität der Patienten ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die Depressivität der Patienten ist zu beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	HEALTH 49: DEP - Depressivität (1. MZP.)	,3871	31	,35063	,06297
	HEALTH 49: DEP - Depressivität (2. MZP.)	,1355	31	,15201	,02730

Tabelle 4: Depressivität

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,39 (SD=0,35) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,14 (SD=0,15). Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test									
		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	HEALTH 49: DEP - Depressivität (1. MZP.) - HEALTH 49: DEP - Depressivität (2. MZP.)	,25161	,25456	,04572	,15824	,34499	5,503	30	,000

Tabelle 5: Depressivität Differences

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist signifikant ($t=5,503$; $df=30$; $p<0,001$).

Somit kann die Forschungshypothese 2, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer signifikanten Reduktion der Depressivität kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

11.2 Überprüfung der Forschungshypothese 3:

H0: Die Phobischen Ängste sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die Phobischen Ängste sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
Pair		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	HEALTH 49: PHO - Phobische Ängste (1. MZP.)	,0710	31	,14188	,02548
	HEALTH 49: PHO - Phobische Ängste (2. MZP.)	,0452	31	,09946	,01786

Tabelle 6: Phobische Ängste

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,07 (SD=0,14) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,45 (SD=0,1). Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test									
		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	HEALTH 49: PHO - Phobische Ängste (1. MZP.) - HEALTH 49: PHO - Phobische Ängste (2. MZP.)	,02581	,09989	,01794	-,01083	,06245	1,438	30	,161

Tabelle 7: Phobische Ängste Differences

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist nicht signifikant (t=1,438; df=30; p=0,161).

Somit kann die Forschungshypothese 3, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer signifikanten Reduktion Phobischer Ängste kommt,

nicht angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zwischen den beiden Messzeitpunkten zu einer signifikanten Reduktion der somatoformen Beschwerden und der Depressivität gekommen ist. Die phobische Angst war zu beiden Messzeitpunkten sehr gering ausgeprägt.

Hypothese zu Modul B:

H0: Das psychische Wohlbefinden ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Das psychische Wohlbefinden ist beim zweiten Messzeitpunkt höher als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
Pair		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	HEALTH 49: WOHL - Psychisches Wohlbefinden (1. MZP.)	1,5419	31	,54208	,09736
	HEALTH 49: WOHL - Psychisches Wohlbefinden (2. MZP.)	,9677	31	,37629	,06758

Tabelle 8: Psychisches Wohlbefinden

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 1,54 (SD=0,54) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,97 (SD=0,38). Die Daten sind in Abbildung 2 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test									
Pair		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
1	HEALTH 49: WOHL - Psychisches Wohlbefinden (1. MZP.) - HEALTH 49: WOHL - Psychisches Wohlbefinden (2. MZP.)	,57419	,43125	,07746	,41601	,73238	7,413	30	,000

Tabelle 9: Psychisches Wohlbefinden Differences

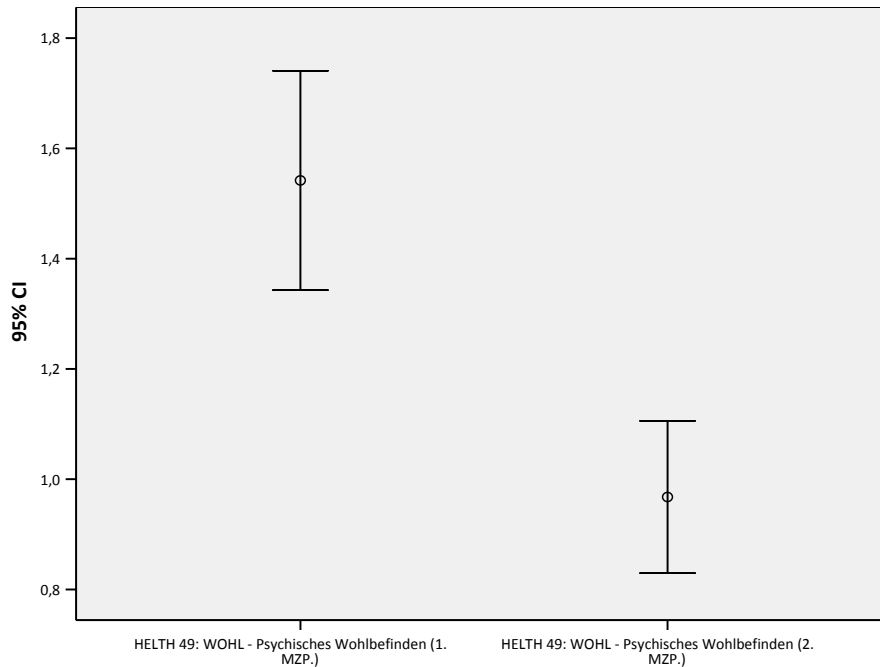


Abbildung 2: Mittelwerte und 95% Konfidenzintervall für die Skala zum Psychischen Wohlbefinden zu beiden Messzeitpunkten

