

UNIVERSITÀ
DELLA
SVIZZERA
ITALIANA

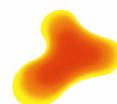
FACOLTÀ
DI SCIENZE
DELLA
COMUNICAZIONE

INSTITUTE OF
COMMUNICATION
AND HEALTH

Gesundheitskompetenz im Bereich Stress und psychische Gesundheit

**Rahmenkonzept mit besonderer Berücksichtigung des
Settings Betriebe und älterer Menschen**

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

IMPRESSUM

Autorin: Carmen Faustinelli, Institute of Communication and Health,
Università della Svizzera italiana, Lugano

Fachliche Begleitung: Dr. phil. Ralph M. Steinmann, Gesundheitsförderung Schweiz

© 2008 Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und Lausanne, und Università della Svizzera
italiana, Lugano

Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck mit Genehmigung von Gesundheitsförderung Schweiz und
Università della Svizzera italiana

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| INHALTSVERZEICHNIS | 3 |
| 1. EINFÜHRUNG | 5 |
| 2. STRESS UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT | 8 |
| 2.1. STRESSOREN | 8 |
| 2.1.1 <i>Stressoren der Arbeitswelt</i> | 9 |
| 2.1.1.1 Stressoren der Arbeitswelt im Allgemeinen | 9 |
| 2.1.1.2 Spezifische Stressoren bei älteren Arbeitnehmenden | 10 |
| 2.1.1.3 Welchen physischen Risikofaktoren sind Arbeitnehmende in der Schweiz ausgesetzt?..... | 12 |
| 2.1.1.4 Welchen psychischen Risiken sind Arbeitnehmende in der Schweiz ausgesetzt? | 13 |
| 2.1.2 <i>Stressoren bei pensionierten Personen</i> | 14 |
| 2.1.2.1 Spezifische Stressoren bei pensionierten Personen..... | 14 |
| 2.1.2.2 Situation der pensionierten Personen | 14 |
| 2.2 BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN (COPING) | 16 |
| 2.2.1 <i>Kritik von Perrez und Reichert am Modell von Lazarus</i> | 16 |
| 2.2.2 <i>Bewältigungsstrategien im Bereich der Arbeit</i> | 17 |
| 2.2.3 <i>Bewältigungsstrategien und Altern</i> | 19 |
| 2.2.3.1 Entwickeln sich die Bewältigungsstrategien mit dem Alter?..... | 19 |
| 2.2.3.2 Assimilatives und akkomodatives Coping | 22 |
| 2.2.3.3 Proaktives und retroaktives Coping | 23 |
| 2.3 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG | 24 |
| 2.3.1 <i>Definitionen von sozialer Unterstützung</i> | 24 |
| 2.3.2 <i>Soziale Unterstützung und Gesundheit</i> | 25 |
| 2.3.3 <i>Soziale Unterstützung in der Arbeitswelt</i> | 26 |
| 2.3.4 <i>Soziale Unterstützung bei pensionierten Personen</i> | 27 |
| 2.3.5 <i>Aktuelle Situation</i> | 30 |
| 2.4 GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON STRESS | 32 |
| 2.4.1 <i>Krohne's verschiedene Wege zur Krankheit</i> | 32 |
| 2.4.2 <i>Herz-Kreislaufkrankungen</i> | 33 |
| 2.4.2.1 Herz-Kreislaufkrankungen und Stress | 33 |
| 2.4.3 <i>Muskuloskelettale Erkrankungen</i> | 35 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2.5 | INTERVENTIONEN | 37 |
| 2.5.1 | <i>Interventionen in der Arbeitswelt</i> | 37 |
| 2.5.1.1 | „Towards a longer worlfe!“ Globales Konzept und Empfehlungen für die europäischen Länder | 37 |
| 2.5.1.2 | Richtlinie der Arbeitsärzte und anderer Spezialisten der Arbeitssicherheit (ASA)..... | 40 |
| 2.5.2 | <i>Interventionen bei pensionierten Personen</i> | 40 |
| 2.5.2.1 | Diskussionsgruppen zum Thema Freundschaft und Einsamkeit..... | 42 |
| 2.5.2.2 | Diskussionsgruppen/Ausbildung zum Thema Gesundheit und Alter..... | 42 |
| 2.5.2.3 | Proaktives Coping..... | 44 |
| 3. | KENNTNISSE, EINSTELLUNGEN UND VERHALTENSWEISEN IN BEZUG AUF STRESS | 46 |
| 3.1 | ALLTAGSKENNTNISSE IN BEZUG AUF STRESS UND DESSEN GESUNDHEITLICHEN FOLGEN | 46 |
| 3.2 | STRATEGIEN UND VORGESCHLAGENE VERHALTENSWEISEN ZUR STRESSBEKÄMPFUNG | 48 |
| 4. | GESUNDHEITSKOMPETENZ | 50 |
| 4.1 | DEFINITIONEN..... | 50 |
| 4.2 | MODELLE, KONZEPTE UND THEORIEN | 52 |
| 4.2.1 | <i>Modell von Kickbusch und Maag</i> | 52 |
| 4.2.2 | <i>Modell von Abel</i> | 54 |
| 4.2.3 | <i>Modell von Schulz und Nakamoto</i> | 57 |
| 4.2.4 | <i>Verhaltenstheorie „The Unified Theory“ von Fishbein et al.</i> | 59 |
| 4.3 | GESUNDHEITSKOMPETENZ IM BEREICH PSYCHISCHE GESUNDHEIT | 62 |
| 4.4 | GESUNDHEITSKOMPETENZEN IM BEREICH STRESS | 64 |
| 5. | EINFLUSS DER MEDIEN | 69 |
| 5.1 | DIE VERSCHIEDENEN STUFEN DER BEEINFLUSSUNG | 69 |
| 5.2 | ANALYSE VON MEDIENINHALTEN IM ZUSAMMENHANG MIT STRESS | 73 |
| 5.3 | RESULTATE VON MEDIENPRÄVENTIONSKAMPAGNEN ZU STRESS | 74 |
| 5.4 | BEDINGUNGSFAKTOREN FÜR DIE INFORMATIONSSUCHE IM BEREICH GESUNDHEIT | 75 |
| 6. | KURZFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN | 79 |
| 7. | ANHANG | 85 |
| 7.1 | FORSCHUNGSINSTITUTIONEN IM BEREICH VON STRESS | 85 |
| 7.2 | ÖFFENTLICHE RESSOURCEN..... | 87 |
| 7.3 | WISSENSCHAFTLICHE ZEITSCHRIFTEN | 90 |
| 7.4 | AUSGEWÄHLTE STUDIEN | 90 |
| 7.5 | BIBLIOGRAPHIE..... | 97 |

1. Einführung

Das Altern der europäischen Bevölkerung stellt aufgrund der steigenden Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten eine grosse wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Herausforderung dar (Morschhäuser & Sochert, 2006). Auch die Schweiz wird von diesen Entwicklungen nicht verschont bleiben. Im Jahr 2006 hat das Bundesamt für Statistik dazu einen Bericht über **die Entwicklungsszenarien der Bevölkerung in der Schweiz zwischen 2005 und 2050** publiziert (Kohli, Hermann & Babel). Die geprüften Szenarien führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die Zunahme der Bevölkerung wird sich während den nächsten drei Jahrzehnten langsam weiterziehen. Es ist schwierig, den Moment, an dem die Bevölkerung abzunehmen beginnt, genau vorherzusagen, da die verschiedenen Modelle unterschiedliche Entwicklungen als möglich erachten.
- Ab 2005 wird sich der Altersprozess der Bevölkerung beschleunigen und besonders zwischen 2025 und 2035 in einer Phase seine Spuren hinterlassen, in der die Baby-Boomer in den Ruhestand treten. Ab 2035 sollte sich der Altersprozess schliesslich stabilisieren.

Diese Veränderung der demografischen Landschaft wird für den Arbeitsmarkt Konsequenzen haben: ab 2019 wird die aktive Bevölkerung abnehmen (Kohli, Hermann & Babel 2006). Einerseits weil die Generation der Baby-Boomer in den Ruhestand treten wird, andererseits weil die Anzahl der Jungen, die sich in einer höheren Ausbildung befinden, ansteigen wird, was ihren Eintritt in den Arbeitsmarkt verzögert. Gleichzeitig wird die Anzahl der Pensionierten und der Personen im vierten Lebensalter ansteigen. Diese Überalterung der Bevölkerung belastet das finanzielle Gleichgewicht (Luisier, Cotter & Gärtner 2003) und wird Auswirkungen auf die AHV und Krankenkassen haben.

Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, werden mehrere Massnahmen in Betracht gezogen. Eine der meist diskutierten Massnahmen besteht darin, die älteren Personen solange als

möglich in der Arbeitswelt zu halten, um das Gleichgewicht zwischen der aktiven und der pensionierten Bevölkerung zu stabilisieren. In diesem Zusammenhang wurden auf europäischer Ebene zwei konkrete Massnahmen definiert (Morschhäuser & Sochert 2006): 50% der 50- bis 64-Jährigen im Arbeitsprozess zu behalten sowie die Pensionierung um fünf Jahre hinauszuzögern. Als Konsequenz dieser Massnahmen wird das Durchschnittsalter der erwerbstätigen Bevölkerung in Europa so hoch sein wie noch nie zuvor (Morschhäuser & Sochert, 2006; Ilmarinen, 1999). Zwei weitere Massnahmen werden in Betracht gezogen: Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit und des Angebots an Praxisausbildungen für Jugendliche, um einen verzögerten Eintritt ins Erwerbsleben zu vermeiden. Bei Personen des dritten und des vierten Lebensalters möchte man deren Autonomie vergrössern (Luisier, Cotter, & Gärtner, 2003).

Die genannten Anpassungen stellen Unternehmen und ältere Personen bezüglich der Gesundheitsförderung vor eine Herausforderung. Wenn das europäische Ziel, die individuelle Arbeitsdauer in Jahren zu verlängern, erreicht werden soll, müssen Massnahmen formuliert werden, um die Gesundheit der Angestellten bis ins fortgeschrittene Alter zu erhalten. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für die wirtschaftliche Funktionsfähigkeit in Europa (Morschhäuser & Sockert, 2006). Die Teilnahme am Arbeitsmarkt ist einerseits mit dem Gesundheitszustand (Kalwij & Vermeulen, 2005) und andererseits mit der Einschätzung des Einflusses der Arbeit auf die Gesundheit (Molinie, 2003) verbunden. Ferner muss vermieden werden, dass die junge Generation mit Arbeiten überlastet wird, die die Älteren nicht mehr so gut ausführen können. Eine weitere Überlegung, die sich vor allem im Zuge der steigenden Frauenerwerbstätigkeit abzeichnet (Kohli, Herrman, & Babel, 2006), betrifft die sogenannte *life domain balance* (Ulich, 2007). Schliesslich muss der Erhalt der Autonomie älterer Personen auf Strukturen ausserhalb der Familie abgestützt werden. Der Rückgriff auf die Familie als Sozialkapital wird in Zukunft erschwert. Dies einerseits, weil sich die Familienstruktur verändert hat (Patchwork-Familien, geografische Entfernung, Rückgang der Geburtenrate) und andererseits, weil die Beschäftigungsrate der Frauen zunimmt. Gleichzeitig ist bekannt, dass die Frauen bezüglich Pflege und Hilfe im Zentrum einer Familie stehen. In Zukunft wird es darum gehen, die Lebensqualität und die Autonomie älterer Personen zu optimieren und der sozialen Isolierung mit externen Interventionen vorzubeugen.

Der vorliegende Bericht ist zunächst eine Fortführung und Ergänzung des Grundlagenberichtes von Gesundheitsförderung Schweiz zu psychischer Gesundheit und Stress (Steinmann 2005). Während der Grundlagenbericht eine breite Gesamtübersicht über den Gegenstand vermittelt,

fokussiert dieser zweite Bericht auf zwei Interventionsbereiche: die Arbeitswelt und die pensionierten Personen. Ein zweites Ziel besteht darin, die Thematik unter dem konzeptionellen Rahmen von Gesundheitskompetenz, besser bekannt unter dem englischen Namen *health literacy*, zu untersuchen. Die vorliegende Arbeit präsentiert sowohl die Definitionen als auch die betreffenden Modelle bezüglich Gesundheitskompetenz und diskutiert das Konzept unter den Gesichtspunkten von Stress und psychischer Gesundheit.

2. Stress und psychische Gesundheit

Bereits der erste Bericht (Steinmann, 2005) zeigt detailliert die Verbindungen auf zwischen Stress und psychischer Gesundheit in verschiedenen Situationen. Der Autor des ersten Berichts definiert Stress dabei wie folgt: „Stress ist also gegeben, wenn zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht“. Im vorliegenden Bericht wird auf zwei spezifische Situationen Bezug genommen: Stress bei der Arbeit und Stress bei älteren Personen. Ausgehend von derselben Stressdefinition verfolgt dieses Kapitel das Ziel, die Informationen in Bezug auf die beiden genannten Situationen zu ergänzen. Dabei geht es darum, die spezifischen Stressoren zu definieren und die Formen, die die Bewältigungsstrategien (Coping) sowie die soziale Unterstützung innerhalb dieser beiden Kontexte einnehmen können, besser zu verstehen. Zusätzlich werden zwei neue Folgen von Stress für die Gesundheit beschrieben: Herz-Kreislaufkrankungen sowie muskuloskeletale Erkrankungen. Zum Schluss werden noch ausgewählte Interventionsbeispiele aufgeführt.

2.1. Stressoren

Stressoren sind Ereignisse oder Situationen, die am Anfang von persönlichem Stressempfinden stehen. Weil jedoch eine gegebene Situation nicht zwangsläufig in jedem Individuum Stress auslösen muss, ist es unumgänglich, Stressoren nach einem probabilistischen Ansatz zu definieren: in einer gegebenen Population ist ein Stressor ein Ereignis oder eine Situation, welche mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einen Stresszustand auslöst (Zapf & Semmer, 2004). Da die Stressoren von Situation zu Situation ändern, definiert dieses Kapitel die spezifischen Stressoren der beiden ausgewählten Situationen (Stress bei der Arbeit und Stress bei älteren Personen) genauer.

2.1.1 Stressoren der Arbeitswelt

2.1.1.1 Stressoren der Arbeitswelt im Allgemeinen

Der erste Bericht (Steinmann 2005) liefert bereits Beispiele von generellen Stressoren aus allen Lebensbereichen sowie spezifische Beispiele von Stressoren und Belastungen innerhalb von Unternehmen. Wenchel (2003) zählt in der Broschüre, die vom SECO herausgegeben wurde, folgende Stress-Faktoren auf: Arbeitsunsicherheit, unklare Kompetenzen, fehlende Rückmeldungen und Unterstützung, Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten, arbeitsbedingte Gefährdungen, hohe Verantwortung, zu geringer Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Kommunikations- und Informationsdefizite, Gesundheitsstörungen, neue Arbeitsformen und Überforderung.

Udris und Semmer (1993) teilen die verschiedenen Quellen von Stress in 5 Kategorien ein.

Die Aufgabe selbst

- Eintönig
- Uninteressant
- Zu komplex
- Schwierige emotionale Anforderungen

Arbeitsorganisation

- Intensität: Hoher Zeitdruck, anhaltende Konzentration
- Mangelhafte Werkzeuge, Materialien, Informationen
- Exakt vorgeschriebenes Tempo/Arbeitsweise (Mangel an Handlungsspielraum)
- Unklare Bewertungskriterien
- Widersprüchliche Anweisungen
- Hohe Verantwortung für andere/ für Sachwerte

Physische Bedingungen

- Umgebungsbedingungen (Lärm, Hitze, Erschütterungen)
- Einseitige Körperhaltung (ständiges Stehen, Arbeit mit über dem Kopf ausgestreckten Armen)
- Länge der Arbeitszeit, Nacht- und Schichtarbeit

Soziale Bedingungen

- Konflikte, schlechtes Arbeitsklima, Mobbing
- Unfaire Behandlung
- Zu grosse Abhängigkeiten („Kooperationszwänge“)

Organisatorische Rahmenbedingungen

- Status und Anerkennung
 - Informationspolitik
 - Lohnpolitik
 - Zukunftsaussichten (Aufstiegsmöglichkeiten, Sicherheit des Arbeitsplatzes), „Mikropolitik“
-

Daneben existieren noch weitere Klassifikationen, die jedoch immer wieder dieselben Ursachen von Stress aufnehmen (McGraph 1981; Zapf in Zapf & Semmer, 2004). Umfangreiches Material, das auch Listen von Stressfaktoren enthält, ist auch im Bereich der Bewertung des Ausmasses von Stress in Unternehmen vorhanden. Beispiele dafür sind die Checkliste „Stress“ sowie die Broschüre „Stress? Da haben wir etwas für Sie“, die beide auf der SuvaPro-Website¹ heruntergeladen werden können. Das SECO hat vier Informationshefte zum Thema Stress am Arbeitsplatz herausgegeben, wobei das Vierte verschiedene Checklisten enthält:

1. Wenchel, K.-T. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 1 – Orientierungshilfe. Bochum: InfoMediaVerlag.
2. Debitz, U., Gruber, H., & Richter, P. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 2 – Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungen. Bochum: InfoMediaVerlag.
3. Pohlandt, A., Heymer, J., & Gruber, H. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 3 – Verhüten von Fehlbeanspruchungen durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Bochum: InfoMediaVerlag.
4. Richter, G., Friesenbichler, H., & Vanis, M. (2004). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 4 – Psychische Belastungen, Checklisten für den Einstieg. Bochum: InfoMediaVerlag.

2.1.1.2 Spezifische Stressoren bei älteren Arbeitnehmenden

Mit dem Alter verändern sich auch die zur Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen, um die Belastungen der Umwelt zu bewältigen. Plötzlich können vormals problemlose Situationen als Stress auslösend empfunden werden. Gemäss Gesundheitsförderung Schweiz wird die Gruppe der über 50-Jährigen als *ältere Arbeitnehmer* bezeichnet. Ilmarinen und Tempel (2002, in Morschhäuser & Sochert, 2006, p. 45) listen eine Anzahl altersbedingter physiologischer und psychologischer Merkmale auf, die Situationen mit zunehmendem Alter nach und nach in Stressoren verwandeln können. Wie wir später im Teil „Interventionen“ diskutieren werden, verlangen einige dieser Situationen eine ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes.

¹https://www.sapp1.suva.ch/sap/bc/gui/sap/its/zwaswo/?sap-client=001&saplanguage=fr&ostore=info01_fr&~okcode=startite&selected_area=279 (consulté en novembre 2007)

Zum Teil überschneiden sich die Empfehlungen der AutorInnen präventiver Interventionen mit den Empfehlungen des SECO (Wenchel, 2003). Ilmarinen (2006) beschreibt den Abbau der körperlichen Funktionen detailliert und macht Angaben zum Alter, in dem die Funktionstüchtigkeit der verschiedenen Organe abzunehmen beginnt. Dieser Rückgang der körperlichen Funktionstüchtigkeit variiert nicht nur von Organ zu Organ, sondern betrifft auch innerhalb des gleichen Organs unterschiedliche Funktionen. Für die Sehkraft beispielsweise, differenziert Ilmarinen den Farbsinn, die Adaption oder Fokussierung des Auges, die Sehschärfe und die Blickdistanz. Eine detaillierte Beschreibung des Alterungsprozesses und seines genauen Beginns würde den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen. Interessierten Lesern ist der Text von Ilmarinen (2006b) zu empfehlen. Als genereller Befund kann festgehalten werden, dass sich die Abnahme der körperlichen Funktionstüchtigkeit mit 50 Jahren beschleunigt:

- Abnahme des Bewegungsvermögens, der Elastizität der Gelenke und Bänder
- Abnahme der Kraft und der physischen Fähigkeiten
- Abnahme der Aufnahmefähigkeit, der Entscheidungsfähigkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizit, Schwierigkeiten bei Gedankengängen
- Einschränkung der Sehkraft, Schwierigkeiten, Farben zu unterscheiden (blau/ grün), Schwierigkeiten bei der Adaption des Auges
- Hörverlust
- Häufigere Beschwerden in der Kreuzregion (Kreuzschmerzen)
- Schwierigkeiten, sich an zu warme oder zu kalte Umgebungen anzupassen
- Erhöhtes Risiko, auszurutschen oder zu fallen
- Langsamere Genesung bei Krankheiten oder Verletzungen
- Tendenz zu Inaktivität, Passivität

In der genannten SECO-Broschüre „ **Psychische Gesundheit und Arbeitsplatz, Teil 1 – Orientierungshilfe**“ findet sich die nachfolgende Liste von kritischen Umweltbedingungen für ältere Arbeitnehmende (Wenchel, 2003, p. 25). Interessierten Lesern wird auch hier der Bericht von Ilmarinen (2006b) empfohlen, in dem detaillierter auf den Rückgang der körperlichen Funktionstüchtigkeit und das Alter, ab dem Anpassungen nötig werden, eingegangen wird.

Die Arbeitsumwelt betreffend

- Übermäßige Hitze oder Feuchtigkeit
- Verunreinigte Luft
- Unzureichende Beleuchtung oder Blendung
- Übermäßiger Lärm

Die Ausstattung und Gestaltung des Arbeitsplatzes betreffend

- Arbeitsplätze, die zu längerem Sitzen, Beugen, Strecken oder Stehen zwingen
- Anhaltende statische Haltearbeit, z.B. bei Überkopfarbeit
- Gefahrenmomente, die zum Ausrutschen oder Stolpern führen können
- Tätigkeiten, bei denen Augen und Ohren intensiv gebraucht werden
- Komplizierte zweiseitige Anzeigevorrichtungen

Die Organisation der Arbeit betreffend

- Fremdbestimmtes Arbeitstempo
 - Plötzlich anfallende schwere Arbeit
 - Kontinuierlich schwere Arbeit
 - Zu wenig Ruhepausen
-

Verknüpfung von Merkmalen, die besondere Schwierigkeiten verursachen

- Schwere Arbeit in heisser Umgebung
- Arbeiten mit hoher Schleistung bei schlechter Beleuchtung oder Blendung
- Schwere Arbeit bei festgelegtem Tempo
- Komplizierte Anzeigevorrichtungen, die unter Zeitdruck abgelesen werden müssen
- Arbeiten, bei denen Anweisungen und Signale in lauter Umgebung gegeben werden

2.1.1.3 Welchen physischen Risikofaktoren sind Arbeitnehmende in der Schweiz ausgesetzt?

Die Schweiz hat an der **vierten europäischen Untersuchung über die Arbeitsbedingungen** teilgenommen, die von September bis November 2005 durchgeführt wurde. Graf, Pekruhl et al. (2007) diskutieren die Resultate aus Schweizer Sicht. Ihr Bericht stellt eine wichtige Informationsquelle dar. Nachfolgend werden einige der Resultate angeführt:

- 31 % der Schweizer Angestellten bestätigen, dass ihre Gesundheit aufgrund ihrer Arbeit abnimmt. Sie erwähnen an erster Stelle Rückenschmerzen (18%), Stress (17%), Muskelschmerzen an Schultern – Nacken – Beinen (13%). Diese drei Problembereiche betreffen alle Berufsgruppen. Kaderleute erwähnen vor allem berufliche Erschöpfung, Stress und Schlafstörungen, während Handwerker mehr körperliche Schmerzen hervorheben. 35- bis 45-Jährige nennen als häufigste Probleme Stress, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Seh- und Atemprobleme sowie Magenschmerzen. 45- bis 54-Jährige leiden vermehrt unter Schlafstörungen und Angstzuständen.
- Bei der Frage nach den Risikofaktoren geben 20% der Arbeitnehmenden an, während mindestens einem Viertel ihrer Arbeitszeit folgenden Gefahren ausgesetzt zu sein: Vibrationen, erhöhte oder zu tiefe Temperaturen, Lärm, Dämpfen, Rauch oder Staub. Nachfolgende Risikofaktoren sind in allen Berufskategorien zu erkennen, betreffen aber vor allem manuell tätige Arbeitskräfte: Wiederholungen von Hand- und Armbewegungen, schmerzhaft und ermüdende Körperhaltungen, Transport von schweren Gegenständen. Die Gruppen der 45- bis 54-Jährigen und der 55- bis 64-Jährigen leiden zwar unter denselben Problemen wie die anderen Altersgruppen, weisen aber nicht die extremsten Werte auf.

2.1.1.4 Welchen psychischen Risiken sind Arbeitnehmende in der Schweiz ausgesetzt?

Graf, Pekruhl et al. (2007) geben auch Hinweise zur psychischen Gesundheit der Schweizer Angestellten sowie zu den psychischen Risiken, denen sie ausgesetzt sind:

- Die Angestellten profitieren am Arbeitsplatz von einer grossen Autonomie (Aufgabenausführung, Methodeneinsatz, Rhythmus und Arbeitszeiten).
- Die Arbeitgeber nehmen Bemerkungen ihrer Angestellten ernst.
- Gruppenarbeit ist in der Schweiz (20%) stärker verbreitet als in Europa (12%), aber weniger häufig als in nordischen Ländern (26% Dänemark, Schweden, Norwegen)
- 9% der Angestellten, die Gruppenaufgaben ausführen, sind Teil von autonomen Arbeitsgruppen. Das bedeutet, dass sie nicht nur die Zusammenarbeit und die Verteilung der Aufgaben organisieren, sondern auch über Arbeitsabläufe und Verbesserungen entscheiden. Diese Arbeitsgruppen profitieren so von einer grösseren Arbeitsautonomie. Die Arbeitsgruppen haben allerdings eine ambivalente Auswirkung auf die Gesundheit: einerseits sind die Personen, die in solchen autonomen Gruppen arbeiten, weniger häufig krank (12, 7 Tage) als der Durchschnitt (schweizerischer Durchschnitt: 21 Tage), andererseits haben sie mehr den Eindruck, unter Druck zu arbeiten (83% in den autonomen Gruppen gegenüber 73% im schweizerischen Durchschnitt und 69% in Europa).
- Nur 4% der 45- bis 64-Jährigen fühlen sich benachteiligt. Der Bericht unterstreicht jedoch, dass beruflich integrierte Personen befragt wurden. Die Situation kann für 45- bis 64-Jährige auf der Suche nach einer Arbeitsstelle völlig anders aussehen.
- Die Anzahl Personen, die ihre Arbeit selbst beurteilen können (74% bei den 15- bis 24-Jährigen und 95% bei den 54- bis 64-Jährigen) und eine komplexe Arbeit ausführen (63% bei 15- bis 24-Jährigen und 82% bei den 54- bis 64-Jährigen) steigt mit dem Alter. Dementsprechend sinkt die Anzahl Personen, die sich über Monotonie bei ihrer Arbeit beklagen, mit dem Alter (24% bei den 15- bis 24-Jährigen und 10% bei den 54- bis 64-Jährigen).

- Die Anzahl Personen, die angeben, dass ihr Arbeitsrhythmus von externen Faktoren (Kollegen, Maschinen,...) bestimmt werde, sinkt mit dem Alter. Ab 55 Jahren nimmt auch die Anzahl Personen ab, die einen intensiven Arbeitsrhythmus angeben; der Prozentsatz bleibt dennoch hoch (74% bei den 45- bis 54-Jährigen, 61% bei den 55- bis 64-Jährigen und 41% bei den 65-Jährigen und Älteren).

2.1.2 Stressoren bei pensionierten Personen

2.1.2.1 Spezifische Stressoren bei pensionierten Personen

Die Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Stress bei pensionierten Personen ergibt folgende Stressoren (Boerner, 2004; Vaillant & Mukamal, 2001; Yang, 2006, Tak, 2006):

- Abnahme der kognitiven und physischen Funktionstüchtigkeit, Verlust von Mobilität und Eigenständigkeit
- Soziale Isolierung und Einsamkeit
- Verlust des Partners / der Partnerin
- Schwere oder chronische Erkrankungen (z.B.: Krebs, Infarkt, Arthritis, Diabetes)
- Einsetzen der Pensionierung
- Reduktion des Einkommens
- Das Gefühl, für die anderen Familienmitglieder zur Last zu werden
- Eintritt in ein Altersheim

2.1.2.2 Situation der pensionierten Personen

Mit dem Ziel, die Gesundheit, das Altern und die Pensionierung der Bevölkerung zu analysieren, startete im Jahr 2004 das europäische Forschungsprojekt SHARE. Die ersten Resultate (Börsch-Supan et al., 2005) geben einen Überblick über den Gesundheitszustand von älteren Personen (50 und älter) in Europa:

- Die häufigsten chronischen Krankheiten sind Arthritis, Diabetes, Herzkrankheiten, Bluthochdruck und ein zu hoher Cholesterinwert.
- Die am häufigsten erwähnten Symptome sind Schmerzen generell, Schlafstörungen sowie Anschwellen der Beine.

- Auf der Ebene der körperlichen Funktionstüchtigkeit zeigen sich Einschränkungen der Mobilität (50%) sowie Seh-, Gehör und Kauprobleme. Ab 80 Jahren beschleunigt sich die Abnahme der körperlichen Funktionstüchtigkeit.
- Ab 80 Jahren erhöhen sich die nachfolgenden Symptome oder Krankheiten deutlich: Herzinfarkt, grauer Star, Angst zu fallen und Inkontinenz.
- Ab 80 Jahren verschlimmern sich die nachfolgenden Symptome, doch in weniger ausgeprägtem Mass: Cholesterinwert, Asthma, Husten, Schlafstörungen, Magenprobleme.
- Frauen sind generell häufiger krank als Männer. Diese sind allerdings vermehrt von Herz-Kreislaufferkrankungen, Diabetes und Lungenkrankheiten betroffen. Generell sind Frauen häufiger von weniger schweren Krankheiten betroffen, während Männer tödliche Krankheiten entwickeln.
- Frauen sind stärker von Depressionen betroffen als Männer. Verglichen mit anderen europäischen Ländern bleibt in der Schweiz die Ausbreitung von Depressionen bei über 50-Jährigen jedoch stabil.
- Ledig oder single zu sein, Schwierigkeiten bei der Ausführung der alltäglichen Aktivitäten und eine chronische Krankheit zu haben, sind Situationen, die häufig mit Depressionen verknüpft sind.
- Einsamkeit wird im Kapitel über die soziale Unterstützung behandelt.

2.2 Bewältigungsstrategien (Coping)

Der erste Bericht (Steinmann, 2005) sprach die Frage der Stressbewältigung (Coping) nur kurz an und hob mit Bezug auf das Modell von Lazarus vor allem zwei Hauptstrategien hervor: das instrumentelle und emotionsbezogene Coping.

Dieser zweite Bericht nutzt die Gelegenheit, um am Modell von Lazarus eine Kritik oder vielmehr eine Ergänzung anzubringen und zu analysieren, was in der wissenschaftlichen Literatur über die Entwicklung von Bewältigungsstrategien in den Bereichen Arbeit und Alter zu finden ist.

2.2.1 Kritik von Perrez und Reichert am Modell von Lazarus

Bevor auf die Frage nach der Entwicklung von Bewältigungsstrategien eingegangen wird, soll eine Kritik des Modells von Lazarus vorgestellt werden. Perrez und Reicherts (1992) heben hervor, dass sich die Theorie von Lazarus hauptsächlich auf die subjektive Einschätzung der Situation konzentriert, d.h. darauf, wie das Individuum die Situation persönlich bewertet. Dabei wird jedoch die Situationsanalyse nach objektiven Kriterien vernachlässigt.

Das Hauptziel von Perrez und Reicherts besteht darin, eine angepasste und möglichst objektive Darstellung der Situation zu vermitteln, um die angemessenste und wirksamste Copingstrategie auszuwählen. Die Autoren erläutern beispielsweise, dass depressive Personen tendenziell dazu neigen, die Kontrollierbarkeit einer Situation zu unterschätzen und passives Verhalten auch dann zu wählen, wenn eine aktive Bewältigungsstrategie wirksamer gewesen wäre.

Seit den Forschungen von Seligman (1975) ist bekannt, dass das Gefühl, eine Situation zu kontrollieren, für eine gute psychische Entfaltung grundlegend ist. Negative, ausserdem unkontrollierbare Situationen haben katastrophale Auswirkungen auf die psychische Gesundheit: Ängstlichkeit, Phobie, Depression. Trotzdem stellt eine Verbesserung des subjektiven Kontrollgefühls keine geeignete Strategie dar, um die psychische Gesundheit von Individuen zu verbessern. In diesem Sinn betonen Perrez und Reicherts (1992, p.20): „we do not attend that the damaging effect of non-controllable aversive situations can be averted by processes of illusory control“. Gemäss diesen Autoren ist eine realistische Einschätzung der Kontrollierbarkeit der

Situation viel wichtiger. Damit sprechen die Autoren einen Punkt an, der für unsere Analyse von Bewältigungsstrategien in der Arbeitswelt und im Altersprozess wichtig ist. In der Arbeitswelt sind zahlreiche Stressfaktoren unkontrollierbar. Die Arbeitsplatzunsicherheit, ausgelöst durch den wirtschaftlichen Druck, ist ein Beispiel dafür. Ebenso sind Arbeitsvolumen sowie Termine entweder durch Vorgesetzte oder durch externe KundInnen vorgegeben. Die objektive Kontrollierbarkeit von Situationen ist damit stark reduziert. Massnahmen zur Steigerung der subjektiven Stresskontrolle wie Kurse zur Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Stressbewältigung von Arbeitnehmenden genügen nicht, um das Stressniveau und das psychische Wohlbefinden zu verbessern, insbesondere wenn die objektive Stressursache ausserhalb der eigenen Kontrolle liegt. Im Bereich Stress ist vielmehr eine, über das Individuum hinausgehende Restrukturierung auf allen Ebenen angezeigt. Ähnliche Überlegungen können im Fall von älteren Personen angestellt werden. Die Entwicklung von Bewältigungsstrategien mit zunehmendem Alter wird in Kapitel 2.2.3 untersucht.

2.2.2 Bewältigungsstrategien im Bereich der Arbeit

Laut Cartwright und Cooper (1996) beinhaltet Stress bei der Arbeit eine doppelte Verantwortung: von Seiten der Organisation und von Seiten des Individuums. Dabei hat sich gezeigt, dass strukturelle Interventionen auf Organisationsebene häufig in der Lage wären, die Quellen von Stress zu reduzieren oder sogar zu eliminieren. Allerdings stellen die Autoren fest, dass sich Interventionen zur Verbesserung der Arbeitssituation oft auf eine Stärkung der Ressourcen des Individuums beschränken. Dabei lässt die Unternehmensführung häufig durchblicken, dass die Arbeitsbedingungen (z.B. Arbeitslast, Termindruck, Arbeitsgestaltung) nicht geändert werden können und dass die Angestellten sich selbst zu helfen und die notwendigen Ressourcen zu entwickeln haben, um sich an die gegebene Situation anzupassen.

So wählen die Arbeitnehmenden aus den verbleibenden individuellen Copingstrategien diejenigen, welche ihrer Meinung nach zur Problemlösung am besten geeignet sind. Allerdings dokumentiert die wissenschaftliche Literatur, dass zur Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz weit weniger Copingstrategien zur Verfügung stehen als zur Bewältigung von generellem Alltagsstress. Cartwright und Cooper (1996) fanden heraus, dass Individuen bei Problemen am Arbeitsplatz eher dazu tendieren, aufgabenorientierte als emotionsbezogene Bewältigungsstrategien zu wählen, weil die Möglichkeiten für emotionelle Reaktionen am Arbeitsplatz generell eingeschränkt sind. Diese Autoren betonen aber, dass Mitarbeitende den Stress im Zusammenhang mit ihren Alltagsaufgaben im Normalfall gut bewältigen. In jenen Fällen, in welchen aufgabenorientierte Strategien nicht

ausreichen, besteht eine der effektivsten Strategien zur Stressbewältigung darin, die Angestellten im Hinblick auf ihre Tätigkeit besser auszubilden (Semmer 1984).

Während Mitarbeitende beim Bewältigen ihrer Alltagsaufgaben mit Stress mehr oder weniger gut umgehen können, fürchtet sich die Mehrheit von ihnen vor Stress im Zusammenhang mit Unternehmensrestrukturierungen (Cartwright & Cooper, 1993). Solche Ereignisse erleben sie als unkontrollierbar; sie haben das Gefühl, sich der Situation nicht anpassen zu können. So stellt die Kontrollierbarkeit ein Schlüsselkonzept in der Stressanalyse dar. Wie bereits erwähnt, kann eine aktive Bewältigungsstrategie nur in die Praxis umgesetzt werden, wenn Mitarbeitende über ein Minimum an Situationskontrolle verfügen. Verschiedene Forschungsergebnisse bestätigen die Ergebnisse von Reicherts und Perrez (1992) bezüglich der Notwendigkeit, die objektiven Bedingungen einer Situation zu kennen und richtig einzuschätzen, um geeignete Strategien auszuwählen und anzuwenden (Elfering et al., 2005; Grebner et al. 2004). Obwohl das Kontrollgefühl im Umgang mit Stress eine Schlüsselvariable zu sein scheint, heisst dies nicht, dass die Erhöhung der Arbeitskontrolle von Mitarbeitenden gezwungenermassen zu einem Stressabbau führt (Zapf & Semmer, 2004). Zu viel Kontrolle kann in gewissen Situationen auch negative Konsequenzen verursachen; zum Beispiel, wenn man für eine verhängnisvolle Situation verantwortlich gemacht wird, wenn die übertragene Verantwortung zu gross ist oder wenn man riskiert, sich dem Widerstand oder den Protesten von Kollegen auszusetzen. Ausserdem unterscheiden sich die Individuen bezüglich ihrer Motivation, über eine Situation Kontrolle zu übernehmen.

Wie oben erwähnt, sollte der Kampf gegen Stress nicht nur auf individueller, sondern auch auf organisatorischer Stufe geführt werden, indem versucht wird, mittels struktureller Interventionen die Ursachen von Stress zu eliminieren. Die Autoren zitieren Elkin und Rosch (1990), die mögliche strukturelle Ansätze zur Bekämpfung von Stress zusammengefasst haben:

- Veränderung von Arbeitsabläufen / Aufgaben
- Veränderung der Arbeitsumgebung
- Einführung von flexiblen Arbeitszeiten
- Ermutigung zu partizipativen Managementstrukturen
- Einbezug der Angestellten bei der Karriereplanung
- Analyse der Arbeitsrollen und Zielvereinbarungen
- Sicherstellen der sozialen Unterstützung und regelmässiges Feedback
- Einführung einer fairen und familienfreundlichen Arbeitspolitik
- Umsatzbeteiligung

2.2.3 Bewältigungsstrategien und Altern

2.2.3.1 Entwickeln sich die Bewältigungsstrategien mit dem Alter?

Laut Strack und Feifel (1996) lassen sich in der Stressforschung zwei Ansätze unterscheiden. Die älteren Ansätze behandeln das Thema in einem **entwicklungstheoretischen Rahmen**. Sie konzentrieren sich auf Coping und blenden dabei die eigentliche Stresssituation vollständig aus. Die entwicklungstheoretischen Ansätze erklären die Veränderung der Copingstrategien durch einen Reifungsprozess, wie er beispielsweise in der Psychoanalyse zum Tragen kommt. Psychoanalytisch orientierte Untersuchungen gehen davon aus, dass die Menschen relativ stabile Vorlieben haben für bestimmte Bewältigungsstile im Umgang mit Problemen und dass sich diese Stile bezüglich Reifegrad entwickeln.

Die neueren Theorien, zu denen auch die Theorie von Lazarus gehört, **konzentrieren sich vor allem auf die eigentliche Stresssituation**. Sie sehen keine Entwicklung der Copingstrategie, sondern gehen davon aus, dass sich die Stressoren selbst verändern. Oder mit anderen Worten, dass sich das Gleichgewicht zwischen den Stressoren und den zu deren Bekämpfung zur Verfügung stehenden Ressourcen mit dem Alter verändern. Laut dem Ansatz von Lazarus und Folkman gibt es keine reiferen oder besseren Bewältigungsstrategien, sondern nur Strategien, die aufgrund der subjektiven Situationsbeurteilung und der zur Verfügung stehenden Ressourcen geeigneter erscheinen als andere.

Ein Ansatz, der die beiden Perspektiven vereint, stellt das Modell von Moos und Schaefer (1993) dar. Darin spielen **die Persönlichkeitsmerkmale ebenso eine Rolle wie die Situationsmerkmale**. Einerseits haben die Menschen aufgrund ihrer Persönlichkeit oder ihres kulturellen Hintergrunds die Tendenz, während ihres ganzen Lebens dieselben Bewältigungsstrategien zu wählen, andererseits verändert sich das Coping mit der Zeit, um sich an die aktuellen Stressoren und Ressourcen besser anpassen zu können.

Gibt es Unterschiede bei den Bewältigungsstrategien verschiedener Alterskategorien?

Steinmann (2005) erwähnt eine nationale Studie (Perrig- Chiello et al. 2001), die kritische Lebensphasen betrachtet und die Bewältigungsstrategien der 40- bis 45-Jährigen mit denjenigen der 50- bis 55-Jährigen vergleicht. Die Resultate zeigen, dass die beiden Gruppen jeweils analog vorgehen: Selbstreflexion (38%), soziale Unterstützung (34%), Verteidigungsstrategien (2%), Versuch von Kompensationsbefriedigung (2%) oder Stärkung durch Religion oder Fatalismus (3%).

Beide Altersgruppen liegen ziemlich nahe beieinander, so dass angenommen werden kann, dass sie mit mehr oder weniger ähnlichen Situationen konfrontiert sind. Vergleicht man hingegen zwei Gruppen, von denen angenommen werden kann, dass sich ihre Lebenssituationen drastisch unterscheiden, lassen die Resultate erkennen, dass sich die Stressbewältigung von einem aktiven Coping hin zu einem passiven Coping entwickelt. Folkmann und seine Kollegen (1987) erwähnen, dass 40-Jährige verstärkt auf ein aktives Coping zurückgreifen und sich eher lösungsorientiert verhalten, derweil ältere Personen (Gruppe um die 70 Jahre) sich eher mit passiven, emotionsbezogenen Anpassungsstrategien behelfen. Blanchard-Fielding, Jahnke und Camp (1995) bestätigen diese Resultate: Bei der Lösung von Problemen entscheiden sich ältere Personen (65-75 Jahre) für passives Coping, derweil Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene mehrheitlich aktives, lösungsorientiertes Coping vorziehen. Die „Berlin Aging Study“ (Baltes & Mayer, 1999) befasst sich mit der Entwicklung der Bewältigungsstrategien von 70- bis 95-Jährigen. Die Studie kommt zum Schluss, dass Spiritualität im Umgang mit Stress mit zunehmendem Alter eine immer wichtigere Rolle spielt. Zudem gewinnen Personen dieser Alterskategorie an Abgeklärtheit. Sie nehmen eine Haltung ein, die die Wissenschaftler als buddhistisch bezeichnen: Die Personen nehmen die Welt als sinnlos an. Dieses Resultat gleicht den Befunden der interkulturellen Studien von Guttman (1974), die besagen, dass Menschen ab 50 Jahren nach und nach von aktiven Bewältigungsstrategien wegkommen. Stattdessen treten sie in eine Phase der „magischen Kontrolle (magical mastery)“ ein, die gekennzeichnet ist durch eine Loslösung von der äusseren Welt.

Ist diese altersbedingte Entwicklung hin zu einem passiven Coping ungesund? Oftmals wurde behauptet, dass aktives dem passiven Coping überlegen sei. So stellen gewisse Studien fest, dass aktive Bewältigungsstrategien (Problemlösung, Informationssuche) in negativen Lebensphasen eine bessere Anpassung an die Umstände erlauben und mit tieferen Depressionsraten verbunden sind (in Holahan et al., 1996). Diese Resultate dürfen jedoch nicht zur Annahme verleiten, dass die altersbedingte Entwicklung hin zu einem passiven Coping ungesund sei. Werden die situativen Merkmale in die Analyse einbezogen, stellt man im Gegenteil fest, dass die Entwicklung eines passiven Copings notwendig ist, weil die Menschen mit fortschreitendem Alter immer öfter unkontrollierbaren Situationen (Erkrankungen, Tod) ausgesetzt sind. Auch Perez und Reicherts (1992) erklären, dass es völlig wirkungslos sei, einen nicht beeinflussbaren Stressor bekämpfen zu wollen. In den Worten von Ben-Zur (2002): “the patterns of problem- and emotion-focused coping used by younger and older people, respectively, are effective insofar as they are related to differential assessments of the changeability of stressful encounters”. Fiksenbaum und seine Kollegen (2006) merken ebenfalls an, dass Coping bei älteren Personen darin besteht zu lernen, mit Verlusten,

Enttäuschungen und dem Verfall der körperlichen Funktionstüchtigkeit umzugehen, und dass diese Situationen in keiner Weise vergleichbar sind mit Stressoren von jungen Personen.

Werden hingegen die objektiven Situationsmerkmale verstärkt mit einbezogen, kann festgestellt werden, dass sich die Unterschiede zwischen den Altersgruppen verringern. Die "Baltimore Longitudinal Study of Aging" (Shock et al. 1984; in Costa et al., 1996) hat die Stressoren bei Personen zwischen 20 und 90 Jahren untersucht. Die Studie analysierte insbesondere, ob sich die Bewältigungsstrategien bei objektiv gleich bleibenden Stressoren mit dem Alter entwickeln. Die Studie kommt zum Schluss, dass ältere Personen ebenso gut mit Problemen umgehen können wie Jüngere, und dass die gegebene Situation eine grössere Auswirkung auf die Wahl der Bewältigungsstrategie hat als das Alter. Zum Beispiel werden bei einem Todesfall von allen Altersgruppen Glaube oder Fatalismus öfters gewählt, während in einer herausfordernden Situation Humor und Durchhaltevermögen vorgezogen werden. Die Studie hebt ebenfalls hervor, dass Personen dazu neigen, für ein und denselben Stressor während des ganzen Lebens dieselbe Bewältigungsstrategie zu wählen. Das heisst, dass gewisse gleich bleibende Eigenschaften des Individuums die Stabilität der Copingwahl erklären. Diese Resultate weisen auf die Interaktion hin zwischen der Persönlichkeit und der Situation bei der Copingwahl, wie im Modell von Moos und Schaefer (1993) präzisiert. Die empirischen Arbeiten von Paul Costa (Costa et al., 1996) suggerieren ebenfalls, dass sich die Bewältigungsstrategien und die Persönlichkeit während dem Erwachsenenalter nur wenig verändern. Personen, die mit 30 Jahren gut mit ihrem Stress umgehen können, verlieren diese Fähigkeit auch später nicht. Dagegen werden diejenigen, die bereits mit 30 Jahren Mühe hatten, auch später Schwierigkeiten haben.

Ben-Zur (2002) erwähnt gleichwohl ein altersbedingtes Risiko, passives Coping zu entwickeln. Wenn ältere Personen mehrmals mit schlecht kontrollierbaren Situationen konfrontiert werden, können sie **das Gefühl entwickeln, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren**. Mit der Zeit und der Zunahme von weniger gut kontrollierbaren Stressoren tendieren ältere Personen dazu, alle Situationen als unkontrollierbar einzuschätzen, auch wenn diese real kontrollierbar wären.

Alles in allem weisen die Resultate auf eine Entwicklung von einem aktiven zu einem passiven Coping hin. Diese ist vor allem durch die Tatsache zu erklären, dass die Stressoren mit zunehmendem Alter weniger kontrollierbar werden. Diese Entwicklung hin zu einem passiven Coping wird solange als positiv bewertet, als sie den realen Gegebenheiten Rechnung trägt und nicht in dem Sinn Überhand nimmt, dass sie auch in Situationen zur Standardstrategie wird, in welchen aktives Coping gefordert wäre.

2.2.3.2 Assimilatives und akkomodatives Coping

Als Teil der Diskussion zur Stressbewältigung im Alter knüpfen die zwei nachfolgend beschriebenen Copingstrategien an die Diskussion im vorangehenden Kapitel an.

In Situationen, die kaum veränderbar sind, weil externe Bedingungen oder fehlende Ressourcen den Aktionsspielraum einschränken, beschreiben das assimilative und das akkomodative Coping zwei mögliche Reaktionsformen (Brandtstädter, 1999; Brandtstädter & Rotenmund, 2002). **Das assimilative Coping** beschreibt das Durchhaltevermögen beim Verfolgen von Zielen und beinhaltet die ständigen Bemühungen, die Lebensbedingungen an die persönlichen Vorlieben anzupassen. **Das akkomodative bzw. angepasste Coping** hingegen beschreibt die flexible Anpassung der Ziele und entspricht der Anpassung der Vorlieben und der Ziele an die kontextuellen Zwänge (Brandtstädter & Renner, 1990). Dieser konzeptionelle Rahmen ist insofern interessant, als er es erlaubt, die Entwicklung des Copings im Bezug auf chronische Bedingungen, wie z.B. den Verfall der körperlichen Funktionstüchtigkeit, zu untersuchen. Im Falle eines Sehverlustes, beispielsweise, würden Personen, die sich eines assimilativen Copings bedienen, grosse Anstrengungen unternehmen und sich aller möglichen Instrumente bedienen, um weiterhin lesen zu können. Über einen längeren Zeitraum verfolgt und mit zunehmender Verschlechterung der Sicht wäre eine solche Reaktionsform sehr energieaufwendig. Personen, die zu einem akkomodativen Coping neigen, würden sich hingegen den Gegebenheiten anpassen und sich vor Augen halten, dass andere Personen in einem schlimmeren Zustand sind als sie, dass andere Aspekte des Lebens wichtiger sind oder dass Altern ein natürlicher Teil des Lebens darstellt.

Dieser konzeptionelle Rahmen lässt erkennen, dass die assimilative Bewältigung solange sinnvoll angewendet wird, wie die Situation veränderbar erscheint. Die angepasste Bewältigung hingegen kommt dann zum Zug, wenn persönliche Anstrengungen wirkungslos bleiben. Dies stimmt auch mit der Aussage von Perrez und Reicherts (1992) bezüglich der Anpassung an die objektiven Eigenschaften einer Situation (d.h. die Möglichkeit, die Situation zu verändern) und der in Abhängigkeit von den vorhandenen Ressourcen gewählten Copingstrategie überein.

Brandtstädter und Renner (1990) heben in einer Querschnittstudie mit Erwachsenen zwischen 34 und 63 Jahren den allmählichen Übergang von einem assimilativen zu einem akkomodativen Coping hervor. Heckhausen (1998) findet in seiner Untersuchung bei befragten Personen zwischen 20 und 85 Jahren eine erhöhte Bereitschaft zu Zielanpassungen vor. Diese Entwicklung in Richtung angepasstes Coping wird als förderliche Anpassungsform betrachtet angesichts der Tatsache, dass

mit zunehmendem Alter die Verluste allmählich die Gewinne übertreffen und der Verfall der körperlichen Funktionstüchtigkeit nicht aufzuhalten ist. Durch angepasstes Coping kann eine durch den Verfall der körperlichen Funktionstüchtigkeit ausgelöste Depression verhindert oder zumindest deren Dauer und Stärke reduziert werden (Horowitz & Reinhardt, 2000).

Der Übergang von assimilativem zum akkommodativem Coping ist stärker vom Ausmass der funktionellen Beeinträchtigungen abhängig als vom Alter. Dies obwohl mit dem Alter das Ausmass der Beeinträchtigungen und damit folglich auch das angepasste Coping zunehmen. Gemäss Boerner (2004) besteht für behinderte jüngere Personen eine erhöhte Neigung, früher zu angepassten Copingformen zu greifen als der Durchschnitt der gesunden Bevölkerung. Je einschränkender die Behinderung, desto förderlicher ist eine akkommodatives Coping für das psychische Wohlbefinden.

2.2.3.3 Proaktives und retroaktives Coping

Eine weitere und letzte Unterscheidung kann zwischen proaktiven und retroaktiven Copingstrategien gemacht werden. Diese Unterscheidung wird hier eingeführt, weil die beiden Konzepte die Grundlage bilden für die in Kapitel 2.5.2.3 vorgestellten Interventionsbeispiele.

Das proaktive Coping greift potentiellen Stressoren vor und versucht die notwendigen Ressourcen zu sichern, um einerseits die Entwicklung der Stressoren zu beeinflussen und andererseits einen guten Umgang mit den Stressoren zu gewährleisten (Aspinwall & Taylor, 1997; Aspinwall, 2007). Umgekehrt versucht **das retroaktive Coping** eine Lösung zu finden und zu reagieren, sobald sich ein Stressor einstellt.

Proaktives Coping erlaubt, an zwei Fronten einzugreifen: einerseits zukünftige Verluste vorzubeugen und andererseits mögliche Verbesserungen zu fördern. Oder anders ausgedrückt: erwünschte Ziele sollen gefördert und unerwünschte Veränderungen vermieden werden (Bode et al. 2007), indem *präventive* Massnahmen ergriffen werden, um Stressoren zu vermeiden und die sozialen Ressourcen zu stärken (Kahana & Kahana, 1996). In einer Serie von Langzeitstudien heben die Kahana & Kahana (1996) den förderlichen Einfluss von zukunftsorientiertem Denken auf aktuelle gesundheitsförderliche Aktivitäten und deren Erhalt hervor. Zum Beispiel nimmt die Häufigkeit körperlicher Aktivitäten bei Personen, die regelmässig an ihre Zukunft und an die positiven Aspekte körperlicher Aktivitäten denken, bedeutend weniger schnell ab.

2.3 Soziale Unterstützung

2.3.1 Definitionen von sozialer Unterstützung

Im ersten Bericht wurde nicht detailliert auf die soziale Unterstützung eingegangen (Steinmann, 2005). Wie Coping spielt auch die soziale Unterstützung als Ressource im Umgang mit Stress eine wichtige Rolle (Perrez, Laireiter, & Baumann, 1998; Marmot & Wilkinson, 2006).

Soziale Unterstützung bezeichnet ein Netzwerk von Personen, das psychologische oder materielle Hilfe zur Verfügung stellt und auf diese Weise die Fähigkeit einer Person, mit einer Stresssituation umzugehen, verbessert (Cohen 2004). Man unterscheidet drei Arten von sozialer Unterstützung: instrumentelle, informationelle und emotionale Unterstützung. Während die **instrumentelle Unterstützung** materielle Hilfeleistungen (finanzielle Hilfe, Hilfe im Alltag oder bei der Berufsausübung) bezeichnet, verweist die **informationelle Hilfe** auf Informationen, die man von Drittpersonen erhält (Ratschläge, praktische Informationen). Die dritte Art von sozialer Unterstützung, die **emotionale Unterstützung**, bezieht sich auf die Bezeugung von Empathie, Wohlwollen, Aufmunterung und Vertrauen, die den Personen hilft, ihre Gefühle auszudrücken und sich emotional zu entlasten.

Soziale Unterstützung variiert jedoch nicht nur inhaltlich. Sie unterscheidet sich auch bezüglich der Merkmale der Situation (Alltagsstress oder Makrostressoren) sowie der Quelle der Unterstützung (Familienmitglied, Freunde, ExpertInnen). Auch beinhaltet soziale Unterstützung verschiedene Facetten (wahrgenommene Unterstützung, effektiv geleistete Unterstützung, effektiv erhaltene Unterstützung, Anwesenheit eines passiven Netzwerkes).

Die am häufigsten diskutierten Wirkungstypen der sozialen Unterstützung sind der Puffereffekt und der direkte Effekt. Der **Puffereffekt** beschreibt, dass die soziale Unterstützung eine moderierende Rolle spielt und in der Lage ist, negative Auswirkungen eines Stress auslösenden Ereignisses zu verringern. Folglich fühlt sich eine sozial unterstützte Person bei gleichem Ausmass von Stress besser als eine Person, die keine soziale Unterstützung erhält. Ist die Person keiner Stresssituation ausgesetzt, hat die soziale Unterstützung keine Auswirkung auf die Person. Der **direkte Effekt** geht davon aus, dass soziale Unterstützung an sich positive Auswirkungen hat und dass sich eine sozial unterstützte Person aufgrund dieser positiven Auswirkungen weniger gestresst fühlt.

2.3.2 Soziale Unterstützung und Gesundheit

Für die physische und psychische Gesundheit spielen die sozialen Beziehungen eine zentrale Rolle (Cohen et al., 2000; Uchino et al., 1996). Die Struktur des sozialen Netzwerkes (Brissette et al., 2000), die erfahrene Unterstützung (Cohen et al., 2000), die Qualität ebenso wie die Quantität der sozialen Interaktionen (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) sowie das Gefühl der Einsamkeit und Isolation (Cacioppo et al., 2002) sind als Prediktoren für Gesundheit und Wohlbefinden erkannt worden. Bei älteren Personen vermindert die soziale Unterstützung die Mortalität (Alyund et al., 1998; Rasulo et al., 2005; Lyyra & Heikkinen, 2006) und erhöht die physische und psychische Gesundheit (Pinqart & Sorensen, 2000; Wu & Hart, 2002; Li & Liang, 2007) sowie die generelle Zufriedenheit (Berg et. al., 2006; Li & Liang, 2007).

Warum beeinflusst die soziale Unterstützung die Gesundheit? Wie beeinflusst sie die psychische und physische Gesundheit?

Verfechter des direkten Effekts vermuten, dass soziale Unterstützung auch in Abwesenheit von Stressoren eine wohltuende Wirkung hat. Die wissenschaftliche Literatur erklärt die direkte Wirkung der sozialen Unterstützung mit den nachfolgenden Argumenten:

- Sie erfüllt ein **menschliches Grundbedürfnis** (Johnson & Hall, 1994; Zapf & Semmer, 2004).
- Sie erhöht **die Chancen auf positive Erlebnisse**, was wiederum stabilisierende Auswirkungen hat (Perrez et. al. 1998).
- Sie beeinflusst verschiedene **psychologische Parameter** direkt. Soziale Unterstützung korreliert mit gesünderen biologischen und körperlichen Profilen bei der Analyse von Herz-Kreislauf-, neuroendokrinen und Immun-System. Die soziale Unterstützung könnte bei Herz-Kreislaufkrankungen eine Rolle spielen, indem sie den Blutdruck von Individuen beeinflusst (Johnson et. Hall, 1994; Karlin et. al. , 2003). Die Resultate von Cohen und seinen Kollegen (1997) bestätigen diese Hypothese ebenfalls: Sozial besser integrierte Personen waren weniger anfällig auf Schnupfen.

Vertreter des Puffereffekts vermuten, dass sich der wohltuende Einfluss von sozialer Unterstützung nur in Stresssituationen bestätigen lässt, indem sie den Umgang mit Stress auf verschiedene Arten verbessert:

- Soziale Unterstützung beeinflusst **die Wahrnehmung von Stress**. Bei gleichem Ausmass von Stress bezeichnen sozial unterstützte Personen die Situation im Vergleich zu jenen Personen, die über keine soziale Unterstützung verfügen, als weniger Stress verursachend. Die gleichen Bedingungen wurden je nach Ausmass der zur Verfügung stehenden sozialen Unterstützung unterschiedlich bewertet.
- Sie **verbessert die Umsetzung von Coping**.
- Sie kann **einen direkten Einfluss haben auf den Ablauf Stress auslösender Ereignisse**. Informationen und direkte Hilfe ermöglichen es, sich schneller aus der Stress verursachenden Situation zu befreien (Zapf & Semmer, 2004).

Obwohl soziale Unterstützung generell eine positive Ressource darstellt, betont Cohen (2004), dass soziale Beziehungen auch konfliktrichtig und damit Ursache von Ärger sein können. In diesem Fall schwächen sie die Ressourcen oder sogar direkt die Gesundheit einer Person statt sie zu fördern.

2.3.3 Soziale Unterstützung in der Arbeitswelt

Gemäss Johnson und Hall (1994) spielt das Unternehmen für den sozialen Zusammenhalt eine zunehmend wichtigere Rolle. Tatsächlich verschwinden bisherige Zentren des Zusammenhalts, wie das Dorf oder die Nachbarschaft, nach und nach. Die Arbeitswelt bleibt somit eine der wenigen Quellen von sozial stabilen und dauerhaften Kontakten.

Die soziale Unterstützung in der Arbeitswelt kommt vor allem von Seiten der KollegInnen und Vorgesetzten und tritt am häufigsten in Form von Information und direkter Hilfe auf. Wenn ArbeitskollegInnen anderen KollegInnen bei der Ausführung von deren Aufgaben helfen, sinkt deren Arbeitslast und damit der durch den Zeitdruck verursachte Stress.