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist signifikant ($t=7,413$; $df=30$; $p<0,001$). Somit kann die Forschungshypothese 4, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer signifikanten Verbesserung des psychischen Wohlbefindens Phobischer Ängste kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 2 graphisch dargestellt.

Hypothese zu Modul C:

H0: Die Interaktionellen Schwierigkeiten sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die Interaktionellen Schwierigkeiten sind beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics

Pair		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	HEALTH 49: INT - Interaktionelle Schwierigkeiten (1. MZP.)	,8203	31	,65670	,11795
	HEALTH 49: INT - Interaktionelle Schwierigkeiten (2. MZP.)	,6406	31	,58306	,10472

Tabelle 10: Interaktionelle Schwierigkeiten

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,82 (SD=0,66) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,64 (SD=0,58). Die Daten sind in Abbildung 3 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test

Pair		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
1	HEALTH 49: INT - Interaktionelle Schwierigkeiten (1. MZP.) - HEALTH 49: INT - Interaktionelle Schwierigkeiten (2. MZP.)	,17972	,27595	,04956	,07851	,28094	3,626	30	,001

Tabelle 11: Interaktionelle Schwierigkeiten Differences

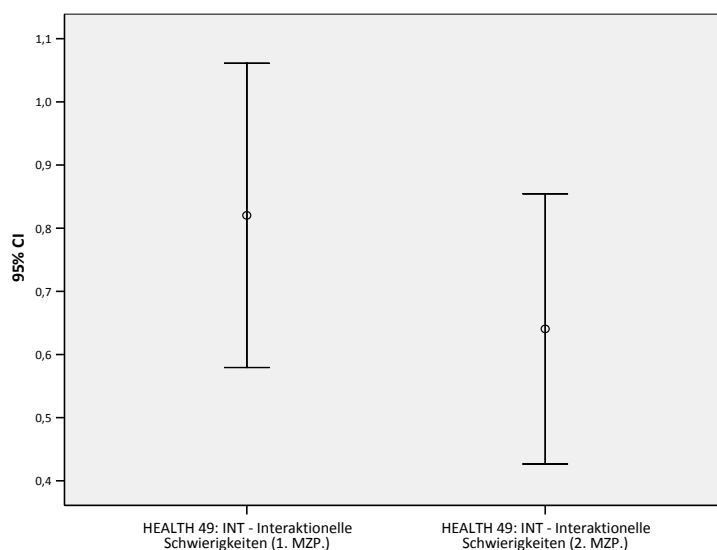


Abbildung 3: Mittelwerte und 95% Konfidenzintervall für die Skala zum Interaktionelle Schwierigkeiten zu beiden Messzeitpunkten

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist höchst signifikant ($t=3,626$; $df=30$; $p=0,001$). Somit kann die Forschungshypothese 4, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer Verbesserung Interaktioneller Schwierigkeiten kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 3 graphisch dargestellt.

Hypothese zu Modul D:

H0: Die Selbstwirksamkeit ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die Selbstwirksamkeit ist beim zweiten Messzeitpunkt höherer als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
Pair		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	HEALTH 49: SELB - Selbstwirksamkeit (1. MZP.)	,9226	31	,66469	,11938
	HEALTH 49: SELB - Selbstwirksamkeit (2. MZP.)	,6903	31	,61933	,11123

Tabelle 12: Selbstwirksamkeit

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,92 ($SD=0,66$) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,69 ($SD=0,62$). Die Daten sind in Abbildung 4 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test									
Pair		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
1	HEALTH 49: SELB - Selbstwirksamkeit (1. MZP.) - HEALTH 49: SELB - Selbstwirksamkeit (2. MZP.)	,23226	,51665	,09279	,04275	,42177	2,503	30	,018