Zusätzlich beeinflusst die Arbeitsumgebung die von den Mitarbeitenden angewandte Copingstrategie (Woods, 2005). Im Falle von muskuloskelettalen Erkrankungen, zum Beispiel, wäre es wichtig, den wiederkehrenden Schmerzen Aufmerksamkeit zu schenken. Wenn jedoch die Arbeitsumwelt den Ausdruck von Schwäche nicht toleriert, passt die betroffene Person ihr Coping-Verhalten an, indem sie ihren Schmerz und die Prävention möglicherweise vernachlässigt.

Die soziale Unterstützung durch Familie und Freundeskreis spielt auch in gewissen arbeitsbedingten Stresssituationen eine Rolle. Zum Beispiel zeigen Cartwright und Cooper (1993; in Cartwright & Cooper, 1996), dass Angestellte grosse Angst vor betrieblichen Restrukturierungen und deren Konsequenzen haben. Die Autoren stellen fest, dass sich davon betroffene Personen in solchen Situationen stark auf die soziale Unterstützung der Familie und der Freunde stützen. Diese leisten in den meisten Fällen eher emotionale als informationelle oder instrumentelle Unterstützung.

2.3.4 Soziale Unterstützung bei pensionierten Personen

Die Generation der 50- bis 65-Jährigen, die sich der Rente nähern oder frisch pensioniert ist, **bieten rundherum viel Unterstützung**. Sie helfen ihren Kindern, beispielsweise indem sie auf die Enkelkinder aufpassen oder ihre Ehepartner sowie ihre älteren Eltern betreuen oder deren Haushalt führen (SHARE, Börsch-Supan et al., 2005). Nebst dieser instrumentellen Hilfe unterstützen sie ihre Kinder zu Beginn der Karriere auch finanziell. Mit 75 Jahren beginnt sich die Situation allmählich zu verändern, da mehr und mehr ältere Personen in die Rolle der Hilfeempfänger übertreten. Ab 80 Jahren, zum Beispiel, bestätigen zwei Drittel der Teilnehmenden der SHARE- Studie (Börsch-Supan., 2005), dass sie Hilfe für persönliche Pflege erhalten. Bei den älteren Pensionierten (älter als 75 Jahre) kann diese instrumentelle Hilfe verschiedene Formen annehmen: Körperpflege, Hilfe beim Anziehen oder Transport etc.

Man nimmt an, dass frisch Pensionierte mehr von der **informationellen und der emotionalen Unterstützung** profitieren, wenn es um altersspezifische Themen im Zusammenhang mit der Gesundheitsentwicklung (Abnahme der körperlichen Funktionstüchtigkeit, Menopause, etc.) geht. Die informationelle Unterstützung erlaubt es beispielsweise, zukünftige Stressoren und die Abnahme der Ressourcen vorwegzunehmen, indem bereits im Vorfeld die entsprechenden Bewältigungsstrategien (proaktives Coping, Kapitel 2.5.2.3) erlernt werden. Ist das Defizit bereits vorhanden, stellt die soziale Unterstützung bei der Entwicklung von geeigneten Bewältigungsstrategien für ältere Personen eine wichtige Hilfe dar und erleichtert es ihnen, sich an die Abnahme der Körperfunktionen anzupassen. Gomez und Madey (2001) zeigen zum Beispiel, dass im Falle von Hörverlust diejenigen Bewältigungsstrategien am erfolgreichsten sind, die eine gute Kommunikation fördern (z.B. Fragen wiederholen), während kommunikationshemmende Bewältigungsstrategien (z.B. so tun, als ob man verstanden hätte) gesundheitsschädigend sind. Personen, die von einer umfangreichen sozialen Unterstützung profitieren, greifen öfters auf kommunikationsfördernde Bewältigungsstrategien zurück. Für die gesunde Person erfordert die

Wiederholung des Gesagten jedoch eine gewisse Anstrengung. Wenn eine ältere Person sich an jemanden wendet, der oder die eine gewisse Aggressivität oder Ungeduld zeigt beim Wiederholen, so ist es wahrscheinlich, dass die ältere Person nicht nachfragen wird, wenn sie etwas nicht verstanden hat. Allerdings ist es für die Betroffenen frustrierend und kommunikationshemmend bei Unverständnis so zu tun als ob sie verstanden hätten.

Sobald die Menschen in Pension gehen, verändert sich die Quelle ihrer sozialen Unterstützung. Die Familie sowie vor allem der Partner oder die Partnerin spielen eine zentrale Rolle. Das Netzwerk von ExpertInnen und im Speziellen die Hausarztpraxis können zu einer wichtigen Informations- und Unterstützungsquelle werden.

Mit der Pensionierung verlassen die Menschen einen für ihre sozialen Beziehungen förderlichen Ort. Wie wir bereits in Kapitel 2.3.3 betont haben, spielt die Arbeitswelt, vor allem in der heutigen Gesellschaft, in welcher Dorf und Nachbarschaft ihre verbindende Kraft verlieren, für den sozialen Zusammenhalt eine wichtige Rolle. Ausserdem erschweren die mit fortschreitendem Alter auftretenden Beeinträchtigungen der Gesundheit die sozialen Kontakte. So zeigt sich mit der Pensionierung und dem Altern auch das Gegenteil der sozialen Unterstützung: die Einsamkeit.

Einsamkeit: Definitionen und Risikofaktoren (Cohen- Mansfield & Parpura- Gill, 2007)

In der wissenschaftlichen Literatur existieren zwei verschiedene Definitionen von Einsamkeit (Pinquart & Sörensen, 2001). Die erste konzentriert sich auf das Leiden, das durch den Mangel an oder die Abwesenheit von Kontakten entsteht. Die zweite definiert Einsamkeit als Differenz zwischen wahrgenommenen sozialen Beziehungen und erwünschten sozialen Beziehungen. In diesem Sinn unterstellt diese Definition, dass gewisse Personen trotz weniger Kontakte zufrieden sind und sich nicht einsam fühlen.

Forschungsarbeiten zum Thema Einsamkeit bei älteren Personen weisen darauf hin, dass gewisse Bedingungen das Risiko von Einsamkeit erhöhen:

- Das Alter: Ältere Betagte („old old“) leiden mehr unter Einsamkeit als jüngere Betagte („young old“) (Pinquart & Sörensen, 2001; Keller et. al., Dykstra et. al., 2005).
- Witwer und Witwen, v.a. wenn die Partnerin oder der Partner eine wichtige Quelle der sozialen und emotionalen Unterstützung darstellte (Dykstra & Fokkema, 2007; Dykstra

et.al., 2005). Frauen kommen in solchen Situationen besser zurecht, denn sie verfügen in der Regel über ein weiteres und besseres soziales Netzwerk als Männer. Diese haben die Tendenz, sich ausschliesslich an ihren Ehefrauen zu orientieren (Stevens & Westerhof, 2006a; Stevens& Westerhof 2006b; Pinguart, 2003).

- Das Geschlecht: Die Männer sind stärker von sozialer Isolation betroffen (Keller et al., 2003), allerdings ist dieser Unterschied bezüglich Geschlecht mit Vorbehalt zu geniessen, da er nicht immer beobachtet werden konnte (Lund et al., 2002; Pinguart & Sörensen, 2001).
- Das Fehlen oder die Abnahme von Gelegenheiten zu sozialen Interaktionen (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007).
- Eingeschränkte Mobilität (Cohen- Mansfield & Parpura- Gill, 2007) und die Abnahme der körperlichen Funktionen (Pinguart, 2003).
- Die Abnahme der finanziellen Ressourcen (Cohen- Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Keller et al., 2003), ein tiefer sozio-ökonomischer Status (Pinguart & Sörensen, 2001) oder eine schlechtere Ausbildung (Keller et al., 2003).
- Das ehemalige soziale Netzwerk und das ehemalige soziale Verhalten: Menschen, die nie wirklich Vertraute hatten, leiden im Alter mehr unter Einsamkeit, was u.a. auch auf den Mangel an Sozialkompetenzen zurückgeführt werden kann (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007).
- Defizite in den Sozialkompetenzen: Personen, die unter Einsamkeit leiden, sind oft weniger sozialkompetent und verhalten sich in den sozialen Interaktionen passiv (Vitkus & Horowitz, 1987).
- Depression: Eine solche ist verknüpft mit einer generellen Abnahme der Energie und einer Zunahme der Inaktivität. Diese zwei Faktoren reduzieren die soziale Aktivität (Allen & Bradcock, 2003). Depression ist insofern ein Spezialfall als sie Einsamkeit entweder verursachen oder durch Einsamkeit selber verursacht sein kann.

2.3.5 Aktuelle Situation

Gemäss SHARE-Studie (Börsch-Supan et al., 2005) ist die aktuelle Situation noch nicht dramatisch. 80% der älteren Personen haben regelmässigen Kontakt zu ihren Kindern und die geografische Distanz zwischen Eltern und ihren Kindern ist überwindbar. Bei Personen ab 80 Jahren erhielten mehr als die Hälfte der befragten Personen Hilfe beim Ausführen der alltäglichen Arbeiten (sich anziehen, duschen, essen, ins Bett oder auf die Toilette gehen). Dabei wird die Hilfe hauptsächlich von Familienmitgliedern geleistet (in der Schweiz 60% vom Ehegatten/Ehegattin, 20% von den Kindern, 20% von einem anderen Familienmitglied oder von jemand Externem). Auch wenn die familiären Bindungen intakt zu sein scheinen, werden laut Höpflinger und Hugentobler (2005, Wettstein, 2006) die familiäre Hilfe und Betreuung aufgrund der steigenden Zahl kinderloser Personen ab dem Jahr 2030 abnehmen. Um für allein stehende Personen aufkommen zu können, ist es wichtig, dass diesem Rückgang der familiären Unterstützung frühzeitig Rechnung getragen wird.

Die Autoren von SHARE lenken die Aufmerksamkeit auf die **Baby-Boomer-Generation**, die als Angelpunkt betrachtet wird. Die Baby-Boomer müssen sich einerseits um ihre Eltern kümmern, die eine Verbesserung der Lebensbedingungen erfahren haben (aufsteigende Generation), andererseits aber auch um ihre Kinder, die eine Verschlechterung der Bedingungen erfahren (absteigende Generation). Es ist bekannt, dass die familiäre Unterstützung ihren Höhepunkt zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr erreicht. Hier ist zu beachten, dass sich Europa zum Ziel gesetzt hat, das Pensionsalter zu erhöhen und so viele Frauen wie möglich im Arbeitsprozess zu behalten, um den demographischen Auswirkungen entgegenzuwirken. Dabei ist darauf zu achten, dass die Generation jener Personen, die sich dem Pensionierungsalter nähern, nicht überlastet wird, da sie bereits viel familiäre Verantwortung in Form von Betreuungsaufgaben zu leisten hat. Diese Überlastungstendenz wird mit der zunehmenden Lebenserwartung älterer Personen und folglich der Eltern dieser zukünftigen Pensionierten weiter ansteigen.

Die aktuelle Situation in der Arbeitswelt ist der Bildung und dem Erhalt von gesunden sozialen Beziehungen nicht förderlich. Die Spezialisierung und die sich aufdrängende Fragmentierung der Arbeit akzentuieren die Isolierung der verschiedenen Rollen und reduzieren die Unterstützungsmöglichkeiten (Sauter et al., 2000). Auch fördert die aktuelle Konjunktur das Auftreten von Spannungen innerhalb von Unternehmen, was die Qualität der Beziehungen zusätzlich verschlechtert (Baechler et al. 2003), denn gestresste Personen sind weniger in der Lage, empathisch und mit Feingefühl zu reagieren.

Die vierte europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen liefert einen Überblick über die Situation:

- Im Vergleich zu Europa fühlen sich Mitarbeitende in der Schweiz besser unterstützt. 81% können ihre KollegInnen um Unterstützung fragen (Europa: 66%), 72% werden bei Bedarf auch von ihrem Arbeitgeber unterstützt (Europa: 54%) und 36% können bei Bedarf auf externe Hilfe zurückgreifen (Europa: 30%).
- Die Unterstützung von KollegInnen und vor allem die Unterstützung des Arbeitgebers nehmen jedoch mit dem Alter ab. 90% der 15- bis 24-Jährigen geben an, ihre KollegInnen um Hilfe bitten zu können. Dieser Prozentsatz sinkt bei den 55- bis 64-Jährigen auf 73% und bei den 65-Jährigen und älteren auf 61%. Das gleiche, wenn auch noch ausgeprägtere Schema zeichnet sich bei der Unterstützung der Arbeitgeber oder Vorgesetzten ab: 85% der 15- bis 24-Jährigen geben an, dass sie bei entsprechender Anfrage durch ihre Vorgesetzten unterstützt werden. Diese Unterstützungsbereitschaft sinkt bei den 55- bis 64-Jährigen auf 65% und bei den über 65-Jährigen auf 22%.
- Zwischen 78% und 96% der befragten Personen geben an, unter ihren KollegInnen sehr gute Freunde zu haben. Dies ist besonders bei den 65-Jährigen und Älteren der Fall (96%).

2.4 Gesundheitliche Folgen von Stress

Der erste Bericht (Steinmann 2005) hat die Folgen von Stress im Allgemeinen diskutiert. Was den Arbeitsstress betrifft, hat er sich auf Burnout beschränkt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zwei häufig durch arbeitsbedingten Stress verursachte gesundheitliche Beeinträchtigungen näher zu erläutern: die Herz-Kreislaufkrankungen und die muskuloskelettalen Erkrankungen. Vor der Einführung dieser beiden Aspekte wird das Modell von Krohne vorgestellt, das diejenigen Stressprozesse definiert, die das Auftreten von Krankheiten fördern.

2.4.1 Krohne's verschiedene Wege zur Krankheit

Krohne (1999) unterscheidet drei Mechanismen, die die Verbindung zwischen Stress und Krankheit zu erklären vermögen.

Das direkte Modell erklärt wie ein Stressor im Organismus körperliche Veränderungen erzeugen kann, die direkt Erkrankungen auslösen. So besteht zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen der Aktivierung des Sympathikus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Mortalität. Durch den Sympathikus wird die neurohormonale Kreislaufregulation verändert, was direkt zu einer Krankheit führen kann. Dieses Modell gilt zum Beispiel für Herz- Kreislaufkrankungen, bei denen ein Zusammenhang mit Stress bereits nachgewiesen ist (Kivimäki et al, 2002; Matter, 2005).

Der zweite Mechanismus, das **interaktive Modell**, betont die Bedeutung der angeborenen und der erlernten Anlagen, die mit Stressoren konfrontierte Personen mitsichbringen. Zwei Begriffe sind dabei zentral: die physische oder psychische Anfälligkeit (Vulnerabilität) sowie die Widerstandsfähigkeit (Resilienz). Das Stressereignis an sich hätte als Einzelereignis keine verhängnisvollen Auswirkungen. Erst die Interaktion zwischen den Merkmalen des Ereignisses und der Person ist ausschlaggebend dafür, ob sich ein Ereignis negativ auf die Person auswirkt. Als Beispiel für dieses Modell kann die Stresstheorie von Lazarus genannt werden, nach welcher ein Ereignis als Stress empfunden wird, wenn die Person nicht über die notwendigen Ressourcen verfügt, um die Stressoren zu bewältigen.

Im dritten Modell, dem **Modell des krankheitsrelevanten Verhaltens**, statuiert Krohne, dass Stress in dem Masse negativ mit Gesundheit verknüpft ist als er gesundheitsschädigendes Verhalten begünstigt. Zum Beispiel rauchen gestresste Leute mehr, ernähren sich weniger gesund, machen weniger Sport oder greifen häufiger auf Medikamente zurück.

2.4.2 Herz-Kreislaufkrankungen

(Fontaine et al., 1996; Heinemann & Heuchert, 2000; Sauter et al., 2000)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind innerhalb der Bevölkerung, genauer gesagt innerhalb der aktiven Bevölkerung, unterschiedlich verbreitet. Unter dem Oberbegriff Herz-Kreislaufkrankungen versteht man, dass das Herz nicht mehr die volle Leistung erbringen kann oder das Blut nicht mehr ungehindert durch die Gefässe fliesst. Dadurch werden gewisse Bereiche des Körpers ungenügend oder gar nicht durchblutet. Krankheiten, die auf eine solche verminderte Durchblutung zurückzuführen sind (ischämische Krankheiten), stellen die häufigsten Erkrankungen des Gefässsystems dar. Andere Funktionsstörungen und Krankheiten können die Herzklappen, das elektrische Leitungssystem oder den Herzmuskel betreffen. Für detaillierte Informationen empfehlen wir die Internetseite der Schweizerischen Herzstiftung (<http://www.swissheart.ch>) und das Kapitel über das kardiovaskuläre System von Heinemann & Heuchert (2000) in der Enzyklopädie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO).

2.4.2.1 Herz-Kreislaufkrankungen und Stress

Die psychosoziale Forschung im Bereich Herz-Kreislaufkrankungen befasst sich hauptsächlich mit zwei Aspekten. Während der erste darauf abzielt, die psychosozialen Risikofaktoren für die Herz-Kreislaufkrankungen zu identifizieren, konzentriert sich der zweite auf die psychischen Konsequenzen einer negativen Herz-Kreislaufdiagnose. Das vorliegende Kapitel betrachtet nur die psychosozialen Risikofaktoren.

Die Enzyklopädie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) zählt in ihrem Kapitel zum Herz-Kreislaufsystem mehrere Risikofaktoren auf, die koronare Erkrankungen und zerebrale Kreislaufunfälle verursachen können:

- Bluthochdruck
- Hyperlipidämie (Störung des Blutfettgehaltes)
- Nikotinsucht
- Ernährungsungleichgewicht und Salzkonsum
- Übergewicht
- Sitzende Lebensweise
- Alkohol
- Sozioökonomische Faktoren
- Psychosoziale Faktoren und Stress am Arbeitsplatz
- Physische Faktoren (Lärm, Hitze und Kälte, Vibrationen,...).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, Stress in der Arbeitswelt genauer zu betrachten. Zu beachten ist, dass Arbeitsstress nur ein Risikofaktor unter vielen ist, der Herz-Kreislauferkrankungen begünstigt, und dass sich eine wirksame Intervention nicht auf einen Faktor beschränken darf.

Ende der 50-er Jahre beschrieben Friedman und Roseman ein besonderes Verhaltensmuster, **Typ A**, das einen wichtigen Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen darstellt. Diesen Forschern zufolge verdoppelt sich in dieser Personengruppe die Wahrscheinlichkeit einer ischämischen Kardiopathie (Fontaine et al., 1996). Die Persönlichkeit von Typ A ist charakterisiert durch ein erhöhtes Zeitdruckgefühl und ein berufliches Überengagement. Ihr Profil kann wie folgt zusammengefasst werden:

- **Persönlicher Stil:** ordentlich, organisiert, selbstsicher, ambitiös, ungeduldig, sich des Zeitdrucks bewusst, Tendenz zur Selbstanklage, Unterdrückung von Emotionen, Verweigerungshaltung, ausgeprägt zwanghafte Züge.
- **Relationaler Stil:** konkurrenzfähig, aggressiv, feindselig, verbal aufbrausend, gespannte Gesichtszüge.
- **Interaktion mit der Umgebung:** Bedürfnis, das Geschehen zu kontrollieren, Verbissenheit bei der Pflichterfüllung, Unfähigkeit, sich zu entspannen, hohe Arbeitsunzufriedenheit, Vorliebe, allein zu arbeiten.
- **Wachsamkeitsniveau:** beschleunigter Aktivitätsrhythmus, hyperaktiv.

Typ B hingegen ist gekennzeichnet durch gegensätzliche Eigenschaften, die man als „cool“, friedliebend, ohne grosse Ambitionen, sogar lässig bezeichnen kann. Die Personentypen A und B weisen zwar identische physiologische Voraussetzungen auf. Bei identischem Ausmass an externem Stress sind die Personen des Typs A jedoch nervöser und körperlich stärker betroffen als diejenigen des Typs B. Auch neigen Personen des Typs A vermehrt dazu, anspruchsvolle Beschäftigungen zu wählen (Bedeian et al., 1990), und Zwänge der Umwelt, Hindernisse und Frustrationen verursachen bei ihnen markantere Reaktionen. Die Verhaltensweisen des Typs A finden sich häufig in industrialisierten, wettbewerbsorientierten und unter Zeitdruck leidenden Gesellschaften; sie herrschen in städtischen Milieus sowie bei Führungskräften und in kontaktreichen Berufen vor.

Diese beiden Persönlichkeitstypen wurden hinlänglich erforscht. Gemäss Sauter et al. (2000) kommt die Wissenschaft zu widersprüchlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Beziehung zwischen der Persönlichkeit des Typs A und ischämischen Herzleiden. Es scheint, dass eine Untergruppe der Personen der Gruppe A einem erhöhten Risiko eines ischämischen Herzleidens ausgesetzt ist, welches mit spezifischen sozialen Umweltbedingungen verknüpft ist; dabei scheint Feindseligkeit die schädlichste Komponente des Verhaltens von Typ A zu sein.

Unter den psychosozialen Faktoren spielt im Rahmen der Herz-Kreislaufkrankungen auch die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle (Johnson & Hall, 1994).

2.4.3 Muskuloskelettale Erkrankungen

(Riihimäki & Vikari- Juntura, 2000; Simoneau et al., 1996)

Die muskuloskelettalen Erkrankungen (RSI Syndrom) sind multifaktorielle Erkrankungen beruflichen Ursprungs. Sie betreffen verschiedene bewegliche Körperregionen: die oberen Gliedmassen, die unteren Gliedmassen sowie den Rücken. In Abhängigkeit von ihrem lokalen Auftreten (Sehnen, Muskeln, Gelenke, Nerven oder Kreislaufsystem) spricht man von Sehnenentzündung (Tendinitis), Schleimbeutelentzündung (Bursitis), Handwurzelsyndrom (Karpaltunnelsyndrom), etc.

Die Erscheinungsmechanismen des RSI sind noch nicht gänzlich geklärt, aber es scheint, dass solche Verletzungen die Folge von Überbeanspruchungen sind. Die Beschwerden treten auf, wenn der Körper zu wenig Pausen hat, um sich wieder zu erholen: man überbeansprucht wiederholt eine Körperstruktur in einer Weise, die der Organismus nicht ohne schädliche Konsequenzen verkraften kann.

Der Verlauf ist unterschiedlich: augenblickliche Verletzungen (z.B. Bänderrisse); leichter, sich zunehmend verschlimmernder dumpfer Schmerz; unerwartetes Auftreten und schnelle Entwicklung. Die langsame Entwicklung beinhaltet sowohl einen Vor- als auch einen Nachteil. Der Vorteil besteht darin, dass die frühzeitige Erkennung und Intervention zur kompletten Genesung führen kann. Wichtig dabei ist, dass die ersten, oft leichten Anzeichen durch die Betroffenen erkannt werden. Darin liegt zugleich der Nachteil: Sehr oft werden die ersten leichten Anzeichen nicht erkannt oder falsch interpretiert; die kleinen Beschwerden werden z.B. dem Alter zugeschrieben oder es wird angenommen, dass sie mit der Zeit automatisch wieder abklingen werden.

Die ersten Schmerzen sind also wichtige Indikatoren: Empfindungen einer lokalen Ermüdung, dumpfer Schmerz, Unwohlsein. Diese Zeichen sind vor allem dann ernst zu nehmen, wenn sie andauern und sich verschlimmern. Die ersten Anzeichen sind schwach, in einer Gelenkregion lokalisierbar und verschwinden nach der Arbeit rasch und vollständig. Verstärken sie sich, nimmt der Schmerz spürbar zu und betrifft eine ganze Körperregion (Schultern, Ellenbogen, Handgelenke), bis er auch bei Abwesenheit der Bewegung nicht mehr abklingt. Nachfolgende Signale weisen darauf hin, dass eine Intervention notwendig ist:

- Intensivierung des Schmerzes oder des Unwohlseins
- Ausbreitung des Schmerzes über eine ganze Region
- Immer mehr Bewegungen verursachen einen dumpfen Schmerz in der betroffenen Körperregion
- Anhalten des dumpfen Schmerzes während Ruhephasen.

Die Risikofaktoren sind zahlreich, doch genügt ihre alleinige Anwesenheit nicht, um das Auftreten von RSI zu erklären. Die Wirkung eines Risikofaktors verstärkt sich oder schwächt sich bei einer der drei folgenden Eigenschaften ab: der Intensität des Risikofaktors, seiner Häufigkeit, seiner Dauer. Auch wenn sich die wissenschaftliche Literatur nicht einstimmig äussert, können sechs Risikofaktoren unterschieden werden:

- **Ungünstige belastende Haltung:** Wenn die Gelenkstellung von der Neutral-Null-Position hin zu den maximalen Winkelgraden abweicht; wenn man gegen die Schwerkraft ankämpfen muss, um die Position zu halten; wenn sich die anatomischen Strukturen in ungünstigen Positionen befinden, um arbeiten zu können (z.B. Überkopfarbeiten hindert die Blutzirkulation). Ein ungünstiges Arbeitsumfeld (z.B. schlechte Platzierung der Gegenstände) ist oft Ursprung von ungünstigen, belastenden Haltungen.
- **Muskuloskelettale Kraft, Anstrengung und Belastung:** Gewisse Arbeiten verlangen Kraft (z.B. Beförderung von schweren Gegenständen; Gebrauch von schwerem und schlecht platziertem Werkzeug; zusammenfügen von Teilen, die nur schwer zusammengesetzt werden können). Der Kraftaufwand hängt von folgenden Faktoren ab: dem beanspruchten Gelenk, der Richtung der Anstrengung; dem Griff; der Körperhaltung und von individuellen Merkmalen.
- **Statische Muskularbeit:** ein RSI-Risiko liegt vor, wenn die Muskeln gegen die Schwerkraft ankämpfen oder das Gewicht einer Extremität aushalten müssen (z.B. über den Schultern oder nach vorne gebückt arbeiten).

- **Repetition:** die wiederholte Durchführung ähnlicher Arbeitsabläufe führt dazu, dass immer dieselben Muskelgruppen beansprucht werden, was das Risiko von RSI erhöht.
- **Umgebungsfaktoren:** Der Kälte ausgesetzt sein (denn sie reduziert die Kraft und die Beweglichkeit der oberen Körperglieder); Vibrationen; Schläge (z.B. die Hände benutzen, um etwas zu schlagen); die Kompression von Körperteilen (z.B. wenn weiche Gewebe wie die Haut gequetscht werden; gilt vor allem für die Hände).
- **Organisatorische Faktoren:** Die Arbeitsbelastung, die die Schnelligkeit der Aufgabenausführung beeinflusst; die Intensität der Anstrengungen und der Erholungszeiten; die Arbeitszeiten: wenn sich die Arbeitstage verlängern, steigt die Arbeitsbelastung und verkürzen sich die Erholungszeiten; die technologischen Veränderungen wie zum Beispiel der Gebrauch der Computertastatur; das soziale Umfeld, wenn es den Ausdruck von Schmerz und Unwohlsein bei muskuloskelettalen Beschwerden missbilligt.

Stress ist folglich nicht direkt die Ursache des RSI-Syndroms. Stress provoziert eine Anpassungsreaktion, die, wenn sie unangemessen ist (z.B. Beschleunigung des Arbeitsrhythmus oder Verlängerung der Arbeitstage), die betroffene Person in eine Risikosituation bringt.

2.5 Interventionen

Der erste Bericht (Steinmann 2005) konzentrierte sich vor allem auf die Erhaltung der Autonomie im Alter. Zusätzlich vermittelt er einen guten Überblick über die verschiedenen Interventionsansätze im Zusammenhang mit dem Umgang von Stress in Unternehmen für alle Altersgruppen. Der vorliegende Rapport hingegen fokussiert vornehmlich auf die Interventionsmöglichkeiten in Bezug auf Einsamkeit und soziale Isolierung bei Rentnern. Er untersucht spezifisch Präventionsansätze und Interventionsmöglichkeiten bei älteren Arbeitnehmern.

2.5.1 Interventionen in der Arbeitswelt

2.5.1.1 „Towards a longer worklife!“ Globales Konzept und Empfehlungen für die europäischen Länder

Spezifisch auf ältere, erwerbstätige Personen ausgerichtete Interventionsansätze sind selten. Der vorliegende Bericht stellt nur gerade einen Ansatz vor, der durch das *Finish Institute of Occupational*

Health in Finnland entwickelt wurde. Er beruht auf einer Langzeitstudie, die speziell darauf ausgerichtet ist, das Altern der aktiven Bevölkerung zu erforschen. In einer 16 Jahre dauernden Studie wurden vom Institut die Veränderungen der Arbeit, des Lebensstils, der Gesundheit, der funktionellen Arbeitsfähigkeit und des Stresses in einer städtischen Angestelltengruppe beobachtet (1981- 1997) (Savinainen et al., 2004). Die Daten wurden mit Hilfe von Fragebögen (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Lebensstil, Arbeitsumgebung), anhand von Messungen am Arbeitsplatz (Auslastung und Arbeitszwänge) und im Labor (physische Fähigkeit) gesammelt.

Gemäss den Autoren ist es normal, dass die physischen und psychischen Fähigkeiten von Angestellten mit dem Alter abnehmen. Die Forscher bedauern, dass diesem Umstand nicht genügend Rechnung getragen und versucht wird, mehr auf individueller Ebene (die Person muss sich der Arbeit anpassen) als auf Umgebungsebene (die Arbeitsbedingungen passen sich den Ressourcen der Person an) zu intervenieren (Ilmarinen & Tempel, 2002). Ilmarinen (2006a) weist auf vier Interventionsbereiche hin:

1. Veränderung der Einstellung gegenüber dem Altern (Einstellungsverbesserung)
2. Verbesserung der Kompetenzen der Angestellten und Vorgesetzten bezüglich Fragen des Alterns (Verbesserungen des Managements)
3. Bessere Anpassung an das Alter und Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen (Verbesserung des Arbeitslebens)
4. Anpassung der Betreuungsleistungen an die Bedürfnisse älterer Arbeitnehmender (Verbesserung der Gesundheitsdienste).

Ilmarinen (2006b) zum holistischen Ansatz des finnischen Teams: „Simultaneous interventions targeting several factors contributing to work ability, in which an external researcher participates in the planning, implementation, and follow-up of the enterprise’s workplace health promotion, produce good results but are both complex and demanding in practice. They require a long time span and may be expensive. On the other hand, a limited-scope, though intense, intervention may not initiate permanent improvement in work ability“. Die Hauptfaktoren, die zur Arbeitsfähigkeit beitragen, sind Gesundheit, funktionelle Fähigkeit, Arbeitskompetenz, Einstellung, Arbeitseigenschaften. Diesbezüglich hat das Institut zwischen 1990 und 1996 das Programm „FinnAge-Respect“ initiiert. Dieses geht das Problem des Alterns von vier Seiten an (Ilmarinen & Rantanen, 1999):

1. Anpassung der physischen Umwelt an die Bedürfnisse der Person
2. Anpassung der psychosozialen Umwelt an die Bedürfnisse der Person
3. Förderung von Gesundheit und gesundem Lebensstil
4. Aktualisieren der beruflichen Kompetenzen.

Die Anpassung der physischen Umwelt bezieht sich auf ergonomische Interventionen und besteht vor allem darin, die Arbeitsbelastung zu senken (vor allem für Frauen), da die körperlichen Fähigkeiten im Alter von 40-50 Jahren abnehmen und das Risiko für muskuloskeletale Erkrankungen und ihre Folgen ab 50 Jahren drastisch ansteigt. Eine andere Intervention zielt darauf ab, Ruhepausen einzuplanen, da sich der Erholungsbedarf in Abhängigkeit von der Art der Aufgabe mit dem Alter erhöht. Und schliesslich gilt es, den Anteil an repetitiven Arbeiten zu senken.

Die psychosozialen Anpassungsmassnahmen beinhalten einen geeigneten Umgang mit dem Alter, flexible Arbeitszeiten sowie die Bildung von Arbeitsgruppen. Dabei scheint der Umgang mit dem Alter die Erfolg versprechendste Intervention zu sein. Sie beinhaltet mehrere Aspekte: die Entwicklung einer positiven Einstellung gegenüber dem eigenen Altern und demjenigen der anderen; der Beitritt zu Arbeitsgruppen; die Suche nach individuellen Lösungen, die die Stärken und Schwächen jedes einzelnen berücksichtigen sowie eine Änderung in der Arbeitsorganisation. Illmarinen und Rantanen (1999) betonen, wie wichtig es ist, Teamchefs und Angestellte bezüglich Fragen des Alterns auszubilden.

Die Förderung der Gesundheit und eines gesunden Lebensstils umfasst regelmässige körperliche Betätigung vorzugsweise im Bereich Ausdauer. Regelmässige Bewegung verbessert nicht nur die physische sondern auch die psychische Arbeitsfähigkeit und unterstützt die Fähigkeit zu sozialem Verhalten an der Arbeit.

Da sich die Mehrheit der Arbeitsplätze aufgrund der technologischen Fortschritte rasch entwickelt, nimmt die **Weiterbildung** einen zentralen Stellenwert ein. Oft verfügen ältere Personen über eine weniger gute Grundausbildung als Jüngere. Das gesamte Weiterbildungsangebot muss an die älteren Personen angepasst sein. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Informatikausbildung.

Die Forscher haben ihre Interventionsmassnahmen in rund zwanzig Projekten überprüft und kommen zum Schluss, dass gezielte Intervention in der Lage sind, die Abwesenheitsrate sowie die durch Absenzen bedingten Kosten zu senken; die Produktivität zu erhöhen; das Image des Unternehmens zu verbessern; die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Angestellten zu steigern und damit gewissermassen auch die dritte Lebensphase zu optimieren.

Weitere Interventionsbeispiele werden von Morschhäuser und Sochert (2006) beschrieben, die sich teils ebenfalls auf Forschungsarbeiten von Illmarinen et al. beziehen, teils noch nicht wissenschaftlich geprüft sind.

2.5.1.2 Richtlinie der Arbeitsärzte und anderer Spezialisten der Arbeitssicherheit (ASA)

Die Schweiz besitzt bereits eine gut regulierte Interventionsstruktur. So konkretisiert die ASA-Richtlinie die Pflicht des Arbeitgebers zur Einhaltung einer Präventionspolitik am Arbeitsplatz, wobei sie sich dabei ausdrücklich auf Arbeitsärzte und andere Spezialisten für Arbeitssicherheit beruft. Zweck der Massnahme ist, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz in Unternehmen laufend zu verbessern und die Anzahl Unfälle und Krankheiten zu reduzieren. Die Richtlinie trat am 1. Januar 2006 in Kraft und wurde per 1. Februar 2007 revidiert. Sie enthält drei Etappen:

1. Systematische Bestimmung von Gefahren in einem Unternehmen und Bereitstellung von spezialisiertem Wissen (gegebenenfalls Beizug von Spezialisten)
2. Ausarbeitung eines Sicherheitssystems, das erkannten Gefahren Rechnung trägt
3. Systematische Einhaltung von Schutzmassnahmen

Auch wenn sich diese Massnahmen nicht ausschliesslich auf Stress oder psychosoziale Aspekte beziehen, scheint der Rahmen der ASA - Richtlinie geeignet, um holistische Interventionen im Stil der in Finnland entwickelten Ansätze zu integrieren. In der Tat erfordert diese Art von Intervention fundierte Kenntnisse über das Altern am Arbeitsplatz und verlangt den Einsatz von Spezialisten, die die Arbeitgeber beispielsweise via ASA kontaktieren können.

2.5.2 Interventionen bei pensionierten Personen

In ihrer Literaturrecherche zum Thema Interventionen zur Prävention von Einsamkeit und sozialer Isolierung im Alter beschreiben Cattani und seine Kollegen (2004) 30 Forschungsarbeiten mit jeweils unterschiedlichen Interventionsstrategien:

Gruppenintervention

- Kurstypen:
 1. Ausbildungen, die die Bedeutung von sozialen Beziehungen behandeln oder Gesundheitsthemen im Alter ansprechen; kann mit Gymnastik kombiniert werden
 2. Begleitung/Betreuung im Falle eines Trauerfalls
 3. Programme, um soziale Netzwerke zu aktivieren
- Interventionsformen: Diskussion, Unterstützung, Übungen, Kompetenztraining
- Grosse Unterschiede bezüglich Struktur, Dauer und Intensität
- Die Mehrheit arbeitet mit professionellem Personal, manchmal werden auch Gleichaltrige ausgebildet und angestellt
- Die partizipativen Gestaltungsmöglichkeiten der Teilnehmenden variieren.

Persönliche Intervention

- Interventionsform: Besuch am Wohnort, Telefonkontakt, therapeutische Unterstützung für Personen mit Suizidrisiko, soziale Unterstützung
- Bei allen persönlichen Interventionen haben die Personen nur wenig Entscheidungsmacht. Sie können eine Hilfe anfordern oder sie ablehnen und die Anzahl der Treffen mit dem Verantwortlichen oder dem Pfleger bestimmen.

Die Erhebungsqualität bezüglich Interventionen variiert von einer Forschungsarbeit zur anderen. Gemäss Cattán et al. (2004) wurden nur 13 der 30 Interventionen gut evaluiert. Von diesen kommen je sechs Studien zum Schluss, dass die Intervention wirksam bzw. wirkungslos war, und eine Studie kommt zu keiner klaren Schlussfolgerung. Die Interventionen unterscheiden sich stark bezüglich Zielgruppe, Interventionstyp, Dauer und Intensität. Aufgrund dieser Heterogenität ist es schwierig, Leitlinien für effiziente Interventionen zur Sicherung der sozialen Unterstützung zu formulieren (Hogan et al., 2001). Der Vergleich der wirksamen Studien von Cattán und Kollegen (2004, p. 57) ergibt, dass effiziente Interventionen folgende Eigenschaften auszeichnen:

- Es sind Gruppeninterventionen, die ein erzieherisches Ziel oder eine Hilfsaktivität verfolgen.
- Sie zielen auf spezifische Gruppen ab wie Frauen; Verwandte, die sich um ältere Personen kümmern; Menschen in Trauer; Witwer und Witwen; körperlich untätige Personen oder körperlich oder geistig beeinträchtigte Personen.
- Die Teilnehmenden verfügen über eine gewisse Kontrolle über den Ablauf der Intervention. Es handelt sich um eine Zusammenarbeit.
- Sie bewerten einen bereits vorhandenen Service oder aber einen neuen Service, der in einer bereits bestehenden Struktur entwickelt wurde.
- Sie wurden durch Allgemeinärzte identifiziert, mittels Todesanzeigen oder Zeitungsinseraten.
- Sie beinhalten eine Prozessevaluation der Intervention.
- Nur zwei Studien bewerten die Wirksamkeit eines Programms zu körperlicher Aktivität. In beiden Studien beeinflussen die Programme das Ausmass der Einsamkeit zunächst positiv, in einer der beiden Studien tritt jedoch nach einem Jahr ein Umkehreffekt ein.

2.5.2.1 Diskussionsgruppen zum Thema Freundschaft und Einsamkeit

Die strukturierte Intervention von Stevens (Stevens & Van Tilburg, 2000; Stevens, 2001) hat zum Ziel, die sozialen Kompetenzen von älteren Personen zu verbessern. Die Intervention lässt sich folgendermassen beschreiben:

- Klärung der Bedürfnisse/ Wünsche/ Erwartungen im Zusammenhang mit Freundschaft
- Analyse des aktuellen Netzwerkes und Identifizieren von gegenwärtig aktiven oder inaktiven Freundschaften
- Formulieren von Zielen mit der Absicht, das aktuelle Freundschaftsnetzwerk zu verbessern oder neue Freundschaften zu fördern
- Entwickeln und Bewerten von Strategien, um diese Ziele zu erreichen

Die Erhebungen entsprechen nicht den Kriterien des RCT (Randomized Controlled Trial). Eine der beiden Studien (Stevens & Van Tilburg, 2000) enthält allerdings eine Kontrollgruppe, die von keinem Interventionsprogramm profitieren. Bei den Programmteilnehmenden weisen die Resultate auf einen Rückgang der Einsamkeit, eine Verbesserung des Selbstvertrauens sowie auf eine Ausdehnung des sozialen Netzwerkes hin.

2.5.2.2 Diskussionsgruppen/Ausbildung zum Thema Gesundheit und Alter

Das Programm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Meier- Baumgartner et al., 2006; Dapp et al. 2007) stellt die Prävention von Krankheiten und Beeinträchtigungen im Alter in den Vordergrund. Es wendet sich an Personen, die mindestens 60 Jahre alt sind. Die Personen absolvieren innerhalb von 6 Monaten zwei Kurstage, an welchen folgende Themen behandelt werden: Ernährung, körperliche Aktivität und soziale Umgebung. Rund um den Hausarzt wird ein Netzwerk von Experten aufgebaut und verstärkt. Eine interdisziplinäre und speziell im Bereich des Alters ausgebildete Gruppe wird mit der Intervention betraut (ErnährungsberaterInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen).

Die Weiterbildungstage beinhalten Präsentationen ex-cathedra und Gruppenarbeiten zu den Themen Ernährung und körperliche Aktivität. Ebenfalls haben die Teilnehmenden die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch mit einem/r SozialarbeiterIn, in dem Probleme besprochen werden können.

1. Präsentationen ex-cathedra durch verschiedene SpezialistInnen
2. Gruppendiskussion (max. 6 Personen)
 - a. Alle Teilnehmenden erstellen ein persönliches Protokoll (z.B. Aktivitäten im Alltag, angetroffene Probleme, Interessen, zukünftige Ziele).
 - b. Die ExpertInnen analysieren und kommentieren die Protokolle der Teilnehmenden (z.B.: positive und negative Effekte des Verhaltens).
 - c. Teilnehmende mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen können ihre Ideen austauschen.
 - d. Allen Teilnehmenden werden individuelle Ratschläge (mindestens 2 Ratschläge) gegeben: Der erste Ratschlag stärkt ein bereits vorhandenes Verhalten, während der zweite etwas Neues vorschlägt. Ebenfalls geben die ExpertInnen Informationen zu lokalen Dienststellen (z.B. Sportvereine, PhysiotherapeutInnen).
 - e. Im Anschluss an den Ausbildungstag schicken die ExpertInnen allen Teilnehmenden einen Brief, der an die individuellen Ratschläge erinnert und manchmal den Vorschlag einer Arztkonsultation enthält.
3. Private Ratschläge zu sozialen Fragen (optional)
 - a. Die Teilnehmenden können einen Gesprächstermin mit einem/-r SozialarbeiterIn vereinbaren. Nachfolgende Themen werden angesprochen: Übergang in den Ruhestand und aktives Altern, Organisation der freien Zeit und zeitliche Aufgabengestaltung, Wohnform (gemeinschaftliches Leben, Heim,...), Strategien zur Verbeugung von Einsamkeit, Pflege für behinderte oder demente Personen, medizinische Versicherung und medizinische Dienste.
 - b. Der/die SozialarbeiterIn steht telefonisch für Ratschläge zur Verfügung oder macht Hausbesuche.
4. Hausbesuche (optional)
 - a. Eine standardisierte Evaluation wird durchgeführt und individuelle Ratschläge werden angeboten.

Die Wissenschaftler haben nach der Intervention eine subjektive Evaluation durchgeführt. 6 Monate nach dem Ausbildungstag wurden die Teilnehmenden telefonisch kontaktiert und nach den im Alltag erfolgreich umgesetzten Ratschlägen befragt. Verglichen wurden dabei nur die demografischen Daten der drei Gruppen, d.h. Eigenschaften der Kursteilnehmenden (503 Personen) mit denjenigen der Personen, die einen Hausbesuch vorzogen (77 Personen) sowie mit denjenigen der Kontrollgruppe (224 Personen).

Generell unterscheiden sich die drei Gruppen in Bezug auf folgende Eigenschaften (Dapp et al., 2007): Personen, die einen Hausbesuch vorziehen sind älter, tendenziell eher weiblich, verfügen objektiv über weniger gute Gesundheit und fühlen sich auch weniger gesund. Weil sie der Ansicht sind, dass die ÄrztInnen/ SpezialistInnen für ihre Gesundheit verantwortlich sind, werden sie einem externen Typus zugewiesen. Personen, die an den Ausbildungstagen teilgenommen haben, weisen im Allgemeinen eine höhere Ausbildung auf. Sie werden einem internen Typus zugewiesen, da sie sich für ihre eigene Gesundheit verantwortlich fühlen. Diejenigen, die an keiner Intervention teilnahmen (Kontrollgruppe), nannten folgende Gründe: kein Interesse, Abwesenheit während der Ausbildungstage, Vertrauen ausschliesslich in ÄrztInnen, Nutzlosigkeit der Ausbildung, da sie gesund sind, andere wichtigere Anliegen.

Im Verlauf der Intervention haben sich die Kompetenzen der Teilnehmenden verbessert. Bezüglich Ernährung haben 77% der Teilnehmenden, die den Rat erhielten mehr zu trinken, und 50% der Teilnehmenden, die dazu angehalten wurden, mehr Früchte und Gemüse zu essen, den Rat in die Praxis umgesetzt. Hinsichtlich der körperlichen Aktivitäten hat die Hälfte den erhaltenen Ratschlag genau oder in alternativer Form in die Praxis umgesetzt (z.B. Yoga statt Tai Chi). Schliesslich haben 25% der Teilnehmenden von der Möglichkeit eines Gesprächs mit einem/-r SozialarbeiterIn zur Klärung gewisser persönlicher Fragen profitiert (z.B. Vorsorge, Testament, Wohnungseinrichtung, Suche von Unterstützung im Trauerfall oder bei Einsamkeit).

2.5.2.3 Proaktives Coping

Die Vorbereitung auf das Altern hat in der Literatur bislang keine grosse Aufmerksamkeit gefunden (Bode et al., 2006). Lachman und Prenda Firth (2004) konnten zeigen, dass ältere Personen weniger für die Zukunft planen als jüngere Menschen, obwohl sich ein Nachdenken über zukünftige Ziele nur vorteilhaft auf das Wohlbefinden von älteren Personen auswirken würde. Auf Basis dieser Überlegungen haben Bode und sein Team (Bode et al., 2006; Bode et al., 2007) das Präventionsprogramm „In anticipation of the Golden years“, ins Leben gerufen. Das Programm hilft älteren Menschen, ihre zukünftigen Ziele zu bestimmen und die zur Zielerreichung erforderlichen Ressourcen zu identifizieren bzw. unerwünschten Entwicklungen vorzubeugen. Die Absicht besteht darin, erwünschte Ziele zu fördern und unerwünschte so gut als möglich zu vermeiden. Ferner sollen die älteren Menschen von einem reaktiven zu einem proaktiven Coping übergehen. Dabei wird versucht, die ersten Signale so früh wie möglich zu erfassen und darauf aufbauend Strategien zu entwickeln, um den Verlauf von potentiellen Problemen zu beeinflussen.

Die Intervention erfolgt in folgenden Etappen:

1. Identifizieren der mit der Vorwegnahme der Zukunft einhergehenden Vorteile. Nachdenken über die ersten ans Alter gebundenen Signale. Nachdenken über die Gefühle des Bedauerns, die sich einstellen könnten, wenn nichts unternommen wird.
2. Erkennen der ersten Signale des Alterns und Umgang damit. Identifizieren von proaktiven Bewältigungsstrategien.
3. Spezifizierung von Strategien zur persönlichen Zielerreichung mittels mentaler Simulationen. Sich zwei Alternativen vorstellen, die der Erreichung der festgesetzten Ziele dienen.
4. Nachdenken über Umweltfaktoren, die das Erreichen von festgesetzten Zielen erschweren oder erleichtern.

Das Programm hat bei den Medien, bei den im Bereich Psychologie tätigen Institutionen und bei den Teilnehmenden positive Reaktion ausgelöst. Die Kompetenzen des proaktiven Copings wurden verbessert; allerdings bleibt das Verhalten 12 Wochen nach der Intervention unverändert. Auch die Fähigkeit, die zukünftigen Folgen eines aktuellen Verhaltens zu erkennen, verbesserten sich. Die Intervention hat keine Auswirkungen auf das persönliche Selbstwertgefühl gezeigt. Die Autoren betonen, dass die Teilnehmenden schon von Anfang über ein hohes Selbstwertgefühl verfügten. Deshalb nehmen sie an, dass das Programm nur eine spezifische Zielgruppe anspricht, nämlich ältere Personen, die über ein gutes Selbstwertgefühl verfügen. Dies bedeutet, dass Personen, die einem externen Kontrolltyp angehören oder über ein schwaches Selbstwertgefühl verfügen, tendenziell nicht an solchen Interventionen teilnehmen. Die Intervention hat keine negativen Nebeneffekte (z.B. Angst vor der Zukunft, Vorwegnahme der Zukunft mit Bedauern) ausgelöst. Die Fähigkeit, klare Ziele zu formulieren, erleichtert das Erlernen von proaktiven Copingstrategien.

3. Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Stress

Der erste Bericht (Steinmann, 2006) und auch das zweite Kapitel des vorliegenden Berichtes belegen den Umfang der durchgeführten Forschungen zum Thema Stress. Obwohl sich die theoretischen Ansätze voneinander unterscheiden, vermitteln sie eine globale und kohärente Vorstellung von Stress und dessen Funktionsweise. Dieses Kapitel analysiert, was in der Gesellschaft unter Stress verstanden wird, und will nachfolgende Fragen beantworten: „Was wissen die Menschen über Stress? Wie definieren sie ihn? Welche Verbindungen sehen sie zwischen Stress und Gesundheit? Welche Interventionen empfehlen sie und welche setzen sie in die Praxis um?“

3.1 Alltagskenntnisse in Bezug auf Stress und dessen gesundheitlichen Folgen

Die wissenschaftliche Forschung liefert eine Vielzahl von Modellen und Definitionen zu Stress (Jex et al., 1992) und schlussendlich kann alles, was das Gleichgewicht stört, als Stressor bezeichnet werden. Der Begriff Stress prägt aber nicht nur das wissenschaftliche Vokabular, sondern auch die Umgangssprache. Stress trifft man überall an: bei der Arbeit, in der Familie, im Alter. Bisher wurden die wissenschaftlichen Konzepte von Stress vorgestellt. Aber was denken die Menschen selber über Stress? Was wissen sie davon? Welches sind ihrer Meinung nach die Ursachen und Konsequenzen von Stress? Wie erklären sie sich, dass Stress Krankheiten verursacht? Welche Interventionen empfehlen sie? Und schliesslich, wie beurteilen sie die von ExpertInnen vorgeschlagenen Interventionen?

Ein besseres Verständnis der alltäglichen Vorstellungen von Stress ist wichtig, da diese die Wahrnehmung und Interpretation der Symptome sowie die Entscheidung, Hilfe oder ergänzende Informationen zu suchen, beeinflussen (Petrie & Weinman, 1997, in Kinman & Jones, 2005). Studien zu diesem Thema sind nicht zahlreich, aber ihre Resultate sind konsistent und erlauben daher einige Schlussfolgerungen.

Zunächst wird Stress als **sozialepidemisches Übel der aktuellen Gesellschaft** beschrieben (Kinman & Jones, 2005). Dies entspricht dem Bild von Stress, wie es in den Zeitungen wiedergegeben wird (Lewig & Dollard, 2001). Für die Menschen (Baechler et al., 2003; Kinman & Jones, 2005) und die Medien (Lewig & Dollard, 2001) betrifft Stress vor allem die Arbeit.

Menschen haben **grosse Mühe, Stress zu definieren** (Kinman & Jones, 2005; Baechler et al., 2003). Einige Personen definieren ihn anhand seiner Ursachen, andere anhand der Symptome, und jene Personen, die sich auf Strategien beziehen, definieren Stress anhand der Art, mit Stress umzugehen (Baechler et al., 2003). Am häufigsten wird die Definition nach Symptomen verwendet (Baechler et al., 2003). Diese beschreibt die psychologischen oder emotionalen Aspekte, wie beispielsweise Angstzustände, Ruhelosigkeit, Anspannung, Verwirrtheit oder Frustration, aber auch körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme oder Bluthochdruck. Ebenfalls genannt werden kognitive Funktionen, wie z.B. die Schwierigkeit, sich zu distanzieren oder logisch zu denken (Kinman & Jones, 2005). Die Beschreibungen von Stress reflektieren jeweils die individuelle Realität der Menschen. So sprechen Kaderleute und Firmenchefs eher von psychischen, Mitarbeitende häufiger von physischen Ermüdungserscheinungen. Die am häufigsten genannten Gründe für Stress sind die Unmöglichkeit, Termine einzuhalten sowie Arbeitsüberlastung (Kinman & Jones, 2005; Baechler et al., 2003). In der Studie von Kinman und Jones (2003) fallen 78% der erwähnten Ursachen auf **Faktoren des Arbeitsumfelds**, wobei Unsicherheit des Arbeitsplatzes, monotone Arbeit und das Fehlen von Unterstützung die am häufigsten genannten Gründe sind. Als weitere Gründe werden Verantwortungsfunktion und die Unmöglichkeit, sich davon zu befreien, erwähnt (Baechler et al., 2003). Interessant ist, dass die erstgenannten Ursachen von Stress unkontrollierbare Stressoren beschreiben. Die Studie von Baechler und seinen KollegInnen (2003) bestätigt dies: Ihre Testpersonen geben an, mit dem Stress zu Hause besser umgehen zu können als mit arbeitsbedingtem Stress, da sie an der Arbeit nicht den Eindruck haben, diesen beeinflussen zu können. Das Kontrollgefühl ist ein wichtiges Element, da es die Teilnahme an Präventionskursen beeinflusst. Warum soll ich an einem Kurs teilnehmen, in dem ich lerne, mich zu entspannen, wenn ich genau weiss, dass die Stressursache in der Arbeitsüberlastung liegt, die durch meinen Chef oder Termindruck verursacht wird? Wir werden an späterer Stelle noch genauer auf diesen Punkt eingehen. Die am häufigsten erwähnten **individuellen Ursachen von Stress** sind die Persönlichkeit (Kinman & Jones, 2005; Baechler et al., 2003) und die Rollenkonflikte zwischen Arbeit und Familie (Kinman & Jones, 2005). Ferner fällt ein Unterschied zwischen Arbeitnehmenden und ArbeitgeberInnen auf. Die letzteren neigen eher

dazu, Stress anhand persönlicher Faktoren und weniger anhand von organisatorischen Aspekten zu erklären (Kinman & Jones, 2005; Baechler et al., 2003). Gemäss dieser Gruppe schafft sich jeder seinen eigenen Stress, der durch bessere Arbeitsorganisation zu vermeiden wäre.

Zahlreiche Studien bestätigen, dass sich die Menschen darin einig sind, **dass Stress Auslöser von Krankheiten** ist. Kinman und Jones (2003) haben in ihrer Untersuchung mit offenen Fragen nach den Folgen von Stress gefragt. Folgende Antworten wurden am häufigsten gegeben: Spannung/Angstzustände/Wut; Depression/Unzufriedenheit; Reizbarkeit; Schwierigkeiten mit dem Partner; angeschlagene körperliche Gesundheit; Müdigkeit; Schwierigkeiten, die Arbeit zu managen/Projektfehler; Konzentrationsstörungen. Interessant dabei ist, dass Bluthochdruck und Herzprobleme bei Personen mit guter Gesundheit wenig genannt wurden, während sie bei Personen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, häufig vorkamen (Clark, 2003). Man kann sich fragen, ob gesunde Menschen den Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Stress überhaupt sehen. Parker und seine KollegInnen (1993) haben ihre Testpersonen gebeten, diejenigen Symptome anzukreuzen, die ihrer Meinung nach durch Stress ausgelöst werden können. Dies ist ein völlig anderer Ansatz als bei Kinman und Jones (2003), wo die Symptome bereits vorgegeben waren. Unter diesen Bedingungen wird Bluthochdruck entgegen der Forschung von Kinman und Jones (2003) am häufigsten genannt, gefolgt von Geschwüren, Herzstörungen, Herzinfarkt, Verdauungsstörungen und Darmkrebs. Baechler und seine KollegInnen (2003) haben in einer anderen Untersuchung gefragt, ob Stress wie eine Krankheit betrachtet werden könne. Für die Mehrheit der Testpersonen ist Stress selber keine Krankheit, doch ihr potentieller Verursacher.

3.2 Strategien und vorgeschlagene Verhaltensweisen zur Stressbekämpfung

Wenn Einzelpersonen gefragt werden, was zu tun ist, um weniger Stress zu haben, werden von vielen **eher persönliche als organisatorische Strategien** aufgezählt (Kinman & Jones, 2005). Zu den am häufigsten erwähnten Aktivitäten gehören sportliche Betätigung und Freizeitaktivitäten, bessere Arbeits- und Zeitorganisation sowie das Zulassen von Gefühlen (Kinman & Jones, 2005; Baechler et al., 2003). Wenn sie aussagen, dass Rauchen für sie ebenfalls ein Mittel zur Vermeidung von Stress sei (Baechler et al., 2003), bestätigen Raucher das Modell

des ungesunden Verhaltens nach Krohne.

Ideen zu Verbesserungen auf struktureller Ebene wurden deutlich seltener geäußert (Kinman & Jones, 2005) wie mehr Kontrolle, bessere Information und mehr Fachkenntnisse, generell eine bessere Organisation sowie bessere Kommunikation zwischen den verschiedenen Hierarchie-Stufen und mehr Personal, um die Arbeitsbelastung zu senken. Die Studien betonen das Paradox, dass individuelle Lösungen für Probleme gesucht werden, deren Ursachen auf sozialer und struktureller Ebene liegen. Dieses Schema wird auch in den Zeitungen reproduziert (Lewig & Dollard, 2001). Gemäss Lewig und Dollard (2001, p. 187) : „This analysis has probed the representation of work stress in the Australian media, and reveals its representation within the discursive frameworks of environmental causality – individual responsibility“.

Die vorgeschlagenen Präventionsprogramme werden zwar geschätzt, stellen aber eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar (Baechler et al., 2003). Eine andere Forschungsarbeit betont, dass Präventionsprojekte, die auf das Individuum abzielen nutzlos sind, da sie die Sachzwänge der Arbeitswelt sowie die Tatsache, dass gewisse Gegebenheiten ausserhalb der persönlichen Kontrolle liegen, ausser Acht lassen (Harkness et al., 2005). Stress wird in der aktuellen Gesellschaft als normales Phänomen betrachtet. Gestresst zu sein bedeutet, dass man sein Bestes gibt. Nicht gestresst zu sein hingegen bedeutet, dass man faul ist. So handelt es sich bei Stress um ein normales soziales Phänomen, das ausserhalb der individuellen Kontrolle liegt. Diese kausale Zuweisung, die man als äusseren „locus of control“ bezeichnen könnte, riskiert alle präventiven Interventionen zur Verbesserung der individuellen Kompetenzen stark zu hemmen. Nebenbei wird der gestresste Mensch insofern aufgewertet, als er mit seinem Stress umzugehen weiss. Harkness und seine KollegInnen (2005) zeigen, dass die Unfähigkeit mit seinem Stress umzugehen als Zeichen von Inkompetenz und Schwäche gewertet wird. Dieser Aspekt wird auch durch Resultate von Kinman und Jones (2005) bestätigt. Wenn jemand einen Kurs zum Umgang mit oder zum emotionalen Ausdrücken von Stress besucht, wird damit die persönliche Inkompetenz öffentlich eingestanden. Harkness und seine KollegInnen (2005) kommen zum Schluss, dass das Gestresstsein an der Arbeit und die Klage darüber völlig normal, ja sogar erwünscht sind, doch dessen öffentlicher Ausdruck sozial verurteilt wird.

4. Gesundheitskompetenz

Seit einigen Jahren interessiert sich die Forschung für die Analyse der Gesundheitskompetenzen von Personen. Das Ziel besteht darin, die Faktoren zu verstehen, die das gesundheitliche Verhalten einer Person erklären. Dieses Kapitel erläutert zunächst die Entwicklung der Definition des Konzepts und stellt daran anschliessend drei Modelle der Gesundheitskompetenz detailliert dar. Schliesslich wird die „Unified Theory“ beschrieben, ein Modell, das die grossen Verhaltenstheorien mit ihren zentralen Faktoren integriert und das Vorhandensein bzw. der Mangel gewisser Verhaltensweisen erklärt. Das Kapitel wird abgeschlossen mit der Analyse der Gesundheitskompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie im Bereich von Stress.