Tabelle 13: Selbstwirksamkeit Differences

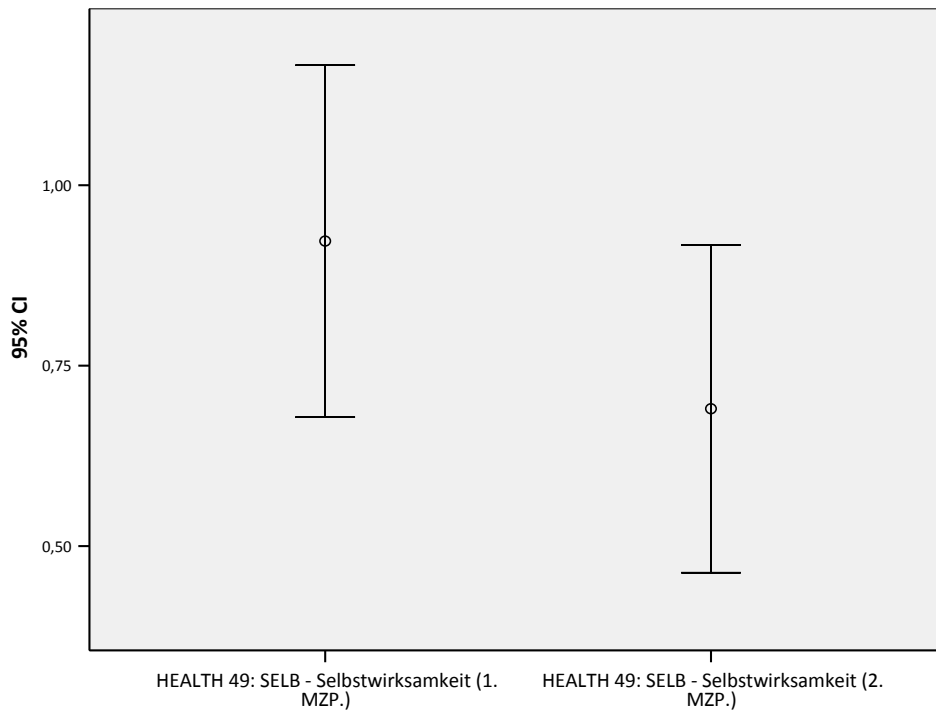


Abbildung 4: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Skala zur Selbstwirksamkeit zu beiden Messzeitpunkten.

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist signifikant ($t=2,503$; $df=30$; $p=0,018$).

Somit kann die Forschungshypothese 5, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 4 graphisch dargestellt.

Hypothese zu Modul E:

H0: Die Aktivität und Partizipation sind zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die Aktivität und Partizipation sind beim zweiten Messzeitpunkt höher als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	HEALTH 49: A & P - Aktivität und Partizipation (1. MZP.)	,9355	31	,75606	,13579
	HEALTH 49: A & P - Aktivität und Partizipation (2. MZP.)	,8118	31	,72997	,13111

Tabelle 14: Aktivität und Partizipation

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung einen Mittelwert von 0,94 (SD=0,76) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 0,81 (SD=0,73). Die Daten sind in Abbildung 5 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test										
		Paired Differences								
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)	
					Lower	Upper				
Pair 1	HEALTH 49: A & P - Aktivität und Partizipation (1. MZP.) - HEALTH 49: A & P - Aktivität und Partizipation (2. MZP.)	,12366	,26516	,04762	,02639	,22092	2,596	30	,014	

Tabelle 15: Aktivität und Partizipation Differences

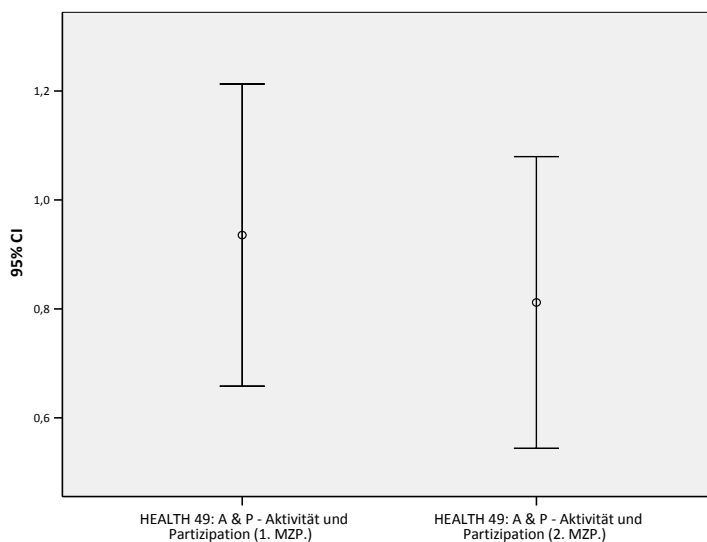


Abbildung 5: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Skala zur Aktivität und Partizipation zu beiden Messzeitpunkten.