4.1 Definitionen

„Health Literacy“ ist ein Begriff, der in der Forschung seit ca. den 80er Jahren anzutreffen ist. Damals wurde *Literacy*, die *Lese- (und Schreib-)Fähigkeit*, in einem medizinischen Kontext (*Health*) verwendet.² Seit Mitte der 80er Jahre testen ÄrztInnen und ForscherInnen an medizinischen Fakultäten PatientInnen auf deren Fähigkeit, behandlungsrelevante Informationen wie Beipackzettel, Terminkarten oder Medikamentenrezepte zu lesen. In der Folge wurden immer mehr Studien zum Zusammenhang von *Literacy* und *Health*, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder zur Einhaltung von Medikationen durchgeführt. Im Januar 2000 hat Rima Rudd (Rudd et al., 1999) im Rahmen der *Annual Review of Adult Learning and Literacy* eine Bibliographie der medizinischen und Public Health-Literatur veröffentlicht, die sich auf Publikationen zum Thema *Literacy* zwischen 1990 und 1999 konzentriert (Zobel, 2002). Die Analyse zeigt, dass in der Medizin und im Bereich Public Health ein immer grösseres Interesse für *Literacy* zu verzeichnen war. Mit den wachsenden Erkenntnissen zum Zusammenhang zwischen *Literacy* und *Health* hat sich auch das Verständnis von *Health Literacy* verändert. Der Begriff entwickelte sich weiter und wurde im Laufe der 90er Jahre als *funktionale Kompetenz*

² Literacy wird von der UNESCO definiert als: „The ability to read and write a simple statement about one’s everyday life and do simple mathematical calculations“ (UNESCO, 2006).

verstanden, die das *Verstehen von Gesundheitsinformation* (limitiert auf den medizinischen Kontext) einschliesst. Die erste systematische Studie zu Health Literacy in den 90er Jahren, welche auf Pub Med (MEDLINE®)³ heruntergeladen werden kann, ist die Studie von Parker (Parker et al., 1995). Dort definiert Parker Gesundheitskompetenz folgendermassen: „*Functional health literacy means being able to apply literacy skills to health-related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care*“ (Parker et al., 1995).

In der Forschung wurde Gesundheitskompetenz unterschiedlich konzipiert und definiert: Das *Center for Healthcare Strategies Inc.* (2000) sieht Health Literacy z.B. als “[...] *the ability to read, understand, and act on health care information.*” Das immer komplexer werdende Gesundheitssystem und die wachsenden Schwierigkeiten, die BürgerInnen bei der “*Gesundheitsnavigation*” haben, lassen darauf schliessen, dass Gesundheitskompetenz darüber hinaus geht, - in den Worten von Parker: „*the degree to which people have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services and make appropriate health decisions*” (Parker et al., 1995). Die WHO (1998) geht noch einen Schritt weiter und definiert Gesundheitskompetenz als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise so zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist. Christina Zarcadoolas sieht Gesundheitskompetenz als ein Konzept, welches eine Person ermächtigt, “*(...) to use health concepts and information generatively (...)*” (2005). Sie schlägt ein neues Modell vor, welches verschiedene Typen von „*Literacies*“ enthält: *fundamental literacy, science literacy, civic literacy, and cultural literacy*. Don Nutbeam (2000) hat ein Modell für Gesundheitskompetenz entwickelt, welches sehr stark auf Überlegungen aus Theorien zu Public Health und zur Gesundheitsförderung basiert. Sein Modell beinhaltet drei verschiedene Ebenen: *Functional health literacy, interactive health literacy* und *critical health literacy*.

Heute werden unter dem Begriff Health Literacy eine Vielzahl von Fähigkeiten, Wissen und so genannte *Life Skills* zusammengefasst. Insofern bietet Health Literacy ein Grundkonzept für ein besseres Verständnis dafür, wie sich Personen im Alltag gesundheitsförderlich verhalten und Gestaltungs- sowie Entscheidungsfreiheit für ihre Gesundheit übernehmen. Gesundheitskompetenz kann als Resultat von Bildungs- und Kommunikationsmassnahmen in der Gesundheitsförderung gesehen werden. Sie entsteht in einem breiten Kontext, wobei neben

³ Suche nach Studien mit dem Begriff „Health Literacy“ im Titel.

der persönlichen Gestaltung der Gesundheit auf individueller Ebene auch das soziale Umfeld zu berücksichtigen ist. Begriffe wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsmündigkeit, Selbst-, Patienten- oder Handlungskompetenz werden im Zusammenhang mit Health Literacy ebenfalls verwendet.

Für einen genaueren Überblick wird auf zwei Arbeiten hingewiesen: Das Kompendium von Daniela Maag (2005) sowie der umfassende Literaturüberblick von De Walt (2004).

4.2 Modelle, Konzepte und Theorien

4.2.1 Modell von Kickbusch und Maag

Gemäss Kickbusch und Maag (2005) ist Gesundheitskompetenz „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in ihrer Selbstbestimmung und Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch und Maag, 2005).

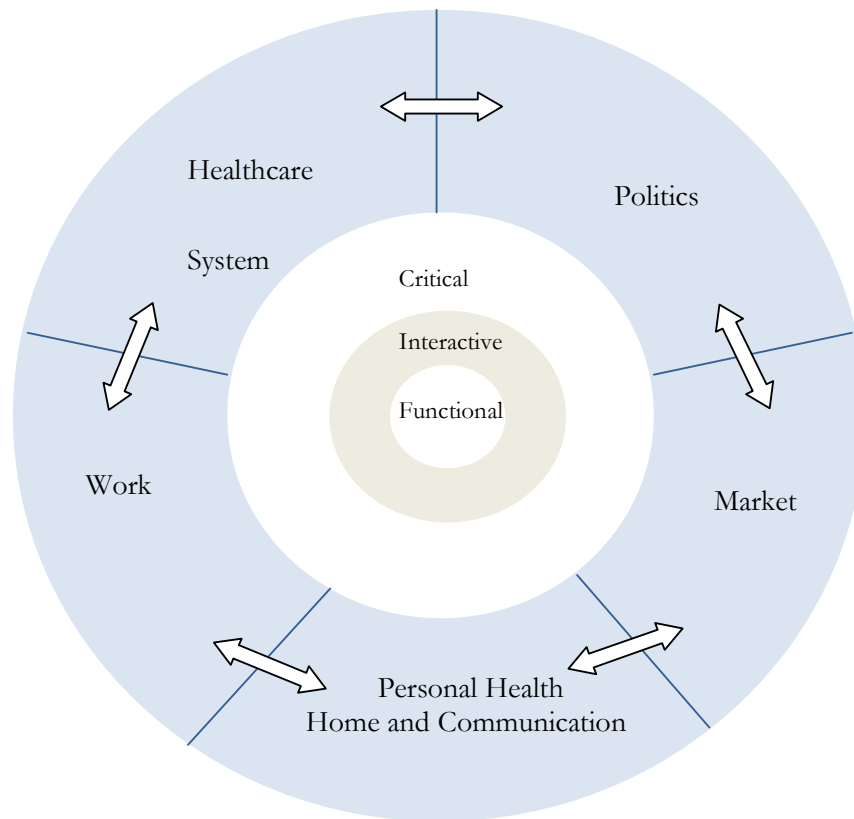
Diese Definition beinhaltet die drei bereits erwähnten Dimensionen von Nutbeam (2000). Die **funktionelle Dimension** bezieht sich auf die Fähigkeit zu verstehen und einfache Informationen zur Gesundheit in die Praxis umzusetzen. Die **interaktive Dimension** enthält die höheren kognitiven Fähigkeiten sowie die Sozialkompetenz, indem sie eine aktive Partizipation erlaubt (z.B. die Fähigkeit, sich an die entsprechenden Gesundheitsdienste zu wenden oder die Fähigkeit, sich mit ExpertInnen zu unterhalten). Die **kritische Dimension** setzt voraus, dass die Person fähig ist, Richtlinien und Behauptungen zu gesundheitlichen Themen zu hinterfragen sowie eine Gesundheitsentscheidung und das damit verbundene Risiko abzuschätzen.

Gemäss Kickbusch (2006) sind fünf Kompetenzbereiche betroffen (in Public Health Schweiz, Nr. 3, 2006):

1. Kompetenzbereich persönliche Gesundheit: Grundkenntnisse über Gesundheit, Wissen und die Anwendung von gesundheitsförderlichem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten, persönliche Pflege und die Betreuung der Familie sowie erste Hilfe.
2. Kompetenzbereich Systemorientierung: Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und als kompetenter Partner gegenüber Fachpersonal auftreten zu können.
3. Kompetenzbereich Konsumverhalten: Die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen und notfalls auch seine Konsumentenrechte einzuklagen und durchzusetzen.
4. Kompetenzbereich Gesundheitspolitik: Die Fähigkeit, informiert gesundheitspolitisch zu handeln, z.B. durch das Eintreten für Gesundheitsrechte, durch Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen und durch Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen.
5. Kompetenzbereich Arbeitswelt: Die Fähigkeit, die Gesundheit in der Arbeitswelt durch Unfallverhütung und Vermeidung von Berufskrankheiten zu schützen, sich für Arbeitsplatzsicherheit und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzusetzen und eine angemessene Work-Life-Balance anzustreben (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005; Kickbusch, 2006).

Bezug nehmend auf die Definition von Kickbusch und Maag, wurde unter der Leitung von Jen Wang und Margrit Schmid am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich das Projekt "Gesundheitskompetenz Schweiz" (Swiss Health Literacy Survey 2006 – HLS.CH) durchgeführt. Dabei wurden die Kompetenzen der Bevölkerung in den Bereichen Wissen, Haltung, Werte sowie Verhaltenskompetenzen in Bezug auf ihre Gesundheit gemessen. Resultate wurden bisher nur teilweise veröffentlicht (siehe dazu www.gesundheitskompetenz.ch).

Figur 1: Gesundheitskompetenz nach Kickbusch und Maag (2007)



4.2.2 Modell von Abel

Thomas Abel (Abel & Bruhin, 2003; Sommerhalder & Abel, 2007) vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern definiert Gesundheitskompetenz als „(...) wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. (...) Dieses Wissen wird primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen, z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen“ (Abel & Bruhin 2003). **Empowerment** ist ein zentrales Konzept in diesem Modell. Bei Empowerment handelt es sich um einen Prozess, durch den Individuen, Organisationen und Gemeinschaften Verantwortung und Kontrolle für ihre

Ziele übernehmen. Die Gesundheitskompetenz stellt einen zentralen Aspekt im Prozess des Empowerments dar, da sich eine Person, die sich kompetent fühlt, leichter aktiv an Gesundheitsfragen partizipieren wird.

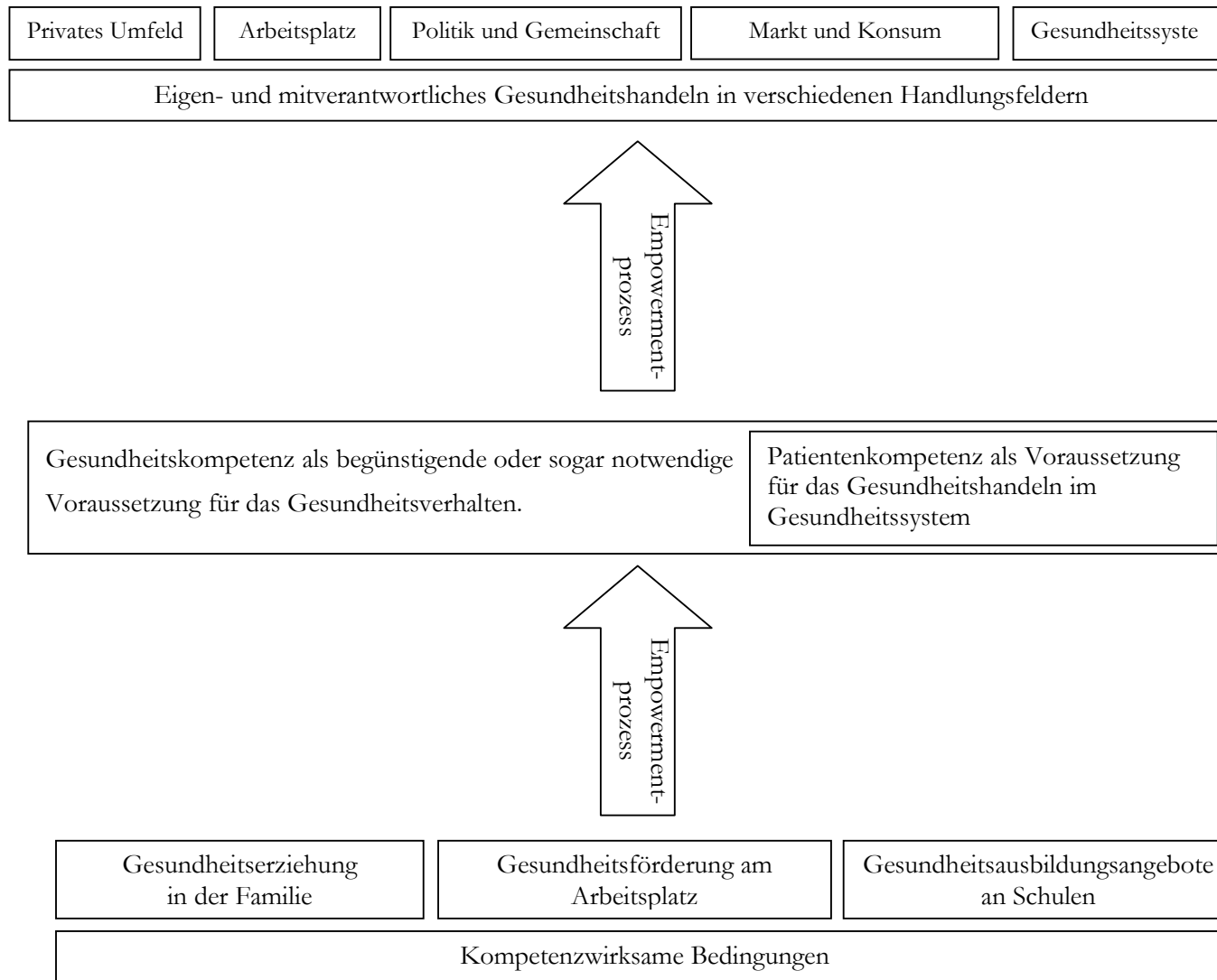
Im Modell von Abel und Sommerhalder (2007) beschränkt sich Gesundheitskompetenz nicht ausschliesslich auf den Kontext der PatientInnen, sondern bezieht sich auf verschiedene weitere Handlungsfelder, wovon das Gesundheitssystem nur eines darstellt. Wenn sich PatientInnen im Gesundheitssystem orientieren oder Entscheidungen bezüglich ihrer Behandlung treffen müssen, spricht man von Patientenkompetenz. Patientenkompetenz ist demnach diejenige Ausprägung von Gesundheitskompetenz, die spezifisch in Krankheitssituationen und im Kontakt mit dem Gesundheitssystem wirksam wird. Die Gesundheitskompetenz verweist auf eine Form von genereller Kompetenz, die sich in einzelnen Zusammenhängen konkretisiert.

Schliesslich ist Gesundheitskompetenz eine Bedingung *sine qua non* für die **Entwicklung von prospektiver Verantwortung für Gesundheit**. Allerdings ist die Entwicklung der Übernahme von individueller Verantwortung im Bereich der Prävention und Förderung der eigenen Gesundheit an zwei Voraussetzungen gebunden:

1. Die Bevölkerung muss Zugang haben zu zuverlässigen und verständlichen Informationen.
2. Sie muss fähig sein, diese Informationen in ihren spezifischen Lebenskontext zu übertragen und für gesundheitsfördernde Entscheide zu nutzen.

Letztendlich wirkt die Beziehung zwischen Empowerment und Gesundheitskompetenz wechselseitig, indem sich beide gegenseitig verstärken. Einerseits stärkt das Empowerment die Verantwortung der Individuen und ermuntert sie, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln, so dass sie in Gesundheitsfragen kompetent und selbstständig handeln können. Andererseits erhöht die Verbesserung der Gesundheitskompetenz die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person aktiv an Debatten zu Gesundheitsfragen teilnimmt: Fühlt man sich kompetent, versteht man besser, was auf dem Spiel steht, und ist stärker involviert und damit auch motivierter zu partizipieren.

Figur 2 : Gesundheitskompetenz nach Abel und Sommerhalder (2007)

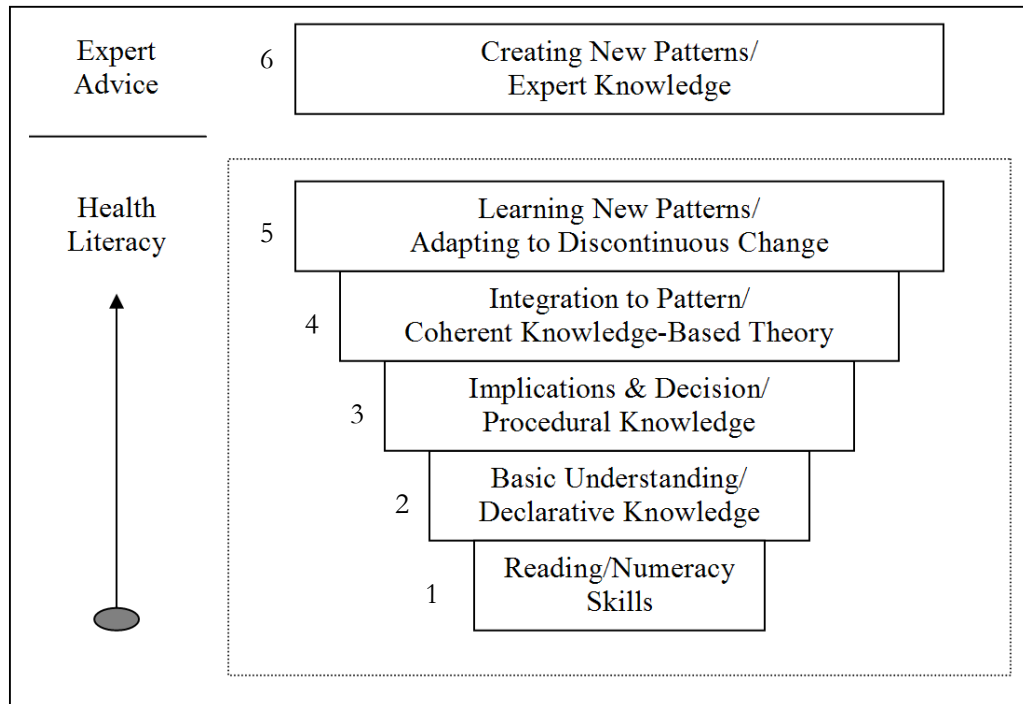


4.2.3 Modell von Schulz und Nakamoto

Schulz und Nakamoto (2005) unterteilen Gesundheitskompetenz in mehrere Fähigkeiten. Die Fähigkeit zu lesen, zu schreiben und Zahlen zu verstehen (Abb. 3 Nummer 1) bildet besonders in einer Gesellschaft, in der zahlreiche Informationen in geschriebener Form kommuniziert werden, die Basis zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz. Darauf aufbauend folgt das **deklarative Wissen** (Abb. 3 Nummer 2), das heisst das Grundwissen zu Gesundheitsthemen. Man muss die gelesenen oder gehörten Informationen als Ganzes verstehen können. Um dieses deklarative Wissen umzusetzen, braucht es das **prozedurale Wissen** (Abb. 3 Nummer 3). Dieses befähigt eine Person, ihr Wissen über bestimmte gesundheitsbezogene Themen in konkrete Handlungen umzusetzen. Dafür genügt z.B. das Wissen nicht, dass die Arbeitsbedingungen ein Risiko für muskuloskelettale Erkrankungen darstellen können und dass man dagegen etwas tun kann. Darüber hinaus muss man wissen, welcher Interventionstyp umgesetzt werden muss und wer diese Art von Intervention durchführen kann. Ferner unterscheiden die Autoren **die Integration einer bestimmten Verhaltensweise** (Abb. 3 Nummer 4) und **das Lernen neuer Verhaltensweisen** (Abb. 3 Nummer 5). Sie sind der Meinung, dass das Erlernen neuer Kompetenzen nie auf neutrale Art assimiliert wird. Die neue Gesundheitskompetenz integriert sich in eine bereits bestehende kognitive Struktur. Dabei beeinflusst die neue Kompetenz die bestehende kognitive Struktur, indem sie ihr eine neue Form gibt. Aber auch die vorher bestehende kognitive Struktur beeinflusst die Art, in der die neue Kompetenz integriert wird.

Wie in Kapitel 3.1 erwähnt, wird Stress bei der Arbeit oft als alltägliches Übel aufgefasst, das zur heutigen Gesellschaft gehört und gegen das ein Individuum nicht ankämpfen kann. Diese von vielen Arbeitnehmenden geteilte kognitive Struktur beeinflusst die Art und Weise, wie die gelernten Kompetenzen integriert werden. Berücksichtigt man dieses globale Verständnis von Arbeitsstress, wird besser verständlich, weshalb viele Menschen die Stressbewältigungskurse als zwar interessant, aber realitätsfern betrachten. Gesundheitskompetenz zu evaluieren, beschränkt sich nicht darauf zu testen, ob eine Person eine Gesundheitsinformation verstanden hat oder ob sie fähig ist, sie umzusetzen. Es geht darum zu analysieren, wie sich diese neue Information in die „konzeptuelle Welt“ der Person einfügt, eine Welt, die bereits verschiedene Kenntnisse, Werte und Ziele beinhaltet, die manchmal den Zielen der Präventionsmassnahmen zuwiderlaufen. Das Erlernen einer neuen Verhaltensweise hängt folglich stark von der Integration der neuen Information ab.

Figur 3 : Gesundheitskompetenz nach Schulz et Nakamoto (2006)



Schulz und Nakamoto (2005) **heben zwei Punkte hervor**. Erstens vertreten sie, dass sich Gesundheitskompetenz nicht anhand des Verhaltens messen lässt. Gewisse Personen sind durchaus kompetent, auch wenn sie kein gesundes Verhalten zeigen. Die Erklärung für diesen offensichtlichen Widerspruch ist also anderswo zu suchen. Ebenso kann sich eine Person durch Zufall und ohne eine argumentativ abgesicherte Entscheidung gesund verhalten. Gesundheitskompetenz stellt vielmehr eine klare Entscheidung dar, welche auf einer argumentativen und kohärenten Struktur basiert. Sogar Individuen, die der Prävention entgegengesetzte Ziele verfolgen (z.B. das Leben genießen, anstatt sich mit dem Essen einzuschränken) können gesundheitskompetent sein. Zweitens ziehen Schulz und Nakamoto (2005) eine klare Grenze zwischen individuellen Kompetenzen und Fachkompetenzen (Abb. 3, Nummer 6). Sie warnen vor einer zu weitgehenden Entwicklung des individuellen Empowerment, das jedes Individuum dazu motiviert, Experte seiner eigenen Situation zu werden und sich kompetenter zu fühlen als die FachexpertInnen selber.

4.2.4 Verhaltenstheorie „The Unified Theory“ von Fishbein et al.

Die Definition von Schulz und Nakamoto hebt eine Tatsache hervor, die sich aus zahlreichen im Literaturüberblick erwähnten Studien ergeben hat: Gesundheitskompetenz ist mit dem Verhalten nicht identisch. Ein bestimmtes Verhalten hat jedoch einen Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Dennoch ist zu betonen, dass die Fähigkeit, im Alltag gesundheitsförderliche Entscheidungen zu fällen, nicht heissen muss, dass diese auch tatsächlich umgesetzt werden. Diese Dynamik spielt nicht nur bei Gesundheitsfragen eine Rolle, sondern betrifft alle Lebensaspekte. Unser Verhalten wird von verschiedenen Faktoren bestimmt und kann nicht anhand eines einzelnen Faktors erklärt werden. Diese Erkenntnis ist wichtig, wenn man das Verhalten von Personen beeinflussen will. Ein häufiges Thema im Bereich Gesundheitskommunikation ist das „Risikoverhalten“, das verändert oder mittels Interventionen oder Kampagnen beeinflusst werden soll. Oder man spricht von der Stärkung von „healthy behavior“. Um diese Verhaltensweisen effektiv beeinflussen zu können, müssen die determinierenden Variablen jedoch bekannt sein. In den vorhergehenden Kapiteln haben wir Gesundheitskompetenz genauer definiert. An dieser Stelle sollen weitere verhaltensbestimmende Faktoren diskutiert werden. Wir gehen dabei nicht im Detail auf die zahlreichen Verhaltenstheorien ein, die im Bereich der Gesundheitskommunikation zur Anwendung gelangen, sondern verweisen auf das zusammenfassende Kapitel von Fishbein et al. (2001), in dem die Übereinstimmungen zwischen den Verhaltenstheorien im Gesundheitsbereich zu einer „Unified Theory“ zusammenfasst werden.

Die Variablen, die gemäss jeder der fünf analysierten Theorien⁴ einen Einfluss auf das Verhalten oder die Verhaltensänderung einer Person haben, sind:

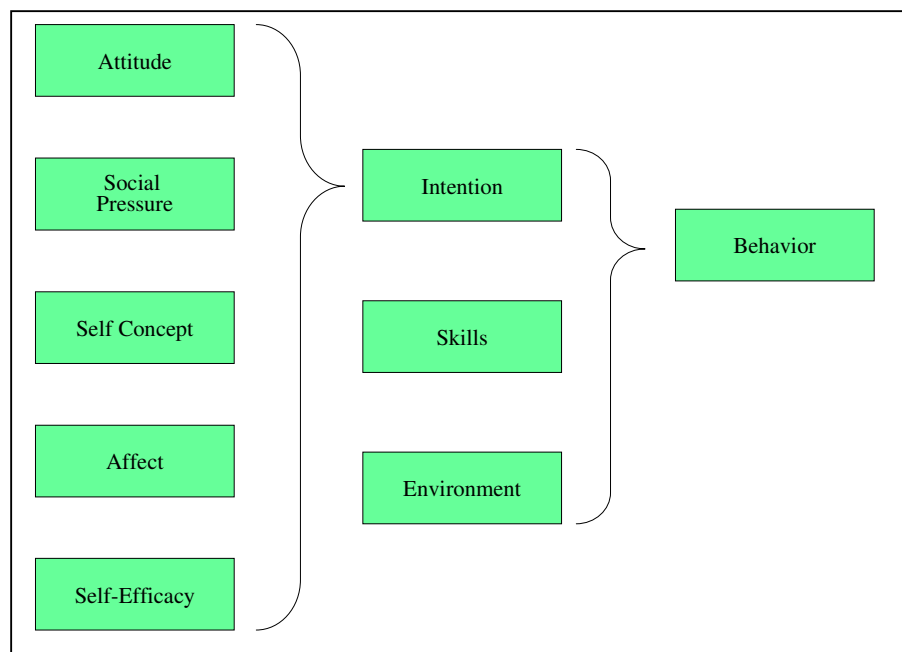
- **Intention:** die Person beabsichtigt (oder sie ist eine Verpflichtung eingegangen), sich auf eine bestimmte Weise zu verhalten.
- **Environment:** Das Umfeld erlaubt es, das Verhalten zu realisieren.
- **Skills:** Die Person verfügt über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, um sich entsprechend zu verhalten.

⁴ Fishbein bezieht sich dabei auf die Resultate eines theoretischen Workshops, welcher dazu diente, im Gebiet der Aidsprävention die gemeinsamen Variablen der einflussreichsten Verhaltenstheorien zu identifizieren. Die analysierten Theorien waren: Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Theory of Reasoned Action, Theory of Self-Regulation, und die Theory of subjective culture and interpersonal relations.

- **Attitude:** Die Person sieht im Verhalten mehr Vorteile als Nachteile. Sie hat eine positive Einstellung gegenüber dem Verhalten.
- **Social (normative) Pressure:** Für die Person relevante Bezugspersonen befürworten das Verhalten eher als dass sie es ablehnen.
- **Self-Concept:** Das Verhalten entspricht dem Selbstbild und hat keine persönlichen Einschränkungen zur Folge.
- **Affect:** Die emotionalen Reaktionen bezüglich des Verhaltens sind eher positiv als negativ.
- **Self-Efficacy:** Die Person fühlt sich in der Lage, ihr Verhalten in allen Lebensumständen beibehalten zu können. Die Wirksamkeit wird als positiv wahrgenommen.

Ganz generell gesprochen könnte man nach Fishbein sagen, dass auf Basis der analysierten Theorien die drei Faktoren „Intention, Skills und Environment“ das Verhalten direkt beeinflussen, während die anderen fünf Faktoren auf die Stärke des Wunsches, ein bestimmtes Verhalten umzusetzen, wirken.

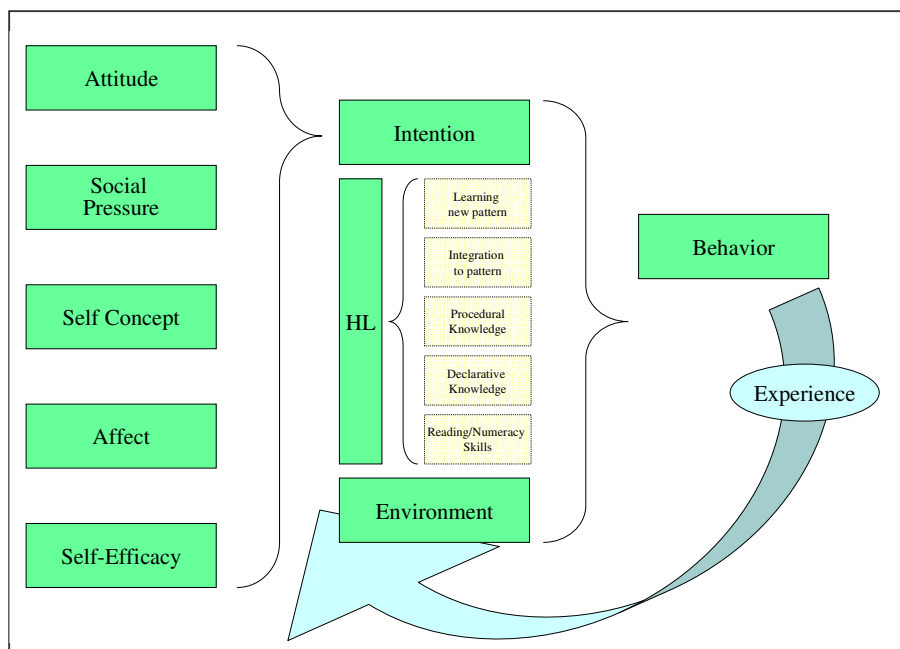
Figur 4: “Unified Theory of Behavior” (nach Fishbein 2001)



Allerdings erklärt jede Theorie auf eigene Art und Weise, wie die Elemente des Modells mit dem Verhalten verbunden sind. Es ist nicht Ziel der vorliegenden Arbeit, die verschiedenen Theorien, ihre Varianten und Kritiken zu untersuchen. Die Kernaussage der Unified Theory ist, dass das Verhalten von vielen Faktoren beeinflusst wird. Dabei stellen Kompetenzen, wie zum Beispiel Health Literacy, nur einen Faktor dar. Mit diesem Ansatz kann die anfangs erwähnte Tatsache, dass sich Wissen oftmals nicht im Verhalten widerspiegelt, erklärt werden.

Wir können nun das von Schulz und Nakamoto vorgeschlagene „Skill Attainment“ Modell der Health Literacy in den Verhaltenskontext einfügen, um schematisch aufzuzeigen, weshalb jemand gesundheitskompetent sein kann, auch wenn er ungesund isst oder wenig Sport treibt. Gesundheitskompetenz beinhaltet nach Schulz und Nakamoto verschiedene Fähigkeiten, die zusammen mit dem Umfeld und der Intention direkt das Verhalten beeinflussen. Beim Entscheid, ob die Gesundheitskompetenz nun in spezifisches Verhalten umgesetzt wird, spielen auch andere Faktoren eine Rolle (siehe oben). Nicht zu vergessen sind die Erfahrungen, die eine Person macht und die laufend auf die verschiedenen Variablen einwirken. Wer zum Beispiel die positive Erfahrung macht, dass man sich nach einem sportlichen Sommer mit ausgewogener, gesunder Ernährung besser fühlt, kann als „gesundheitskompetenter“ betrachtet werden und die Absicht, sich auch in Zukunft so zu verhalten, wird verstärkt. Das theoretische Schema könnte demzufolge folgendermassen skizziert werden:

Figur 5: Modifizierte Version des Modells „Unified Theory“



4.3 Gesundheitskompetenz im Bereich psychische Gesundheit

Alle Publikationen, die sich auf die psychische Gesundheitskompetenz beziehen, verweisen auf die Definition von Jorm et al. (1997): “Knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management and prevention”. Obschon das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz eindeutig die psychische Gesundheit erwähnt, fokussieren die Definition von Jorm und seinen KollegInnen (1997) und auch andere zu diesem Thema durchgeführte Forschungsarbeiten stärker auf **psychische Krankheiten**. Dabei konzentrieren sich die Forschenden vornehmlich auf Depression und Schizophrenie; sie versuchen zu ergründen, ob die Menschen in der Lage sind, die entsprechenden Symptome zu erkennen. Jorm und seine KollegInnen (2006) ziehen in einem umfassenden Überblick über die bisher gewonnenen Erkenntnisse Bilanz.

Aus Sicht der Prävention und der Gesundheitsförderung kann sich **Kompetenz im Bereich der psychischen Gesundheit** auch auf die individuell vorhandenen Kenntnisse über die *Erhaltung der psychischen Gesundheit* beziehen. Es geht nicht darum, von den Leuten zu erfahren, ob sie in der Lage sind, eine psychische Krankheit zu erkennen, sondern vielmehr darum zu sehen, ob sie die Faktoren kennen, die gute psychische Gesundheit begünstigen und fördern. Zur psychischen Gesundheitskompetenz konnte nur eine Studie gefunden werden (Hanson et al., 2005). In dieser Studie beziehen sich die Forschenden auf Aussagen, in denen Personen berichten, welche Strategien sie anwenden, um ihr psychisches Wohlbefinden zu verbessern oder zu erhalten. Die Autoren konnten zehn verschiedene Strategien erkennen: körperliche Betätigung, gesunder Lebensstil (gesundes Essen, genügend Schlaf, vermeiden von Zigaretten- und Alkoholkonsum, Einnahme von Vitaminen, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten), Entspannung, angenehme Aktivitäten, planen, Grenzen setzen, soziale Unterstützung, professionelle Kontakte, positives Denken, Engagement in der Arbeit. Körperliche Betätigung wurde am häufigsten erwähnt, gefolgt von der sozialen Unterstützung, angenehmen Aktivitäten und Entspannung. Die soziale Unterstützung ist jene Strategie, die am stärksten mit dem psychischen Wohlbefinden verknüpft wird. Körperliche Aktivität, Entspannung und gesunder Lebensstil sind weniger stark an das psychische Wohlbefinden gebunden. Der Erhalt der psychischen Gesundheit – im Gegensatz zur Vermeidung von Krankheit - erfordert eine Art von Gesundheitskompetenz, die in der Forschung oft vernachlässigt wird.

Die Interventionsmöglichkeiten, die Studien zur Gesundheitskompetenz aufzeigen, zielen alle auf die Vermeidung von psychischen Krankheiten. **Australien** hat zum Beispiel das nationale Präventionsprogramm „**beyondblue**“ in die Wege geleitet, das hauptsächlich auf die Prävention von Depression, Angstzuständen, bipolaren Störungen und nachgeburtlichen Depressionen fokussiert. Das Programm verfolgt sechs Ziele:

1. Sensibilisierung der Bevölkerung und Kampf gegen die Stigmatisierung

Eine Informationskampagne durchgeführt (Plakate, Internetforum, Informationstage, Seminare, Sporttage, Ausstellungen, Theater). Daneben wurde ein Forschungsprojekt lanciert, um die Entwicklung der Sensibilisierung, des Wissensstandes und der Stigmatisierung zu evaluieren. Zusätzlich unterstützte das Präventionsprogramm einen Film zu den psychischen Risiken der aktuellen Gesellschaft finanziell und trat an verschiedenen Festivals aktiv in Erscheinung.

2. Fördern von gemeinschaftlichen Problemlösungen

Von der Krankheit betroffene Personen werden als Teilnehmende ins Präventionsprogramm aufgenommen. Sie werden in Fokusgruppen, bei der Ausarbeitung einer Informationsbroschüre sowie in die Verteilung von Informationsblättern miteinbezogen. Über das Internet oder die Medien tauschen sie ihre Erfahrungen aus. Ziel ist, die Bevölkerung an der Ausarbeitung des Programms „beyondblue“ zu beteiligen.

3. Prävention und vorzeitige Intervention

Hier geht es darum, für jeden Lebensabschnitt eine Intervention bereitzustellen, um so die Kompetenzen der Bevölkerung zu verbessern (Schule, zu Beginn der Mutterschaft, Arbeit, junge Erwachsene, Eltern, Eltern von behinderten Kindern). Um bei den Jungen einen gesunden Lebensstil zu stärken, werden unter Einbezug von AthletInnen thematische Konferenzen organisiert.

4. Unterstützung der Allgemeinärzte bei der Kompetenzverbesserung von Gemeinschaften

Den ÄrztInnen wurde eine Broschüre mit wissenschaftlich belegten Interventionen abgegeben. Es wurden Kurse zur Ausbildung des Pflegepersonals von UreinwohnerInnen angeboten, ein neues Klassifizierungssystem zur vereinfachten Wiedererkennung der

Symptome wurde entwickelt und – um die Diskussion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu erleichtern - wurden den ÄrztInnen Informationstafeln abgegeben. Zusätzlich wurde eine online- Therapie entwickelt.

5. Förderung der Depressionsforschung

Es wurde ein Kompetenzzentrum im Bereich Depression und verwandte Pathologien gegründet, um die Forschung voranzutreiben und die Anwendung der neuen Erkenntnisse in der Praxis zu optimieren. Das Programm unterstützt auch andere Forschungen im Bereich Depression (z.B. Depression und Herz-Kreislaufkrankungen, nachgeburtliche Depression, Suizid etc.)

6. Erhaltung und Stärkung eines Netzwerkes von Institutionen und Organisationen

Das Programm ist reichhaltig und die Resultate sind Erfolg versprechend (Jorm et al., 2005a; Jorm et al., 2005b). Detailliertere Informationen können über die offizielle Webseite <http://www.beyondblue.org/> bezogen werden.

Ein weiteres Beispiel für einen Ansatz, der ebenfalls auf die psychischen Krankheiten fokussiert, liefern Francis und seine KollegInnen (2002). Sie haben in einem Literaturüberblick die wirksamsten Kommunikationsstrategien zusammengetragen, um bei der australischen Bevölkerung die Kompetenzen im Bereich psychische Gesundheit zu verbessern.

4.4 Gesundheitskompetenzen im Bereich Stress

Gemäss Thomas Abel (Abel & Bruhin 2003) bezeichnet **Gesundheitskompetenz** „(...) wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung (...) Dieses Wissen wird primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen, z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.“ Übertragen auf das Thema Stress stellt sich die Frage, welche Fachkenntnisse erworben werden müssen, um sich in Stresssituationen gesund zu verhalten.

Man kann **drei verschiedene Arten von Wissen** unterscheiden: Die erste bezieht sich auf ein eher **konkretes Wissen**, wie es in einem Kurs zur Bewältigung von Stress vermittelt wird: Stressdefinition (Gleichgewicht zwischen Ressourcen und Belastungen); physiologische, kognitive und emotionale Folgen von Stress; Coping-Strategien; Rolle der sozialen Unterstützung. Neben diesem allgemeinen Wissen beinhaltet eine optimale Gesundheitskompetenz auch Kenntnisse in Bezug auf die verschiedenen Krankheiten, die langfristig durch Stress ausgelöst werden sowie Kenntnisse über Risikofaktoren. So geht es beispielsweise darum, Situationen, die Herz-Kreislaufkrankungen begünstigen, zu erkennen. Diese Art von Wissen fördert das Bewusstsein sowie eine richtige subjektive Einschätzung der eigenen Anfälligkeit für eine Herz-Kreislaufkrankung. Ein anderes Beispiel betrifft das Altern. Eine auf proaktives Coping gerichtete Intervention im Altersprozess zeigt auf, wie Stressoren vorweggenommen, die ersten Anzeichen erkannt und die noch vorhandenen Ressourcen mobilisiert werden können. Diese Art von Wissen unterscheidet sich von Situation zu Situation. Jede durch Stress verursachte Krankheit, jeder Stressor ist mit spezifischen Risikofaktoren verbunden. Diese werden innerhalb der vorliegenden Arbeit und im ersten Bericht (Steinmann, 2006) ausführlich beschrieben.

Die zweite Art von Wissen betrifft den **Prozess der Problemlösung**, die reflexive Haltung, die man gegenüber einem zukünftigen oder aktuellen Stressor einnimmt: die Fähigkeit, das anvisierte Ziel zu definieren; darauf die aktuelle Situation zu analysieren; die notwendigen Ressourcen festzustellen (diejenigen, die zur Verfügung stehen und jene, die fehlen); eine Strategie zu entwickeln, um das Wunschziel zu erreichen und mögliche Hindernisse zu erkennen. Dieser Prozess entspricht einem stufenweisen Vorgehen wie es häufig angewendet wird bei Interventionen, die sich an Personen des dritten oder vierten Lebensalters richten. Der gleichen Strategie bedienen sich auch die ExpertInnen der Arbeitsmedizin bei ihren Interventionen in Unternehmen.

Bei der dritten Wissensart geht es darum, **seine Grenzen zu erkennen und zu wissen, wo externe Hilfe zu finden ist**, wenn die eigenen Ressourcen zur Bewältigung einer Stresssituation nicht genügen, beispielsweise wenn einer Arbeitskraft die Ressourcen zur Bewältigung einer Arbeitsaufgabe fehlen. Dieser letzte Aspekt setzt ein Prozess- und Kommunikationswissen voraus, das der interaktiven Dimension im Modell von Kickbusch und Maag (2005) entspricht. Die Kommunikation wird in den Kursen zur Stressbewältigung häufig thematisiert (Kaluza, 2006). Bei der Arbeit kann die externe Hilfe je nach Problemlage variieren, wobei der direkte Vorgesetzte immer ein zentraler Ansprechpartner sein wird, neben den ExpertInnen der

Arbeitsmedizin. Was die Personen des dritten und vierten Lebensalters betrifft, geht es darum, die Dienstleistungsstellen zu kennen, die die spezifisch mit ihrer Situation verbundenen Probleme lösen können. Das Hamburger Interventionsprogramm „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ (Meier- Baumgartner et al., 2006) weist dem auf Altersfragen spezialisierten Netzwerk von ExpertInnen grosse Bedeutung zu. Ein Ziel des Hamburger Programms besteht darin, die älteren Menschen mit dem Expertennetzwerk vertraut zu machen, so dass sich die Betroffenen im Bedarfsfall an die richtigen Fachleute wenden können.

Wird der erste Wissenstyp betrachtet, kann gesagt werden, dass **die Leute ein allgemeines Verständnis von Stress haben** und Stress mit Krankheit verbinden (Kapitel 3). Dies wird von einer Forschungsarbeit in Zweifel gezogen: Wenn Leute ohne Vorgaben zu den Folgen von Stress befragt werden, werden Herz-Kreislaufkrankheiten und Bluthochdruck nur selten genannt. Wird die Frage jedoch geschlossen gestellt und den befragten Personen eine Liste mit möglichen Konsequenzen vorgelegt, wird Stress häufig als Ursache von Herz-Kreislaufkrankungen genannt. Diese zwei Arten der Fragestellung erlauben eine Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Wissen. Basierend auf diesen Ergebnissen kann die Hypothese aufgestellt werden, dass Personen den Zusammenhang zwischen Stress und Herz- Kreislaufstörungen zwar kennen, sich jedoch nicht aktiv daran erinnern können. Nun ist bekannt, dass aktive Kenntnisse das Verhalten direkt beeinflussen (Albarracin et al., 2005). Unseres Wissens hat sich bisher keine Studie mit der Fähigkeit des Menschen befasst, das Berufsrisiko richtig einzuschätzen. Die vierte europäische Untersuchung über die Arbeitsbedingungen hebt nur hervor, dass sich 92% der Schweizer Angestellten bezüglich der Risiken am Arbeitsplatz gut informiert fühlen. Aber sind diese Menschen, die sich als gut informiert bezeichnen, auch fähig, den Beginn einer Muskel-Gelenkstörung korrekt zu identifizieren? Simoneau und seine KollegInnen (1996) bestätigen, dass die ersten Anzeichen einer muskuloskelettalen Erkrankung fälschlicherweise oft dem Alter zugeschrieben werden. Auch hier gibt es keine Forschung zu den individuellen Kenntnissen über altersbedingte Stressoren. Sind die Menschen fähig, Stressoren zu erkennen, bevor sie mit ihnen konfrontiert sind? Es scheint, dass die Bevölkerung zwar über ein allgemeines, doch ungenaues Wissen über Stress und seinen Folgen verfügt.

Empowerment und Verantwortungsbewusstsein sind zwei zentrale Konzepte im Modell von Kickbusch und Maag (2005) und ebenso in jenem von Abel (Abel & Bruhin, 2003; Sommerhalder & Abel, 2007). Empowerment im Arbeitsbereich wirft im Vergleich zum Empowerment im Bereich der Fettsucht oder bei pensionierten Menschen eine spezielle

Problematik auf. Eine Person, die Verantwortung übernimmt für ihr Gewicht und folglich für ihre Ernährung und ihre körperliche Aktivität, steht in keinem Konflikt mit den Interessen anderer Personen. Das gleiche gilt für Pensionierte, die ihre Gesundheit selbst an die Hand nehmen. In der Arbeitswelt hingegen können Empowerment und die Stärkung der Verantwortung der Mitarbeitenden in Bezug auf Stressfragen für den Arbeitgeber einen Kostenfaktor und eine Gefahr bedeuten. Beispielsweise riskiert ein Angestellter, der - im Wissen darum, dass ergonomische Aspekte bei der Prävention von muskuloskelettalen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen - eine Neugestaltung seines Arbeitsplatzes fordert, gegen die Finanzinteressen und die Unternehmenskultur des Arbeitgebers zu handeln. Auch wenn präventive Interventionen langfristig einen Gewinn darstellen, verursachen sie kurzfristig gesehen Kosten für den Arbeitgeber. Damit soll nicht gesagt werden, dass Empowerment von Mitarbeitenden unnütz sei und vermieden werden sollte. Vielmehr soll darauf hingewiesen werden, dass Empowerment den Interessen eines Arbeitgebers zuwiderlaufen kann und dass entsprechende Initiativen nicht immer willkommen sind. Deshalb muss Empowerment, um erfolgreich umgesetzt zu werden, auf allen Ebenen eingeführt werden. Einerseits müssen sowohl Arbeitnehmende als auch Arbeitgeber ihre Verantwortung in Bezug auf Gesundheit am Arbeitsplatz wahrnehmen, andererseits muss der Arbeitgeber die Arbeitnehmenden als Gesprächspartner ernst nehmen.

Das Modell von **Schulz und Nakamoto** (2005) unterscheidet sich von den anderen beiden Modellen vor allem bezüglich seiner Analyse der **Wissensvermittlung**, insbesondere in Bezug auf arbeitsbedingten Stress. In Kapitel 3 wurde erwähnt, dass die Menschen Stress als soziale Krankheit bezeichnen, deren Ursachen ausserhalb ihrer persönlichen Kontrolle liegt und dass sie Kurse zur Stressbewältigung aufgrund ihrer mangelnden Kontrolle als uninteressant und nutzlos betrachten. Bei der Bewältigung von Stress im Arbeitsbereich riskieren Interventionen, die nur auf die Verbesserung des Wissens und der Fähigkeit im Umgang mit Stress abzielen, auf mangelndes Interesse zustossen. Auf diesem Hintergrund erklärt der umfassende Ansatz von Schulz und Nakamoto (2005), weshalb der Erwerb von Wissen noch lange keine Umsetzung in die Praxis garantiert. Gemäss diesen Autoren fällt das erworbene Wissen nicht auf neutralen Boden, sondern wird in eine bestehende konzeptuelle Welt integriert. Die neue Kompetenz verändert die Art und Weise, Dinge zu betrachten; wie jedoch die neue Kompetenz integriert und in die Praxis umgesetzt wird, hängt stark von der konzeptuellen Welt ab, in welche die neue Kompetenz integriert wird.

Die von einer Mehrheit der Bevölkerung geteilten Ansichten über Stress an der Arbeit wirken sich sehr ungünstig auf den Lernwillen und vor allem die Entwicklung und Umsetzung individueller Kompetenzen zur Stressbekämpfung aus. Die Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Arbeitsstress setzt primär Arbeitsbedingungen voraus, die es den Mitarbeitenden ermöglichen, durch eine Erhöhung ihrer Stresskompetenz zur Stressbekämpfung beizutragen. Nur die Verankerung (von betrieblicher Gesundheitsförderung) auf oberster Hierarchiestufe ebnet den Grund für eine Erfolg versprechende Arbeitsumgebung.

Die Überlegungen zu Empowerment und zum Modell von Schulz und Nakamoto (2005) führen zum gleichen Schluss: Verbesserungen müssen von den Vorgesetzten eingeleitet werden. Wenn Ilmarinen (2007) davon spricht, altersbedingte Fähigkeiten zu stärken, zielt er als erstes auf die Arbeitgeber, ohne deren Zustimmung und Teilnahme Stressinterventionen unwirksam sind. Haben die Arbeitgeber erst einmal verstanden, welche zentrale Rolle sie spielen, geht es darum, die Arbeitnehmenden in die Verantwortung einzubinden. Tatsächlich ist Stress eine sehr „persönliche“ Reaktion, da zwei Personen, die derselben Situation ausgesetzt sind, völlig unterschiedlich reagieren können. Deshalb ist der betroffene Angestellte am besten in der Lage zu beurteilen, ob eine Arbeitssituation zu stressig ist oder nicht. Desgleichen betont die offizielle Webseite der ASA-Inside, dass die Angestellten ihren Arbeitsplatz besser kennen als ihre Vorgesetzten und sie somit eine zentrale Rolle bei der Verbesserung ihrer Arbeitssituation spielen. Es geht darum, die realen Bedingungen so zu beeinflussen, dass die „konzeptuelle Welt“ der Personen langfristig verändert wird. Damit soll erreicht werden, dass eine Kompetenz ein System von Überzeugungen integrieren kann, das für die praktische Umsetzung dieser Kompetenz förderlich ist.

5. Einfluss der Medien

Medienkampagnen (Plakate, Fernsehspots) sind im Bereich der Prävention weit verbreitet. Ihr Ziel ist es, das Verhalten von Personen zu verändern, damit diese auf einen gesunden Lebensstil umstellen. Bevor die Kampagnen aber einen Einfluss auf das Verhalten ausüben können, müssen sie die kognitiven Strukturen der Menschen verändern. Mit anderen Worten müssen sie deren Art, die Welt zu sehen und zu verstehen, verändern. Das vorliegende Kapitel beschreibt zunächst die verschiedenen Stufen der Beeinflussung, die in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Kommunikation und der Einflussnahme diskutiert werden. In einem zweiten Schritt wird eine Studie vorgestellt, die die Medienberichterstattung in Bezug auf Stress analysiert. Eine Studie, die sich auf die Evaluation einer Präventionskampagne zu Stress bezieht, konnte nicht gefunden werden. Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit anschliessend einige Resultate von aktuellen Schweizer Präventionskampagnen aus anderen Bereichen vorgestellt: die Kampagne über den Tabakkonsum und diejenige über Adipositas. Der Erfolg einer Kampagne und ebenso Gesundheitskompetenz hängen nicht nur von den vermittelten Informationen ab, sondern auch vom Umgang der Individuen mit diesen Informationen. Deshalb ist es ebenso wichtig, zu klären, welche Faktoren eine aktive Informationssuche in Bezug auf die Gesundheit erklären können.

5.1 Die verschiedenen Stufen der Beeinflussung

“Although the ultimate goal of health-related persuasive communications should be to reinforce or to change a given behavior, communications, at best, create, change or reinforce specific beliefs. When the beliefs are appropriately selected, these changes should, in turn, influence attitude, perceived norms, or self-efficacy – the proximal determinants of one’s intention to engage in (and often the actual performance) that behavior” (Fischbein & Cappella, 2006).

Eine Präventionskampagne beeinflusst das Verhalten, indem sie **die der Absicht inhärente kognitive Struktur verändert** (Wegener & Carlston, 2005). Bezüglich Stress hebt Kapitel 3

gewisse Aspekte der kognitiven Struktur hervor, die mit Stress verknüpft sind. Beispielsweise tendieren Angestellte dazu, die Verantwortung für Stress auf ihre Vorgesetzten zu übertragen. Dieser externe „locus of control“ ist für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz ungünstig. Folglich muss versucht werden, die Delegation der Verantwortung an die Vorgesetzten zu beeinflussen mit dem Ziel, die Kompetenzen der Angestellten im Kampf gegen Stress im Unternehmen zu aktivieren.

Griffin, Dunwoody und Neuwirth (1999) fassen die verschiedenen Möglichkeiten, um an der kognitiven Struktur zu arbeiten, in drei Interventionen zusammen:

1. Schaffen einer neuen Überzeugung (positiv oder negativ)
2. Die Vorliebe für eine Überzeugung stärken oder schwächen
3. Den Einfluss einer Überzeugung auf das Verhalten erhöhen oder senken

Die „Theory of Reasoned Action“ und die „Theory of Planned Behaviour“ diskutieren verschiedene **Veränderungsansätze**.

- Die Einstellung:

Je mehr eine Person davon überzeugt ist, dass ein gewisses Verhalten positive Konsequenzen hat und negative Folgen verhindert, desto förderlicher wird sich diese Einstellung auf das betreffende Verhalten auswirken (Fischbein & Capella, 2006).

Überzeugungen können gemäss dieser Logik verändert werden. Die Ergänzung einer neuen Überzeugung in Bezug auf Stress könnte beispielsweise darin bestehen, die verkannten negativen Auswirkungen von Stress zu vermitteln. Eine negative Überzeugung zu stärken, würde z.B. darin bestehen, die wissenschaftlichen Fakten, die Stress als Ursache von Herz- Kreislaufstörungen erkannt haben, darzulegen.

- Der normative Aspekt:

Hier geht es darum, die wahrgenommenen Normen zu verändern. Je mehr eine Person glaubt, dass andere Personen ein gewisses Verhalten in die Praxis umsetzen oder hochhalten, desto mehr neigt die Person dazu, der Meinung der anderen zu folgen. Je stärker sie dem sozialen Druck ausgesetzt ist, desto eher wird sie dazu geneigt sein, das betreffende Verhalten in die Praxis umzusetzen.

Eine normative Überzeugung in Bezug auf Stress könnte darin bestehen, die Angestellten daran zu erinnern, dass sie bei der Gesundheitsprävention von Gesetzes wegen eine Rolle zu spielen haben und dass die Vorgesetzten diesbezüglich eine aktive Teilnahme erwarten.

- Das Gewicht der beiden obgenannten Aspekte:

Entweder müssen der normative Aspekt oder die handlungsgebundenen Überzeugungen stärker betont werden.

- Die persönliche Effizienz

Die Wahrnehmung in Bezug auf Hindernisse und Ressourcen muss verändert werden. Je fähiger man sich fühlt, ein gegebenes Verhalten in die Praxis umzusetzen, desto grösser ist die Chance, dass das Verhalten effektiv in die Praxis umgesetzt wird. Eine Möglichkeit, die persönliche Effizienz zu steigern, besteht darin, die Menschen auszubilden.

- Die Vorwegnahme der Emotionen

Die Intervention besteht darin, eine Reflexion über die emotionalen Folgen eines gewissen Verhaltens auszulösen (z.B. Bedauern darüber, eine Sache nicht rechtzeitig gemacht zu haben).

- Persönliche Identität

Die Arbeit mit der Persönlichkeit besteht zum Beispiel darin, einen wichtigen Aspekt der Persönlichkeit herauszustellen und diesem geeignete Verhaltensweisen zuzuordnen, z.B. indem man sagt, dass eine verantwortungsbewusste erwachsene Person ihre Gesundheit in die eigene Hand nimmt.

- Moralische Normen:

Was eine Person als moralisch korrekt betrachtet, soll beeinflusst werden.

Diese Intervention setzt voraus, dass die Bedingungen, die die Umsetzung eines gewissen Verhaltens in die Praxis motivieren oder hemmen, gut bekannt sind. Fischbein und Capella (2006) raten unter anderem dazu, jene Überzeugungen herauszufiltern, welche eine Gruppe, die ein gewisses Verhalten in die Praxis umgesetzt hat, von jener Gruppe unterscheiden, deren Mitglieder das Verhalten nicht umgesetzt haben. Vergessen wir aber nicht, dass die Untergruppen einer Bevölkerung (z.B. Männer – Frauen, Arbeitgeber – Arbeitnehmende, „young old“ oder „old old“) sich auf verschiedene Überzeugungssysteme beziehen können. Fischbein und Capella (2006) beschreiben wie eine Kommunikationskampagne mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich der Verhaltens- und Kommunikationsforschung entwickelt werden kann.

Diese Interventionen zielen zunächst auf die der Absicht inhärenten Bedingungen ab. Aber eine Veränderung der Absicht garantiert das erwünschte Verhalten noch nicht. Der Zusammenhang zwischen Absicht und Verhalten hängt zum Beispiel von der Stabilität der Absicht ab. Je stabiler eine Absicht ist, desto besser sind ihre Chancen, in reelles Verhalten umgesetzt zu werden. Die konkrete Planung eines Verhaltens (z.B. wo es umgesetzt wird, wie genau, oder in welchem Moment) erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Absicht in konkretes Verhalten umgesetzt wird.

Das Wissen darum, dass gewisse Überzeugungen verändert werden müssen, um Verhalten zu beeinflussen, erklärt noch nicht, **wie die Botschaft formuliert sein muss**, um gewisse Überzeugungen zu verändern (Fischbein & Capella, 2006). Eine Diskussion der Eigenschaften einer wirksamen Medienpräventionskampagne übersteigt den Rahmen der vorliegenden Arbeit. Für detaillierte Informationen wird auf die Literatur von Thompson et al. (2003) verwiesen.

Zum Schluss dieses Unterkapitels sollen noch **die Überlegungen von Jeffrey** zu den Faktoren vorgestellt werden, die das Ausmass des Einflusses einer Präventionskampagne erklären (1997, in Perrez, 1998). Gemäss Jeffrey (1997, in Perrez, 1998) wägen Menschen die direkten Gewinne und die zukünftigen negativen Folgen ab. Je unklarer und je vernachlässigbarer und langfristiger die negativen Folgen sind, desto weniger wird es gelingen, mit einer Präventionskampagne das Verhalten der Leute zu verändern. Wenn die Folgen hingegen unvermeidbar, schwerwiegend und kurzfristig sind und die Umsetzung eines präventiven Verhaltens nicht zu kompliziert ist, steigen die Chancen, dass das Verhalten wirksam in die Praxis umgesetzt wird. So wäre es zum Beispiel völlig unangebracht, die Wirksamkeit einer Präventionskampagne zu HIV mit einer Stress-Kampagne zu vergleichen. Zu Beginn der HIV-Präventionskampagnen bot die Krankheit den Betroffenen kaum Perspektiven. Ihr Ausgang war tödlich, wirksame Behandlungen existierten

nicht. Im Vergleich dazu war das präventive Verhalten (Verwendung eines Präservativs) einfach, wirksam und finanziell tragbar. Unter solchen Bedingungen ist die Wahrscheinlichkeit einer wirksamen Interventionskampagne gross. Auf der gleichen Basis zeigen Hornik und Yanovitzsky (2003) die Gründe auf, die die Wirksamkeit einer Kampagne zum Verzicht auf eine bestimmte Sorte von Aspirin erklären: „the information about the risk of aspirin was new, the change was very low cost, and the potential risks associated with the old behavior were large“. Stress hingegen wird durch einen völlig anderen Kontext charakterisiert. Die Risiken existieren ebenfalls, sind aber zahlreicher, diffuser und langfristig, und variieren von Situation zu Situation. Individuelle Interventionen vermögen die Ursachen von Stress nicht zu eliminieren und strukturelle Interventionen sind komplex und zeitlich und finanziell aufwendig. Für eine Stress-Prävention ist es insgesamt schwieriger, eine einfache, prägnante und wirksame Argumentation aufzustellen. Aus diesen Gründen kann die Hypothese aufgestellt werden, dass eine Interventionskampagne zu Stress die Bevölkerung nie wirkungsvoll erreichen wird.