Der Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten ist signifikant ($t=2,596$; $df=30$; $p=0,014$). Somit kann die Forschungshypothese 6, dass es zwischen den zwei Messzeitpunkten zu einer Verbesserung der Aktivität und Partizipation kommt, angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 5 graphisch dargestellt.

Hypothese zu Modul F:

H0: Die soziale Unterstützung ist zu beiden Messzeitpunkten gleich.

H1: Die soziale Unterstützung ist beim zweiten Messzeitpunkt stärker als beim ersten Messzeitpunkt.

H0: Die soziale Belastung ist zu beiden Messzeitpunkten gleich hoch.

H1: Die soziale Belastung ist beim zweiten Messzeitpunkt niedriger als beim ersten Messzeitpunkt.

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	HEALTH 49: SOZU - Soziale Unterstützung (1. MZP.)	1,2339	31	,70396	,12644
	HEALTH 49: SOZU - Soziale Unterstützung (2. MZP.)	1,3226	31	,62314	,11192
Pair 2	HEALTH 49: SOZU - Soziale Belastung (1. MZP.)	1,2419	31	,73735	,13243
	HEALTH 49: SOZU - Soziale Belastung (2. MZP.)	1,3226	31	,67142	,12059

Tabelle 16: Soziale Unterstützung, Soziale Belastung

Die ProbandInnen wiesen bei der ersten Messung der Skala Soziale Unterstützung einen Mittelwert von 1,23 ($SD=0,70$) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 1,32 ($SD=0,62$). Bei der ersten Messung der Skala Soziale Belastung wiesen die Probanden einen Mittelwert von 1,24 ($SD=0,74$) auf, bei der zweiten Messung lag der Mittelwert bei 1,32 ($SD=0,67$). Die Daten sind in Abbildung 6 graphisch dargestellt.

Paired Samples Test									
		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	HEALTH 49: SOZU - Soziale Unterstützung (1. MZP.) - HEALTH 49: SOZU - Soziale Unterstützung (2. MZP.)	-,08871	,48541	,08718	-,26676	,08934	-1,018	30	,317
Pair 2	HEALTH 49: SOZU - Soziale Belastung (1. MZP.) - HEALTH 49: SOZU - Soziale Belastung (2. MZP.)	-,08065	,58945	,10587	-,29686	,13557	-,762	30	,452

Tabelle 17: Soziale Unterstützung und Soziale Belastung Differences

Die Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten zu den Hypothesen 7 und 8 sind nicht signifikant ($t=1,018$; $df=30$; $p=0,317$ / $t=0,762$; $df=30$; $p=0,452$).

Somit können die Forschungshypothesen 7 und 8, dass es zwischen den Messzeitpunkten zu einer Verbesserung der sozialen Unterstützung und der sozialen Belastung kommt, nicht angenommen werden. Die Daten sind in Abbildung 6 graphisch dargestellt.

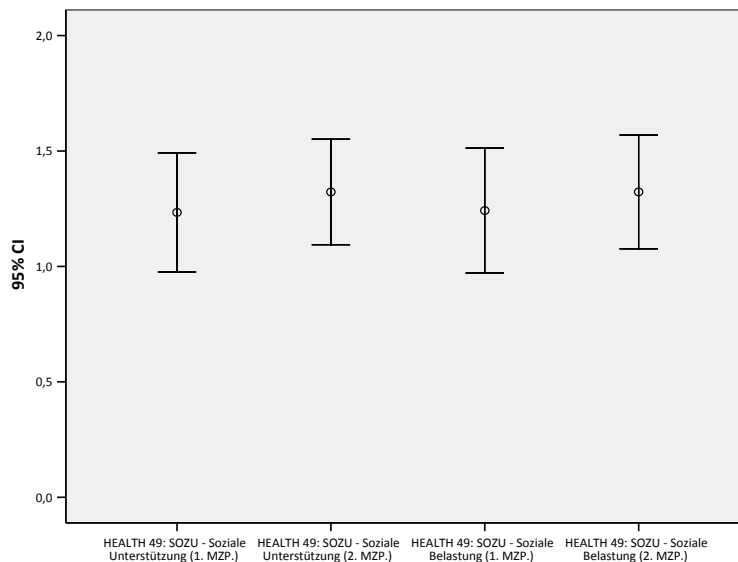


Abbildung 6: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervall für die Skalen Soziale Unterstützung und Soziale Belastung zu beiden Messzeitpunkten.