5.2 Analyse von Medieninhalten im Zusammenhang mit Stress

Eine einzige Studie liefert Resultate zur Analyse von Medieninhalten im Zusammenhang mit Stress. Während dem Jahr 1997 wurden in australischen Zeitschriften Artikel zu diesem Thema analysiert (Lewig & Dollard, 2001). Die australischen Medien sprechen von Stress als einer Epidemie, die sich v.a. in der Arbeitswelt und im öffentlichen Sektor unaufhörlich ausbreitet. Die zunehmende Arbeitsbelastung, Fehler auf Managementebene sowie die Arbeitsplatzunsicherheit sind dabei die am häufigsten genannten Stressursachen. Zu den beschriebenen Symptomen gehören Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schlaflosigkeit. Obwohl diese Stressoren Ursachen der Arbeitsumgebung oder der Organisationsstrukturen sind, beschränken sich die vorgeschlagenen Lösungen auf das Individuum. Die beschriebenen Interventionen zielen darauf ab, die Person an ihre Umgebung anzupassen. Interventionen, die auf Verbesserungen des Umfelds setzen (z.B. Arbeitsbedingungen), indem sie besser an die verfügbaren Ressourcen des Individuums angepasst werden, glänzen in den Medien durch Abwesenheit.

5.3 Resultate von Medienpräventionskampagnen zu Stress

Die verschiedenen Suchmaschinen (PubMed, Isi Knowledge und google scholar) brachten für die letzten zehn Jahre keine Treffer zu Medienpräventionskampagnen im Bereich Stress. Immerhin können wir hier die Resultate von zwei anderen Schweizer Kampagnen präsentieren, um eine Idee davon zu vermitteln, welchen Einfluss diese Art von Kampagne auf die Bevölkerung haben kann.

Das Bundesamt für Gesundheit hat seit 1997 verschiedene Präventionskampagnen zum Thema **Tabak** lanciert. Drei Evaluationen der Plakatkampagnen (2002-2004-2006) sind verfügbar und die Resultate können auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit herunter geladen werden. Die spontane Erinnerung erhöht sich mit der Zeit (Boggio & Zellweger, 2007). Bei der Evaluation der letzten Kampagne haben 63% der Befragten spontan bestätigt, eine Kampagne gegen Tabak gesehen zu haben. Wenn man aber die Antworten analysiert, merkt man, dass nur gerade 7% der Befragten in der Lage sind, Elemente der aktuellen Kampagne (Slogan, Erscheinung,...) zu nennen, während weitere 6% Elemente der vorangegangenen Kampagne aufzählen können. Wird weniger spezifisch nachgefragt, zeigt sich, dass 16% der Bevölkerung die aktuelle Kampagne gesehen hat. Die am häufigsten erwähnten Elemente sind die Warnhinweise auf den Zigarettenschachteln (18%).

Die Bilder wurden ebenfalls direkt gezeigt, um zu sehen, ob die Personen sie wieder erkennen. Die Wiedererkennung der Bilder variiert von 4,5% für die am wenigsten erinnerten bis 13% für die bekanntesten Bildelemente. 43% der Bevölkerung erkannten mindestens ein visuelles Element. Der Erinnerungswert der TV-Spots ist höher (25% bis 31%). Im Allgemeinen vermittelt die Kampagne keine wirklich neuen Informationen (75%), sondern lädt viel mehr zu einer Reflexion ein (52%).

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat im Jahr 2007 eine Medienpräventionskampagne zum **Thema Ernährung, Bewegung und Gewicht** lanciert. Die Evaluation (Schulz et al., 2007) zeigt, dass sich 24% der Schweizer Bevölkerung an Plakate im Zusammenhang mit Körpergewicht erinnert. Nur 9% der Bevölkerung haben Elemente erwähnt, die effektiv Teil der aktuellen Kampagne waren. 2% der Bevölkerung konnte sich an den Slogan

erinnern, 42% haben bestätigt, den Slogan schon gehört zu haben. Von denjenigen, die die aktuelle Kampagne effektiv gesehen haben (9%), haben 15% gewusst, dass die Kampagne durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz lanciert wurde. Der Bund wurde öfters erwähnt (28%). 37% der Bevölkerung fühlt sich vom Slogan „Die Schweiz nimmt zu“ betroffen.

5.4 Bedingungsfaktoren für die Informationssuche im Bereich Gesundheit

Die Informationssuche zu Gesundheitsthemen ist eine wichtige Etappe auf dem Weg zur Verbesserung des Lebensstils. Betrachtet man die Informationsflut im Alltag, ist dieser Aspekt noch stärker zu gewichten. Auch wenn die Informationssuche noch kein gesundes Verhalten garantiert, beeinflusst sie dennoch die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person sich für ein gesünderes Leben engagiert. Sucht eine Person nach Informationen, lernt sie neue Alternativen kennen und vermehrt dadurch ihre Handlungsmöglichkeiten. Die Argumente für oder gegen ein Verhalten entwickeln sich und die vorhandenen Ressourcen zugunsten eines gesunden Verhaltens nehmen zu.

Auf der Stufe des „health information seeking behavior“, muss der medizinische vom präventiven Kontext unterschieden werden. Die Mehrheit der Forschungen beschäftigt sich mit dem medizinischen Kontext (Lambert & Loiselle, 2007). Bei PatientInnen funktioniert die Diagnostik einer Krankheit als Auslöser. Dieser „biografische Einschnitt“, den die Krankheit darstellt, verlangt Informationen. Auf der Stufe der Prävention und der Gesundheitsförderung besteht die Kunst darin, die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf sie zu lenken, ohne dass ein Auslöser sichtbar ist oder vielmehr, ohne dass dieser Auslöser manifest und beunruhigend ist. Ausserdem bezeichnet die Informationssuche einen aktiven Prozess, der Zeit und Energie kostet. In Anbetracht der Informationsflut sind die Menschen gezwungen, eine Selektion nach Interessen vorzunehmen. Wird man krank, wird die Gesundheit zu einem zentralen Lebensaspekt; solange man jedoch nicht krank ist, steht die Gesundheit nicht unbedingt im Hauptzentrum des Interesses.

Lambert et Loiselles (2007) berichten über die **Faktoren, die die Informationssuche auslösen oder beeinflussen:**

- Die Informationssuche entspringt einem Bedürfnis: Die Person möchte ein gewisses Ziel erreichen und bemerkt eine Lücke zwischen dem, was sie weiss und dem, was sie wissen müsste, um ihr Ziel zu erreichen.

Der Informationsbedarf allein genügt jedoch nicht, um die aktive Informationssuche zu erklären. Die Menschen unterscheiden sich in ihrer Art, auf Bedürfnisse zu reagieren. Folgende Aspekte spielen dabei eine Rolle:

- Soziodemographische Variablen. Frauen und besser ausgebildete Personen zum Beispiel suchen aktiver nach Informationen. Bezüglich Alter zeigen die Resultate nicht immer in dieselbe Richtung. Einerseits sagen Johnson et Meischke (1993), dass die Jungen aktiver nach Informationen suchen als die ältere Generation. Andererseits sagen Griffin und seine KollegInnen (1999), dass sich ältere Personen der Gesundheitsrisiken stärker bewusst sind, was sie bezüglich Gesundheitsinformationen aufmerksamer macht.
- Die Persönlichkeit. Zum Beispiel suchen Personen, die einer starken internen Kontrolle unterliegen, mehr nach Informationen. Dazu bemerkt die Intervention „*Aktive Gesundheitsförderung im Alter*“ (Meier-Baumgartner et al, 2006), dass Personen, die an Informationstagen teilnehmen, eher einen internen „locus of control“ zeigen, während Personen, die das Ausbildungsangebot ablehnen, einen externen „locus of control“ erkennen lassen. Das Selbstvertrauen sowie das persönliche Selbstwertgefühl spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.
- Emotionen und Erwartungen. Schuldgefühle oder die Angst vor Stigmatisierung beeinträchtigen die Informationssuche. Die Stigmatisierung wird in den Forschungen zur psychischen Gesundheitskompetenz durchgehend thematisiert (Jorm et al., 2006).
- Die Erfahrung mit dem Risikofaktor und seinen Folgen. Wenn ein Familienmitglied zum Beispiel plötzlich an einem Herzinfarkt stirbt, neigen die anderen Familienmitglieder eher dazu, sich über die Krankheit und die entsprechenden Risikofaktoren zu informieren.

- Die Eigenschaften betroffener Risikofaktoren für die Gesundheit. In der Regel führt ein Angst auslösendes und mit unabwendbaren Konsequenzen verbundenes Gesundheitsrisiko zur Informationssuche. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Befunden in Kapitel 5.1 zum Thema der Auswirkungen einer Präventionskampagne (Jeffrey, 1997, in Perrez, 1998). Derweil schwerwiegende Konsequenzen die Informationssuche vorteilhaft beeinflussen, können sich die mit einem Gesundheitsrisiko verbundene Angst und Angstzustände gegensätzlich auswirken. Wenn die Menschen extrem Angst haben, laufen sie Gefahr, betreffende Informationen zu vermeiden oder sie oberflächlich zu behandeln. Die Möglichkeit, das Risiko persönlich kontrollieren zu können, stellt ebenfalls eine wichtige Eigenschaft dar, die beeinflusst, in welchem Ausmass die erhaltenen Informationen weiter verarbeitet werden.

Menschen unterscheiden sich auch bezüglich **der Verarbeitung von Informationen**. In der Literatur zur Überzeugung (Persuasion) werden Arten von Informationsverarbeitung unterschieden (Elaboration Likelihood Model, in O’Keefe, 2002; Albarracín et al., 2005): die heuristische Art und die systematische Art. Die heuristische Informationsverarbeitung bezeichnet ein Minimum an Informationsbearbeitung. Die Personen analysieren die verschiedenen Argumente nicht im Detail und begnügen sich mit einem oberflächlichen Verständnis des Themas. Die systematische Informationsverarbeitung ist charakterisiert durch eine gründliche und detaillierte Informationsverarbeitung, aus der sich ein strukturiertes und solides Verständnis des Themas ergibt. Neben den angeführten Aspekten wird der Verarbeitungsgrad einer Botschaft durch die nachfolgenden Aspekte beeinflusst:

- Die Relevanz einer Botschaft in Bezug auf die aktuelle Situation. Nach den Ausführungen in Kapitel 3 kann man vermuten, dass Angestellte die Informationen, die sie zum Thema des individuellen Stressumgangs erhalten, als nicht ihrer Arbeitssituation entsprechend betrachten. Die Verarbeitung der im Kurs vermittelten Informationen droht oberflächlich zu bleiben.
- Die subjektive Bewertung der Fähigkeit, notwendige Informationen zu erhalten und zu verarbeiten. Je grösser die Anstrengung zur Informationsbeschaffung ist, desto geringer ist die Chance, dass die Informationssuche unternommen wird. Informationssuche kostet Zeit und Energie und die Menschen tendieren dazu, sich wirtschaftlich zu verhalten.

Beim Aufbau von Gesundheitskompetenz wäre der Idealfall jener, dass Menschen neue Informationen systematisch verarbeiten, weil sie sich auf diese Art ein tiefgründiges Verständnis des Themas verschaffen. Das strukturierte solide Verständnis hat gegenüber dem oberflächlichen Verstehen verschiedene Vorteile. Zunächst immunisiert es das Individuum gegen all jene Kommunikationsmittel, die versuchen, die Beurteilung des Individuums zu täuschen. Man weiss zum Beispiel, dass Personen, die sich weniger mit Informationen auseinandergesetzt haben, sich durch oberflächliche Kriterien einfacher beeinflussen lassen (z.B. Erscheinung, Sympathie des Gesprächspartners) als durch die objektive Qualität der Argumente (O'Keefe, 2002; Albarracín et al., 2005). Und schliesslich sind Verhaltensweisen, die auf einer systematischen Informationsrecherche und damit auf einem guten Sachverständnis basieren, resistenter gegen Veränderungen. (Griffin et al., 1999).

6. Kurzfassung und Schlussfolgerungen

Das Altern der Bevölkerung, ausgelöst durch eine Verlängerung der Lebensdauer und einen Rückgang der Geburtenrate, betrifft ganz Europa und macht auch vor der Schweiz keinen Halt. Diese demographische Veränderung stellt eine grosse soziale, wirtschaftliche, politische und gesundheitliche Herausforderung dar, vor allem für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Unternehmen sowie für Personen des dritten oder vierten Lebensalters. Einerseits geht es darum, die Mehrheit der Arbeitskräfte bis zur Pensionierung bei guter Gesundheit zu erhalten, andererseits soll die Lebensqualität und Autonomie der Menschen bis ins fortgeschrittene Alter optimiert werden.

Aus dieser Optik engagiert sich Gesundheitsförderung Schweiz für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, wobei sie hauptsächlich eine Reduktion der durch Stress verursachten Krankheitsfolgen ins Zentrum stellt. Die Beziehungen zwischen Stress und psychischer Gesundheit werden in zwei Berichten behandelt. Während der erste Bericht (Steinmann 2005) eine generelle Annäherung ans Thema Stress und psychisches Wohlbefinden vermittelt, stellt der zweite, hier vorliegende Bericht eine Aktualisierung und gezielte Vertiefung des ersten dar. Die Vertiefung bezieht sich auf die Fokussierung auf zwei spezifische Interventionsbereiche, die Arbeitswelt und ältere, pensionierte Menschen. Ausserdem zielt der vorliegende zweite Bericht darauf ab, die Thematik unter dem Aspekt der Gesundheitskompetenz (*health literacy*) zu analysieren und eine Vorstellung über die Auswirkungen von Medienpräventionskampagnen zu vermitteln.

In Bezug auf das erste Ziel, die Vertiefung der Thematik, besteht die Besonderheit des Berichts in seiner Analyse von Stress unter dem Gesichtspunkt des Alterns. **Welche Veränderungen werden in Bezug auf Stress und den Stressentwicklungsprozess im Verlauf des Alterns festgestellt?** Die Stressoren entwickeln sich in dem Masse, in dem sich die zur Verfügung stehenden Ressourcen verändern. Während gewisse Ressourcen abnehmen (z.B. die körperliche Funktionsfähigkeit), nehmen andere zu (z.B. die Erfahrung). Aus diesem Grund können gewisse Situationen anders als zuvor unvermittelt zu Stressquellen werden. Älter werden heisst jedoch nicht, dass die Fähigkeit mit Stress umzugehen, abnehmen muss. Die mit dem Alter erworbene Erfahrung kann in dem Masse einen Vorteil darstellen, in dem Probleme mit mehr Abstand und Abklärtheit angegangen werden. In Studien zu Stress am Arbeitsplatz haben Forscher

verschiedene Stressoren herausgearbeitet, die alle Mitarbeitenden betreffen (z.B. Zeitdruck, widersprüchliche Anweisungen, schwierige Umweltbedingungen, Konflikte, etc.) sowie jene, die sich spezifisch auf ältere Arbeitnehmende beziehen (z. B.: Tätigkeiten, bei denen die Sehkraft und das Gehör intensiv gebraucht werden, das Tragen von schweren Lasten in heisser Umgebung, schnelle Ausführung schwieriger Arbeiten). Fundierte Kenntnisse über diese Stressoren ermöglichen es, den Arbeitsplatz anzupassen und zu intervenieren, indem die Stressquellen eliminiert oder vermindert werden. Mit dem Alter werden Personen jedoch auch mit neuen Stressfaktoren konfrontiert (z. B. chronische Krankheiten, Abnahme der körperlichen Funktionsfähigkeit, Todesfälle im persönlichen Umfeld). Diese Stressoren beinhalten neue Eigenschaften. Sie sind häufiger chronisch, unvermeidbar und weniger gut kontrollierbar, und sie erfordern neue Anpassungsformen. Auch bei der Anwendung von **Bewältigungsstrategien (Coping)** ist eine Entwicklung festzustellen. Mit zunehmendem Alter gehen die Individuen langsam von einem aktiven zu einem passiven, oder von einem assimilativen zu einem akkomodativen Coping über. Forschungsarbeiten heben die aktiven Bewältigungsstrategien oft hervor, da diese mit einer besseren psychischen Gesundheit verbunden seien. Der mit dem Altersprozess verbundene Übergang zu einer eher passiven Bewältigungsstrategie darf jedoch nicht als ungesund bezeichnet werden. Tatsächlich schützt eine passive Bewältigungsstrategie angesichts der chronischen und unveränderbaren Stressoren sowie der Abnahme der Ressourcen die psychische Gesundheit. Das aktive oder assimilative Coping kommt zum Tragen, solange die Situation veränderbar erscheint, indessen die akkomodative oder passive Bewältigungsstrategie dann von Vorteil ist, wenn die persönlichen Anstrengungen nicht mehr genügen, um die Stress auslösende Situation zu verändern.

Die soziale Unterstützung wird auch in Bezug auf Stress als Ressource betrachtet. Dies ungeachtet der Tatsache, dass soziale Beziehungen selber Stressquellen darstellen können. Die aktuellen Lebensbedingungen deuten auf eine Verschlechterung der sozialen Unterstützung hin. Einerseits spielt das Unternehmen eine zunehmend wichtigere Rolle in Bezug auf den sozialen Zusammenhalt, da ehemalige Faktoren des sozialen Zusammenhaltes wie das Dorf oder die Nachbarschaft langsam verschwinden. Andererseits reduzieren die aktuelle Konjunktur und die Förderung von Spezialisierung und Fragmentierung der Arbeit die Möglichkeiten der Unterstützung und begünstigen das Auftreten von Spannungen innerhalb der Arbeitsteams. Bei Personen im dritten oder vierten Lebensalter besteht die Gefahr, dass die soziale Unterstützung, die normalerweise durch die Familie gegeben ist, aufgrund der neuen Lebensbedingungen (Zunahme der Anzahl Frauen ohne Kinder, Scheidungen, Patchwork-Familien) langfristig

betrachtet immer mehr abbröckelt. Folglich droht eine Ausbreitung der sozialen Isolierung, die ein Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Krankheiten darstellt.

Die Folgen von Stress zeigen sich langfristig. Tatsächlich bezahlt man in der zweiten Lebenshälfte einen hohen Preis für die Kumulierung von Stressereignissen und die Gleichgültigkeit gegenüber den Zeichen von psychischem und physischem Unwohlsein. Die Entwicklung der Herz-Kreislaufkrankungen und der muskuloskelettalen Erkrankungen ist langsam und progressiv. Dieses Merkmal bringt Vor- und Nachteile mit sich. Die Tatsache, dass die ersten Anzeichen von Stress sehr früh erkannt werden können, erlaubt eine frühzeitige Intervention durch eine vorteilhafte Beeinflussung der Stressentwicklung. Der progressive Charakter dieser Krankheiten stellt jedoch auch einen Nachteil dar, indem die ersten Alarmzeichen leichter Natur sind. Man gewöhnt sich an die Symptome und schreibt sie dem Alter oder anderen Faktoren zu. Damit werden die Stressfolgen ignoriert, zu denen die leichten Symptome langfristig führen können.

Der vorliegende Bericht analysiert Stress und psychische Gesundheit auch unter dem Blickwinkel der **Gesundheitskompetenz** oder *health literacy*. Laut Thomas Abel (Abel & Bruhin 2003) bezieht sich Gesundheitskompetenz auf „(...) wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung (...) Dieses Wissen wird primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.“ Die Definition von Kickbusch und Maag (2005) bleibt nahe an jener von Abel, betont jedoch stärker die Umsetzung dieses Wissens: die Gesundheitskompetenz erlaubt es den Menschen, die eigene Verantwortung wahrzunehmen und notwendige Informationen zu identifizieren und zu suchen, um ihre Gesundheit auf diese Weise unabhängiger zu gestalten. Gemäss diesen zwei Modellen gilt die Gesundheitskompetenz in fünf verschiedenen Bereichen: im Privatleben, im Gesundheitssystem, im Bereich des Marktes und des Konsums, in der Politik und im Arbeitsbereich. Innerhalb dieses Berichtes wurde auch das Modell von Schulz und Nakamoto (2006) vorgestellt. Gegenüber den beiden anderen Modellen fokussiert es stärker auf die Integration neuer Informationen in eine bestehende konzeptuelle und individuelle Struktur.

Die Kenntnisse oder das Wissen, über das ein Individuum in gesundheitsgefährdenden Situationen verfügt, stellt die gemeinsame Ausgangslage der verschiedenen Modelle dar. Werden **die Kenntnisse der Bevölkerung bezüglich Stress und seinen Folgen analysiert**, wird

deutlich, dass die meisten Menschen Stress und Stressfolgen sehr vage und alltagsnah definieren, obwohl der Begriff Stress sehr häufig verwendet wird. So verbinden zum Beispiel Kaderleute Stress mit der Verantwortung, die sie tragen, und eher mit einer psychischen Belastung. Manuell Arbeitende hingegen assoziieren Stress eher mit physischer Belastung. Stress wird oft anhand der in Stresssituationen empfundenen Symptome definiert. Das Bewusstsein ist verbreitet, dass Stress den Organismus schwächt und zur Entwicklung ernsthafter Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, beiträgt. Das Wissen bleibt jedoch insofern an der Oberfläche als Stress als Ursache aller Krankheiten schlechthin genannt wird, ohne wirklich erklären zu können, warum oder wie Stress zu Krankheit führt. Oft wird auch zwischen positivem und negativem Stress unterschieden, ohne die in der Lage zu sein, die Grenze zwischen den beiden Formen zu definieren. Aus diesem Blickwinkel erweist sich eine Stärkung der Kompetenzen bezüglich Stress als notwendig.

In diesem Zusammenhang halten Schulz und Nakamoto (2005) fest, dass **eine neue Kompetenz nie neutral aufgenommen wird**. Sie fügt sich ein in eine bestehende kognitive Struktur. Die neue Kompetenz beeinflusst die kognitive Struktur, indem sie ihr eine neue Form verleiht; und umgekehrt beeinflusst die kognitive Struktur die Art, in der die neue Kompetenz integriert wird. Die auf individuelle Kompetenzverbesserungen angelegten Interventionen in Bezug auf Arbeitsstress werden auf „feindlichem“ Gebiet umgesetzt. Wird der Diskurs der Personen und Medien bezüglich Stress, seinen Ursachen, Folgen und Interventionen analysiert, kann ein Muster von ungünstigen Assoziationen gegenüber der Stärkung der individuellen Kompetenzen, der Verantwortung und des Empowerment festgestellt werden. Tatsächlich betrachten die Menschen Stress als ein Übel der aktuellen Gesellschaft, gegen das man nichts unternehmen kann. Gestresst zu sein bedeutet, dass man in Anbetracht der aktuellen Arbeitsbedingungen sein Bestes gibt, während nicht gestresst zu sein bedeutet, sich mit dem Minimum zu begnügen. Während jedoch die Aussage, gestresst zu sein, sozial akzeptiert oder sogar positiv bewertet wird, wird das zur Schau stellen des Gestresstseins verurteilt. Den persönlichen Stress nicht bewältigen zu können, gilt als Zeichen von Inkompetenz. Der Besuch eines Kurses zur Stressbewältigung bedeutet, diese Inkompetenz publik zu machen. Ausserdem fühlen sich die Menschen nicht für jeden Stress verantwortlich, dem sie ausgesetzt sind. Die Ursachen ihres Stresses sind struktureller oder organisatorischer Natur (Arbeitsbelastungen oder Termine, die durch Vorgesetzte oder Kunden

aufgelegt werden, die aktuelle wirtschaftliche Situation). Daher werden die auf die Verbesserung von Stresskompetenzen ausgerichteten **Interventionen** oft als zwar interessant, doch realitätsfremd oder sogar nutzlos betrachtet.

Interventionen, die auf die Verbesserung der Kenntnisse und der individuellen Kompetenzen abzielen, stehen in völligem Widerspruch zu diesem konzeptuellen Rahmen, den viele Menschen teilen. Die Herausforderung liegt folglich darin, ein für Interventionen günstiges Umfeld zu schaffen, indem den Arbeitnehmenden begreiflich gemacht wird, dass ihr Wissen bei der Verbesserung der Situation tatsächlich eine zentrale Rolle spielt. Mitarbeitende kennen ihren Arbeitsplatz besser als ihre Vorgesetzten und sind deshalb zentrale Ansprechpartner bei der Ausarbeitung von präventiven Lösungen. Übrigens ist Stress eine ausgesprochen persönliche Reaktion, die stark von den Ressourcen abhängig ist, die einer Person in einer bestimmten Situation zur Verfügung stehen. Folglich ist eine Arbeitskraft am besten in der Lage, um zu beurteilen, ob eine gegebene Situation ihre Anpassungsfähigkeiten übersteigt oder nicht.

Für pensionierte Personen ist es schwieriger, eine ähnliche Analyse durchzuführen und Schlussfolgerungen in Bezug auf Stress zu ziehen, da es unseres Wissens keine diesbezügliche Studie gibt. Wir wissen nichts über die Art, wie Personen altersbedingte Stressoren bewusst voraussehen. Somit bleiben folgende Fragen unbeantwortet: Was wissen die Menschen in Bezug auf das Altern? Kennen sie die Stressoren, die sie erwarten und die Art, in der sie diesen entgegentreten können? Oder anders ausgedrückt: Verfügen sie über eine genügend entwickelte Vorstellung des Altersprozesses, die sie in die Lage versetzt, zukünftige, damit verbundene Stressoren zu antizipieren?

Eine weitere Forschungslücke betrifft den **positiven Zugang zu den Kompetenzen im Bereich psychische Gesundheit**. Die mit *mental health literacy* verbundenen Studien zielen hauptsächlich auf psychische Krankheiten und die Erkennung von spezifischen Krankheitssymptomen. Nur eine einzige Studie hat die Kenntnisse der Menschen in Bezug auf den Schutz der psychischen Gesundheit analysiert. Inwiefern die Menschen Verhaltensweisen kennen, welche die psychische Gesundheit stärken, ist unbekannt.

Zum Schluss gibt der vorliegende Bericht einige **Hinweise zu medienwirksamen Informationskampagnen**. Die Ausarbeitung einer Medienkampagne verlangt zunächst gute Kenntnisse der Überzeugungen, die mit dem Verhalten verbunden sind, das gefördert werden soll. Es geht darum, die Vorstellungen zu eruieren, die die Umsetzung des gewünschten

Verhaltens behindern und sich von Gruppe zu Gruppe und gemäss geschlechtsspezifischen und anderen Merkmalen unterscheiden. Was das Setting Betrieb anbetrifft, liefern die wenigen Studien zur Wahrnehmung von Stress bereits einige Hinweise; vertiefte Studien sind jedoch dringend nötig. Demgegenüber fehlen Informationen bezüglich des Altersprozesses völlig.

Eine Präventionsstrategie, die ausschliesslich auf einer medienwirksamen Informationskampagne beruht, hat nur **beschränkte Wirkung**. Zunächst muss eine Kampagne wahrgenommen werden, um überhaupt auf die Überzeugungen von Menschen einzuwirken. Es konnte keine Studie gefunden werden, die die Wirkungen einer Medienkampagne zum Thema Stress analysiert. Auf der Basis von anderen in der Schweiz durchgeführten Kampagnen ist bekannt, dass sich nur 10% der Bevölkerung genau an ein Element einer laufenden Präventionskampagne erinnert. Darüber hinaus müsste eine Informationskampagne, wenn sie wahrgenommen werden will, die Menschen idealerweise motivieren, gegenüber der Problematik aufmerksamer zu werden und sogar detailliertere Informationen zu suchen. Die aktive Informationssuche stellt einen wichtigen Aspekt in Bezug auf die Gesundheitskompetenz dar (Kickbusch et Maag, 2005) und wird durch ein Informationsbedürfnis ausgelöst. Allerdings muss dieses Bedürfnis nach Informationen nicht zwingend vorhanden sein. Zum Beispiel konnten Schulz und seine KollegInnen (2007) aufzeigen, dass Personen im Anschluss an eine Informationskampagne nicht unbedingt das Bedürfnis nach mehr Information verspüren. Abgesehen von Informationsmangel und Informationsbedürfnis erklären andere Faktoren - wie die demographischen Variablen, die Persönlichkeit, die Erfahrung mit Gesundheitsrisiken oder persönliche Eigenschaften - , warum gewisse Personen aktiv und systematisch nach Informationen suchen und andere nicht.

7. Anhang

7.1 Forschungsinstitutionen im Bereich Stress

Schweiz

Freiburg

Arbeits- und Organisationspsychologie
(Stress bei der Arbeit)

<http://www.unifr.ch/psycho/applied/>

Klinische Psychologie

(Arbeit und Familie)

<http://www.unifr.ch/psycho/Klinisch/>

Institut für Familienforschung und -beratung
(Arbeit und Familie)

http://www.unifr.ch/iff/index_iff.htm

Bern

Arbeit und Organisationspsychologie
(Stress bei der Arbeit)

<http://www.aop.psy.unibe.ch/>

Lausanne

Institut für Psychologie und Gesundheitspsychologie
(Gesundheit und Arbeit, Verbindungen zwischen Arbeitskonditionen und die
Entwicklung der Pathologie)

<http://www.unil.ch/ip/page16984.html>

Institut universitaire romand de santé au travail

<http://www.i-s-t.ch/>

Neuchâtel

Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie
(Beziehungen und soziale Interaktionen am Arbeitsplatz, Gefühle am Arbeitsplatz)

<http://www2.unine.ch/gpa>

Zürich

Universitätsklinik – klinische und soziale Psychiatrie – Public Mental Health
(Empowermentprogramm in Bezug auf Burnout und Stress)

<http://www.puk-west.unizh.ch/index.html>

Angewandte Psychologie : Life Management – Uni Zurich
(Arbeit und Familie)

<http://www.psychologie.uzh.ch/angpsy/>

Arbeit und Organisationspsychologie
(Umgang mit Arbeitszeit, Arbeitsunsicherheit)

<http://www.psychologie.uzh.ch/aopsy/>

Gerontopsychologie
(Entwicklung von sozialen Beziehungen)

<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/geronto/forschung.html>

Soziale Psychologie und Gesundheitspsychologie
(Stress und Gesundheit)

<http://www.psychologie.uzh.ch/sozges/forschung/forschung.html>

Internationale Forschungsgruppen

Affective Sciences – Swiss National Center of Competence in Research
(Abläufe in Zusammenhang mit Gefühlen, Gefühlsregulierung)

<http://www.affective-sciences.org/>

Anwendung im Bereich von Arbeitsniveau: <http://www.affective-sciences.org/work>

Anwendung im Bereich der Gesundheit: <http://www.affective-sciences.org/health>

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 50+ Europe (SHARE)

<http://www.share-project.org/>

Institutionen im Ausland

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)

<http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>

National Institute of Mental Health (NIMH)

<http://www.nimh.nih.gov/>

Centre for the Neurobiology of Stress (CNS)

<http://www.utsc.utoronto.ca/~cnstress/aboutus.html>

University Research Centre for Neuroendocrinology (URCN)

<http://www.bristol.ac.uk/news/2004/512>

<http://www.bris.ac.uk/Depts/URCN/index.html>

The Institute of Applied Stress Research (IAS)

<http://www.bro.at/ias/index.html>

Army Physical Fitness Research Institution (APFRI)

<https://apfri.carlisle.army.mil/web/Research.htm>

<https://apfri.carlisle.army.mil/web/Programs/EEP.htm>

7.2 Öffentliche Ressourcen

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz listet auf ihrer Homepage bereits eine grosse Anzahl von öffentlichen Ressourcen auf. Nachfolgend werden die öffentlichen Ressourcen erwähnt, die nicht auf der Liste von Gesundheitsförderung Schweiz zu finden sind.