9 Schlusswort

Die Arbeit bietet im Gesamten einen Einblick über aktuelle Erkrankungen der Psyche des modernen Menschen. Es werden mögliche Gründe und Faktoren genannt, die eine Erkrankung begünstigen können. Im Speziellen wird auf den Krankheitsfaktor „Stress“ und seinen Auswirkungen auf den menschlichen Organismus eingegangen. In der vorliegenden Arbeit werden bisherige wissenschaftlich fundierte psychologische Entspannungsmethoden genauer beschrieben. Auch die positiven Zielsetzungen der Methoden wurden herausgearbeitet und verdeutlicht. Ich berichte weiter über das Entspannungsbett von Lesky Energetics und dessen Zielsetzung. Es wird auf die ganzheitliche Wirkungsweise des Entspannungsbettes eingegangen, die es von den herkömmlichen Entspannungsmethoden unterscheidet. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit setzt sich aus einer empirischen Studie zusammen. Ich führte meine Studie mit dem Personal des UKH Klagenfurt bei einer Stichprobengröße von 30 Probanden mittels des HEALTH -49 durch. Mein Erkenntnisinteresse bezog sich auf die Wirkung des Entspannungsbettes auf den psychischen Zustand der Probanden. Die Auswertung zeigt eine Tendenz zur positiven Beeinflussung des Entspannungsbettes auf den psychischen Zustand der Probanden.

10 Literatur

ALLENSPACH M., BRECHBÜHLER A., (2005): Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Bern, Huber Verlag.

BAMERT S, FREI M., (2008): Burnout und Präventionsmaßnahmen. Wie gehen Unternehmen damit um und was ist der Einfluss auf den Unternehmenserfolg. Norderstedt. Grin Verlag.

EIFF A. W., (1980): Stress. Phänomenologie, Diagnose und Therapie in den verschiedenen Lebensabschnitten. Stuttgart. Georg Thieme Verlag.

GUSY B. , (1995): Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout. Eine Kausalanalyse. München, Wien. Profil Verlag GmbH.

KRÄMER J. , (2006): Bandscheiben bedingte Erkrankungen. Stuttgart, 5. Auflage, Thieme Verlag.

KÖLLNER V., BRODA M., (2005): Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart, Thieme Verlag.

LAHMER K., (2000): Kernbereiche der Psychologie. Wien. E. Dornier GmbH.

MARQUAD A., RUNDE P.,WESTPHAL G.,(1993): Psychische Belastungen in helfenden Berufen. Opladen, Westdeutscher Verlag.

POSCHKAMP T.,(2008): Angewandte Stress- und Bewältigungsforschung. Band 1, Lehrgesundheit. Belastungsmuster, Burnout und Social Support. Berlin, Logos Verlag.

RATHEISER K., MENSCHIK-BENDELE J., KRAINZ E., BURGER M. (2011): Burnout und Prävention. Ein Lesebuch für Ärzte, Pfleger und Therapeuten. Wien, Springer Verlag.

VAITL D., PETERMANN F. (2000): Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden. Band 2: Anwendungen. Weinheim. Beltz, Psychologie Verlags Union.

WABNER D.; BEIER C. (2009): Aromatherapie. Grundlagen-Wirkprinzip-Praxis. München, Urban& Fischer Verlag.

WUNN E., (2006): Psychiatrie. München. Urban& Fischer.

ZIMMERMANN A., (2008): Natürlich gesund bleiben. Die erfolgreichsten Naturtherapien im Überblick. Nordrhein- Westfalen, Schlütersche Verlag.

13.1 Zeitschriften:

GEYERHOFER S., UNTERHOLZER C.: Systeme. Burnout aus systemischer Sicht. Institut für systemische Psychologie. Wien, Februar 2008.

PETERS M.: Faculty of Psychology, Detection of Feigned Burnout Symptoms Using Standard Clinical Questionnaires. Maastricht University, Netherlands 2006.

SEIBT R., SPITZER S.: Originalia. Prädiktoren der Arbeitsfähigkeit bei vorwiegend psychisch belastenden Berufsgruppen. Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin. Dresden, Juni 2007.

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER: Österreichische Ärztezeitschrift. Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte. Horn, Druckerei Berger, 25.April.2011 .

13.2 Artikel:

Eibinger, B., (2009): Burnout. Veranstaltung an der Medizinischen Universität Graz.

POSSNIG G.: (2003) Burnout. Darf kein Tabu mehr sein! Wien.

13.3 Internetrecherche:

<http://www.leskyenergetics.com/index.html>, 13.06.2011, 16:40 Uhr.