Schweiz

Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)
Segretario di Stato dell'economia State
Secretariat for Economic Affairs
www.seco-admin.ch

Das seco hat vier deutsche Informationsbroschüren zum Thema Stress bei der Arbeit herausgegeben:
<http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00035/00036/index.html?lang=de>

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)
L'Observatoire Suisse de la santé (Obsan)
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan)
The Swiss Health Observatory (Obsan)
<http://www.obsan.ch>

Schweizer Haushalt-Panel (SHP)
Panel Suisse des ménages (PSM)
Swiss Household Panel (SHP)
<http://www.swisspanel.ch/>

SuvaPro
<http://www.suva.ch/fr/home/suvapro.htm>
<http://www.suva.ch/fr/home/suvapro/branchenfachthemen/stress.htm>

Schweizer Herzstiftung
Fondation Suisse de Cardiologie
Fondazione Svizzera di Cardiologia
Swiss Cardiology Foundation
<http://www.swissheart.ch>
<http://www.swissheart.ch/f/praevention/risikofaktoren/stress.htm>

Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe- Organisationen der Schweiz (VASOS)
Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES)
Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera
<http://www.vasos.ch>

Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)
<http://www.seniorenfragen.ch/>

Übrige

Die unten erwähnte Homepage des INRS hat in seinem Verzeichnis in der Rubrik „nützliche Kontakte“ Internetadressen von verschiedenen Organisationen und europäischen- und internationale Institutionen im Bereich Hygiene und Sicherheit bei der Arbeit aufgelistet. Diese gut gestaltete Internetseite kann als Referenz konsultiert werden. In dieser Arbeit werden nur die Hauptinstitutionen und angrenzende Länder in Betracht gezogen.

Internationale Arbeitsorganisation (IAO)
Organisation internationale du travail (OIT)
Orizzazione internazionale del lavoro (OIL)
International Labour Organization (ILO)
<http://www.ilo.org>

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro
European Agency for Safety and Health at Work
<http://ew2002.osha.europa.eu/>

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
Fondation européenne pour l'Amélioration des conditions de vie et de travail
Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro
European Foundation for the improvement of living and working conditions
<http://www.eurofound.europa.eu/>

Institut national de recherche et de sécurité : pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS / France)
<http://www.inrs.fr/>

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT / France)
<http://www.anact.fr>

Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz (BGIA / Allemagne)
<http://www.hvbg.de>

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
<http://www.bg-praevention.de/>

Onlinere Ressourcen

Enzyklopädie der Internationalen Arbeitsorganisation

<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>

Programm, um dem Stress am Arbeitsplatz vorzubeugen und ihn zu reduzieren.

Ausgerichtet auf Arbeitnehmende und Kaderpersonen

<http://www.stressnostress.ch>

EKAS betreffend die neuen Richtlinien zur Arbeitssicherheit (ASA)

<http://www.msst-inside.ch>

PME-vital

<http://www.pme-vital.ch/>

<http://www.kmu-vital.ch/>

<http://www.pmi-vital.ch/>

50+ Gesundheit

<http://www.50plussante.ch>

Age Stiftung: für gutes Wohnen im Alter

<http://www.age-stiftung.ch/>

Eine interaktive Internetplattform für Fachpersonen und Interessierte zum Thema Generationenarbeit

<http://www.generationen.ch>

Institut Universitaire Âges et Générations

<http://www.socialinfo.ch/inag/>

Nationales Netzwerk für den Dialog zwischen den Generationen

<http://www.intergeneration.ch/>

Informations-Portal für Senioren, Angehörige und in der Altersarbeit Tätige

<http://www.senioren-info.ch/>

Internetseite für die über 55-Jährigen

<http://www.seniorweb.ch/index.php?lang=fr>

Listen der Senioren-Universitäten in der Schweiz

<http://www.unige.ch/uta/utach.html>

Mobil sein & mobil bleiben

<http://www.mobilsein-mobilbleiben.ch/>

Stiftung Generationplus

<http://stiftung-generationplus.ch/>

Kompetenzzentrum Generationen der FHS St. Gallen

http://www.fhsg.ch/FHSHome/fhs_homepage.nsf/docUniqueID/05E32939D15F56D6C125702F00298E6F?OpenDocument

7.3 Wissenschaftliche Zeitschriften

Psychological Bulletin

<http://www.apa.org/journals/bul/>

Journal of Applied Psychology

<http://www.apa.org/journals/apl/>

Work and stress

<http://www.tandf.co.uk/journals/journal.asp?issn=0267-8373&linktype=1>

Journal of Organizational Behavior

<http://www.jstor.org/journals/08943796.html>

Journal of Organizational Psychology

Journal of Occupational Health Psychology

<http://www.apa.org/journals/ocp/description.html>

Journal of Occupational and Organizational Psychology

http://www.bps.org.uk/publications/journals/joop/joop_home.cfm?&redirectCount=0

American Journal of Health Promotion

<http://www.healthpromotionjournal.com/index.html>

Applied Psychology

Health Promotion International

<http://heapro.oxfordjournals.org/>

International Journal of Occupational and Environmental Health

<http://www.ijoh.com/>

7.4 Ausgewählte Studien

Forschungsarbeiten zum Thema Stress und health literacy

Warth, A. (2006). Burnout Literacy bei psychiatrischen Fachpersonen: Subjektive Krankheitstheorien und Behandlungsempfehlungen. Lizentiat Phil I.

Weitere Informationen zu dieser Arbeit nicht erhältlich.

Forschungsarbeiten zur Fähigkeit, psychische Krankheitssymptome zu erkennen

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253, 248-251.

Die Studie wurde bei 844 Schweizer Einwohnern im Alter von 16 bis 76 Jahren durchgeführt. Ziel war es herauszufinden, ob Personen fähig sind, die Symptome einer psychischen Krankheit zu erkennen (Depression oder Schizophrenie) und welche Einstellung sie gegenüber Psychopharmakologie einnehmen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Schizophrenie (73,6%) besser erkannt wurde als die Depression (39,8%). Im Allgemeinen identifizieren Menschen die Depression weniger häufig. Sie betrachten die Symptome, die anhand eines Fallbeispiels beschrieben wurden, eher als eine schwere Krise. Wenn die Menschen eine positive Einstellung gegenüber der Psychopharmakologie einnehmen, erkennen sie die Krankheiten besser. Ebenfalls ist die Erkennung der Symptome einfacher, wenn man im Vorfeld Kontakt mit einem Betroffenen hatte.

Jorm, F.A. et al. (1997). Mental health literacy : a survey of the public ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia* 166 : 182-186.

Diese australische Studie hat 2031 Teilnehmer im Alter von 18 bis 74 Jahren befragt. Es ging darum zu evaluieren, ob die Menschen die Symptome von Depression und Schizophrenie erkennen und welche Behandlung sie empfehlen, wobei die Befragten die Nützlichkeit der auf einer Liste zitierten Behandlungen bewerteten. Der Hausarzt wird in der vorgegebenen Situationen als geeigneter angesehen als Psychiater und Psychologen. Die psychiatrischen Standardbehandlungen werden als schädlich betrachtet (Antidepressiva, gegen Psychosen, Elektroschock Therapien, Einlieferung in eine psychiatrische Anstalt), während weniger traditionelle Behandlungen positiver bewertet werden (Zunahme der physischen und sozialen Aktivitäten, Entspannung, Stressbewältigung, sich informieren, ob Leute bereits ähnliches erlebt haben). Vitamine so wie Diäten werden als nützlicher betrachtet als Antidepressiva und Methoden gegen Psychosen.

Lauber, et al. (2005). Mental health literacy in an educational elite – an online survey among the university students. *BMC Public Health*, 5, 44.

Die Untersuchung wurde bei 225 Studenten an der Universität Zürich durchgeführt. Es ging darum festzustellen, ob die Teilnehmer fähig sind aus einer Liste von Symptomen die korrekten Symptome zu nennen. Die Resultate zeigen, dass die Symptome einer Depression erkannt werden, die Depression jedoch nicht als Krankheit, die eine Hilfe benötigt, sondern als eine Krise betrachtet wird. Die Symptome der Schizophrenie sind stereotypischer und wurden zwar weniger gut erkannt, dafür wurde allgemein angenommen, dass diese Krankheit eine Behandlung erfordert. Im Grossen und Ganzen sind Frauen besser informiert als Männer. Der Kontakt und persönliche Erfahrung mit einer psychischen Krankheit erhöhen die Kenntnisse in Bezug auf psychische Krankheiten.

Burns, J.R., & Rapee, R.M. (2005). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*. 29, 225-239.

202 Schüler aus Sydney im Alter von 15 bis 17 Jahren sind befragt worden. Ziel war es zu untersuchen, inwieweit sie fähig sind, die Symptome einer Depression in den eigenen Reihen zu erkennen. Mädchen nehmen die Symptome der Depression besser wahr als Jungen. Berater, Freunde und Familie sind die ersten Personen, die sie um Rat und Hilfe bitten würden.

Fisher, L.J., & Goldney, R.D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18, 33-40.

Diese Studie vergleicht unter anderem die Gesundheitskompetenz von jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren (n=521) mit derjenigen von älteren Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren (n=300). Die älteren Personen sind weniger in der Lage, die Symptome einer Depression zu erkennen und sind weniger gewillt, einen Gesundheitsberater oder einen Psychologen aufzusuchen. Ebenfalls tendieren die älteren Personen weniger dazu, einen telefonischen Gesundheitsdienst zu benutzen und denken häufiger, dass die Psychiatrie schädlich und die Unterstützung eines Priesters geeigneter ist.

Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental health disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 177, 396-401.

Das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz und die damit verbundenen Aspekte werden erklärt. Der Autor hebt hervor, dass sich viele Personen im Bereich der psychischen Gesundheit inkompetent anstellen. Viele erkennen die Symptome von geläufigen psychischen Krankheiten wie Depression oder Schizophrenie nicht. Der Autor listet auch die Faktoren auf, die von vielen Leuten als Ursache dieser Krankheiten genannt werden, und die Behandlungen, die sie als geeignet betrachten. Zum Schluss diskutiert er verschiedene Interventionsversuche, die auf die Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz abzielen.

Beurteilung von Interventionen mit dem Ziel, die Kompetenzen in Bezug auf die physische Gesundheit zu verändern

Goldney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grande, E., & Taylor, A.W. (2005). Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *The Medical Journal of Australia*. 183 (3), 134-137.

Die Studie evaluiert die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in Australien von 1998 bis 2004. Sie wurde bei 3015 Personen im Alter ab 15 Jahren durchgeführt. Die Befragten haben den Gesundheitszustand einer Person eingeschätzt, deren Symptome in einem kurzen Text beschrieben wurden. Sie mussten angeben, welche Art von Behandlung sie vorziehen würden, falls sie selbst diese Symptomen vorweisen würden. Im Jahr 2004 waren mehr Menschen fähig die mit einer Depression verbundenen Symptome zu identifizieren und eine entsprechende Behandlung in Anspruch zu nehmen (psychologische Hilfe oder Medikamente). Im Grossen und Ganzen sind die Menschen in Bezug auf die Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungen besser informiert und kennen die Rolle der verschiedenen Spezialisten besser als 1998.

Jorm, A.F., Griffiths, K.M., Christensen, H., Korten, A.E., Parslow, R.A., & Rodgers, B. (2003). Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. *Psychological Medicine*. 33, 1071-1079.

Die Studie wurde bei 1094 Personen in Australien durchgeführt. Die Befragten mussten die Nützlichkeit einer Informationsbroschüre beurteilen, die die verschiedenen Behandlungen einer Depression darstellt. Die Personen bewerteten die Broschüre als nützlich und änderten ihre Einstellung gegenüber den Behandlungen.

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2006a). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 36-41.

Die Studie wurde bei 4000 australischen Einwohnern im Alter von über 18 Jahren durchgeführt. Die Resultate zeigen auf, dass die Menschen die Symptome von Depression und Schizophrenie nach 8 Jahren Präventionskampagne besser erkennen und die Interventionen von Gesundheitsspezialisten besser bewerten (Medikation, Psychotherapie und Psychiatrie).

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2006b). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 42-46.

Dies ist dieselbe Studie, die bereits zuvor bei Jorm et al. (2006a) beschrieben wurde.

Francis, C., Pirkis, J., & Dunt, D. (2002). *Improving Mental Health Literacy: A Review of the Literature*. Centre for Health Program Evaluation, University of Melbourne.

Dieser Artikel wurde im Rahmen eines Programms in Australien geschrieben, evaluiert aber Gesundheitsförderungsprogramme, die in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Die Autoren geben Ratschläge in Bezug auf den Inhalt und die verschiedenen Kommunikationsstrategien. Weiter vermitteln sie Empfehlungen über Interventionsprogramme, die sich auf spezifische Zielgruppen konzentrieren. Kurz gefasst bringt die Kommunikation von positiven Konsequenzen eines Verhaltens gute Resultate. Die Medienkampagnen sind effektiver, wenn sie mit anderen Kommunikationsmitteln kombiniert werden (z.B.: Informationsvermittlung in geschriebener Form). Die Autoren betonen, dass die Medienkampagnen nützlich sind, um die Bevölkerung für Probleme zu sensibilisieren, dass sie aber nicht genügen, um das Verhalten von Personen zu verändern.

Darstellungen von Stress bei der Arbeit

Daniels, K. (2004). Perceived risk from occupational stress: a survey of 15 European countries. *Occupational and Environmental Medicine*. 61, 467-470.

Die Studie analysiert, inwieweit die Menschen Stress mit der Arbeit verknüpfen. Kulturellen Faktoren erklären, dass Stress mehr oder weniger stark mit Arbeit assoziiert wird. Kontrolliert man die Störvariablen (z.B. Beurteilung der Arbeit, Industriotyp), bleibt der kulturelle Effekt immer noch signifikant.

Kinman, G., & Jones, R. (2005). Lay representations of workplace stress : What people really mean when they say they are stressed ? *Work and Stress*. 19 (2), 101-120.

Die Studie analysiert, wie 45 Angestellte Arbeitsstress beschreiben. Die Resultate heben hervor, dass Stress schwer zu definieren ist. Die Befragten sind der Meinung, dass Stress in der modernen Gesellschaft zugenommen hat, und dass er von sozialen, organisatorischen und strukturellen Faktoren verursacht wird. Selbst wenn die Quellen von Stress ausserhalb der individuellen Kontrolle stehen, schlagen die Befragten Lösungen auf individueller Ebene vor, um Stress zu bekämpfen.

Lewig, K.A., & Dollard, M.F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work. *Work & Stress*, 15 (2), 179-190.

Die Studie analysiert die Berichterstattung der australischen Medien von 1997 und 1998. Die Resultate heben hervor, dass die Medien Stress als eine Epidemie beschreiben und von strukturellen- und organisationalen Ursachen sprechen, aber Lösungen auf individuellem Niveau vorschlagen.

Beachler, D., Blatter, G., Kristensen, K., & Emery, S. (2003). „Stress au travail“ étude de besoin des PME. Incertitudes liées aux conditions de travail et stress. Département travail social et politique sociales et Fondation Charlotte Oliver.

Die Studie wurde in sieben freiburgischen Unternehmen durchgeführt und hatte zum Ziel, die Vorstellungen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber bezüglich Stress zu evaluieren. Die Resultate zeigen, dass das Verständnis von Stress und die vorgeschlagenen Lösungen zu seiner Eindämmung stark mit der konkret gelebten

Situation einer Person verbunden sind. So treten Unterschiede zwischen, Handwerkern, Angestellten und Arbeitgebern auf.

Clark, A.M., (2003). 'It's like an explosion in your life...?': Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.

Die Studie wurde bei 14 Patienten durchgeführt, die einen Herzinfarkt erlitten haben. Die Resultate weisen darauf hin, dass die Personen Stress als einen der wichtigsten Ursachen für ihren Infarkt bezeichnen. Die Analyse zeigt auch, wie unterschiedlich sich die Menschen den Einfluss von Stress auf die Gesundheit vorstellen.

Parker, J.D.A., Finkel, M.D., & Indice, L.C. (1993). Stress and Illness: The structure of a belief system. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (2), 193-204.

In dieser Studie mussten 347 junge Erwachsene die Beziehung zwischen Stress und 26 Gesundheitsproblemen beschreiben. Die Resultate zeigen, dass die Leute eine gewisse Vorstellung von Stress und Krankheit teilen. Zum Beispiel wird Stress mehr mit leichten gesellschaftlichen Gesundheitsproblemen als mit schweren verbunden.

Harkness, A.M.B., Long, B.C., Bermbach, N., Patterson, K., Jordan, S., & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work & Stress*, 19 (2), 121-136.

Diese qualitative Studie wurde bei 22 Büroangestellten durchgeführt. Die Analyse hebt hervor, dass Stress mit verschiedenen Repräsentationen verknüpft ist; zum Beispiel, dass Stress sozial akzeptiert und positiv bewertet sei. Bricht man aber öffentlich unter der Last von Stress zusammen, wird dies als Zeichen von Inkompetenz betrachtet.

7.5 Bibliographie

Abel, T., & Bruhin, E. (2003). Health Literacy – Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In B.f.G. Aufklärung (Ed.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (pp. 128131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo.

Albarracín, S., Johnson, B.T., & Zanna, M.P. (2005). *The handbook of attitudes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Allen, N.B., & Bradcock, P.B.T. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, 129, 887-913.

Allen, S.M., Ciambone, S., & Welch, L.C. (2000). Stage of life course and social support as mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 12, 318-341.

Aspinwall, L.G. (2007). The psychology of future-oriented thinking: from achievement to proactive *coping*, adaptation, and aging. *Motivation and Emotion*, 29 (4), 203-235.

Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive *coping*. *Psychological Bulletin*. 121 (3), 417-436.

Aylund, K. (2004). Disability in old age – Longitudinal population-based studies of the disablement process. *Danish Medical Bulletin*, 51 (4), 315-349.

Aylund, K., Damsgaard, M.T., & Holstein, B.E. (1998). Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47 (5), 635-643.

Baechler, D., Blatter, G., Emery, S., & Kristensen, K. (2003). *Stress au travail: enquête de besoins dans six PME de la région de Fribourg*. Chaire francophone de Travail social et Politiques sociales.

Baltes, P.B., & Mayer, K.V. (1999). *The Berlin Aging Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Barnay, T., & Debrand, T. (2006). L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe. *Bulletin d'Information en Economie de Santé*, 109, 1-6.

- Bazargan, M., & Barbre, A.R. (1992). Self-reported memory problems among the Black elderly. *Educational Gerontology*, 18, 71-82.
- Beachler, D., Blatter, G., Kristensen, K., & Emery, S. (2003). „Stress au travail“ étude de besoin des PME. Incertitudes liées aux conditions de travail et stress. Département travail social et politique sociales et Fondation Charlotte Oliver. Téléchargé en août 2007 : http://www.fcho.ch/projets_actuels/Stress%20au%20travail.html
- Bedeian, A.G., Mossholderm K.W., & Touliatos, J. (1990). Type-A status and selected work experiences among male and female accountants. *Journ. of Social Behavior and Personality*, 5(1), 291-305
- Ben-Zur, H. (2002). *Coping*, affect and ageing: The role of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 257-372.
- Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10 (3), 257-264.
- Billings, A., & Moos, R.H. (1981). The role of *coping* responses and social resources in attenuating the stress on life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-189.
- Black, B.S., Rabins, P.V., German, P., McGuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *The Gerontologist*, 37, 717-728.
- Blanchard-Fields, F., Jahnke, H.C., & Camp, C. (1995). Age differences in problem-solving style: The role of emotional salience. *Psychology & Aging*, 10, 223-247.
- Blazer, D.G., Burchett, B.M., Service, C., & George, L.K. (1991). The Association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, 210-215.
- Blazer, D., Hughes, D.C., & George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.
- Bode, C., De Ridder, D.T.D, Kuijer, R.G., & Bensing, J.M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive *coping* competencies in middle and late adulthood. *Gerontologist*, 47(1), 42-51.
- Bode, C., De Ridder, D.T.D., & Bensing, J.M. (2006). Preparing for aging: development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive *coping* theory. *Patient Education and Counseling*, 61, 272-278.

- Boerner, K. (2004). Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accommodative coping. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59b (1), 35-42.
- Boggio, Y., & Zellweger, E. (2007). *Campagne pour la prévention du tabagisme 2006 de l'OFSP: "BRAVO". Evaluation de l'efficacité et du degré de cohérence stratégique*. Genève : évaluanda.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: MEA.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? *Aging and Human Development*, 64 (3). 263-297.
- Bowling, A. P., Edelmann, R.J., Leaver, J., & Hoekel, T. (1989). Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year olds. *Personality and Individual Differences*, 10 (11), 1189-1192.
- Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self. In T.M. Hess & F. Blanchard-Fields (eds.), *Social Cognition and Aging* (pp. 123-141). San Diego, CA: Academic Press.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamic of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brisette, I., Cohen, S., & Seeman, T.E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp.53-85). New-York: Oxford University Press.
- Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C., Crawford, E., Ernst, J.M., Burleson, M.H., Kowalewski, R.B., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Camerino, D., Maurice, P., Van Heijden, B.I.J.M., Estry-Behar, M., Consonni, D., Gould, D., & Hasselhorn, H.M., (2006). Low-perceived work-ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 20 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 542-552.

- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Cartwright, S., & Cooper, C.L. (1996). *Coping* in occupational setting. In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 202-220). New-York: J. Wiley.
- Center for Health Care Strategies Inc. (2000). *What is health literacy?* Princeton, NJ: CHCS.
- Cheng, S. (1992). Loneliness-distress and physician utilization in well-elderly female. *Journal of Community Psychology*, 20, 43-56.
- Cheng, S.T., Chan, A.C.M. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science and Medicine*, 63 (1), 118-122.
- Clark, A.M., (2003). 'It's like an explosion in your life...?': Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp.3-25). New-York.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older people: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19 (2), 279-294.
- Commission Fédérale de coordination pour la Sécurité au Travail, CFST. (2007). Directives relatives à l'appel des médecins du travail et aux autres spécialistes de la sécurité au travail (Directives MSST). Téléchargé en septembre 2007 : https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/06508_f.pdf
- Costa, P.T., Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (1996). Personality and *coping*: A reconceptualization. In In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). New-York: J. Wiley.
- Creecy, R.F., Berg, W.E., & Wright, R.Jr. (1985). Loneliness among the elderly : a causal approach. *Journal of Gerontology*, 40, 487-593.
- Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., & Renteln-Kruse W.V. (2007). Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 226-240.

- Davis, H., Volkoff, S., Cloutier, E., & Derreniec, F. (2001). *Vieillesse, organisation du travail et santé*. Pistes, 3 (1).
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., & Pignone, M.P. (2004). Literacy and Health Outcomes – A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239.
- Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: comparing deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29 (1), 1-12.
- Dykstra, P.A., van Tillburg, T.G., & Gierveld, J.D. (2005). Changes in older adult loneliness – Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27 (6), 725-747.
- Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., Kaiser-Freiburghaus, D., Lauper-Del Ponte, S., & Witschi, I. (2005). Chronic job stressors and job control: Effects on event-related coping success and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 737-752.
- Fishbein, M., & Cappella, J.N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56, 1-17.
- Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F.H., Becker, M., Middlestadt, S.E., & Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. In A. Baum, T.A. Reverson & J.E. Singer (eds), *Handbook of health psychology* (pp. 3-17). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fiksenbaum, L.M., Greenglass, E.R., & Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *The Journal of Applied Gerontology*, 25 (1), 17-30.
- Flori, K.L., Antonucci, T.C., & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (1), 25-32.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Étienne, A.-M. (1996). *Stress et cardiologie*. Paris, Milan, Barcelone : Masson.

Francis, C., Pirkis, J., & Dunt, D. (2002). *Improving Mental Health Literacy: A Review of the Literature*. Centre for Health Program Evaluation, University of Melbourne. Téléchargé en septembre 2006 à l'adresse internet suivante : <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-literacy>.

Gomez, RG, Madey, SF (2001). *Coping with hearing loss model for older adults*. *Journals of Gerontology series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (4), 223-225.

Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A., & Zölch, M. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005: Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Confédération Suisse, SECO.

Grebner, S., Elfering, A., Semmer, N.K., Kaiser-Probst, C., & Schlafpach, M.L. (2004). Stressful situations at work and in private life among young workers: An event sampling approach. *Social Indicators Research*, 67, 11-49.

Griffin, R.J., Dunwoody, S., & Neuwirth, K. (1999). Proposed model of the relationship of risk information seeking processing to the development of preventive behaviors. *Environmental Research Section A*, 80, 230-245.

Guttman, D.L. (1974). The country of old men: Cross-cultural studies in the psychology of later life. In R.L. Levine (Ed.), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 95-122). Chicago: Aldine.

Harkness, A.M.B., Long, B.C., Bernbach, N., Patterson, K., Jordan, S., & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work & Stress*, 19 (2), 121-136.

Harkonmäki, K., Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., Silventoinen, K. (2006). Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among municipal employees: the Helsinki study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 190-198.

Hansson, A., Hilleras, P., & Forsell, Y. (2005). What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with well-being? *Social Indicators Research*, 73, 133-139.

Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187.

Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10 year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.

- Heinemann, L., & Heuchert, G. (2000). Le système cardio-vasculaire. In J.M. Stellman et al. (eds), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (chapitre 3). téléchargé sur internet en septembre 2007 :<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>
- Hogan, B.E., Linden, W., & Najarian, B. (2001). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., & Schaeffer, J.A. (1996). *Coping*, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New-York: J. Wiley.
- Hornik, R., & Yanovitzky, I. (2003). Using Theory to design evaluations of communication campaigns: The case of the national youth anti-drug campaign. *Communication Theory*, 13 (2), 204-224.
- Horowitz, A., & Reinhardt, J.P. (2000). Mental health issues in visual impairment: Research in depression, disability, and rehabilitation. In B. Silverstone, M.A. Lang, B.P. Rosenthal, & E.F. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation* (pp. 1089-1110). New-York: Oxford University Press.
- Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kauman, R., Avgar, A., & Kol-Folgelson, A. (2004). Social support networks and loneliness among elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and the Family*, 66 (2), 306-317.
- Ilmarinen, J. (1999). *Ageing workers in the EU – Status and Promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour.
- Ilmarinen, J. (2006a). The ageing workforce – challenges for occupational health. *Occupational Medicine*, 56, 362-364.
- Ilmarinen, J. (2006b). *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J., & Tempel, J. (2003). Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In B. Bandura, H. Schnellschmidt, & C. Vetter (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2002* (S. 85-99). Berlin
- Ilmarinen, J., & Rantanen, J. (1999). Promotion of work ability during ageing. *American Journal of Industrial Medicine*, Suppl. 1, 21-23.

- Jaffe, D.H., Manor, O., Eisenbach, Z., Neumark, & Y.D. (2007). The protective effect of marriage on mortality in a dynamic society, *Annals of Epidemiology*, 17 (7), 540-547.
- Jex, S., Beehr, T., & Roberts, C. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77, 623-628.
- Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2005a). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 42-46.
- Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2005b). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 36-41.
- Johnson, J.D., & Meischke, H. (1993). A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. *Human Communication Research*, 19 (3), 343-367.
- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S.A. Shumaker & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp.145-166). New-York: Plenum Press.
- Jorm, A.F., Barney, L.J., Christensen, H., Highet, N.J., Kelley, C.M., & Kitchener, B.A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A. Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research continuities and discontinuities* (pp. 13-40). New-York: Springer.
- Kalwij, A., & Vermeulen, F. (2005). *Labour force participation of the elderly in europe: The importance of being healthy*. IZA Discussion Paper No 1887. Bonn
- Kaluza, G. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter: Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171-196.

- Karlin, W.A., Brondolo, E., & Schwartz, J. (2003). Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents. *Psychosomatic Medicine*, 65 (2), 167-176.
- Keller, B.R., Magnuson, T.M., Cernin, P.A., Stoner, J.A., & Potter, J.F. (2003). The significance of social network in a geriatric assessment population, *Aging Clinical and Experimental Research*, 15 (6), 512-517.
- Kickbusch, I. (2006). Gesundheitskompetenz. *News – Public Health Schweiz*, 3, 10.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2005). Health Literacy: Towards an active citizenship. In M. Sprenger (ed.), *Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ. Prof Dr. med. Horst Richard Noack PhD*. Lengrich: Papst Science Publishers.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2007). Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. *Salute e Società*, 6 (1), 185-200.
- Kiecolt-Glaser, J.K., & Newton, T.L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kinman, G., & Jones, R. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? *Work & Stress*, 19 (2), 101-120.
- Kohli, R., Herrmann, A.B., & Babel, J. (2006). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support, *Psychology and Ageing*, 20 (4), 714-717.
- Krivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäkim, H., Wahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of coronary mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325, 857-863.
- Krohne, H. (1990). Stress und Stressbewältigung. In Schwarzer R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie, Ein Lehrbuch* (S. 263-277). Zürich: Horgrefe.
- Lachman, M., & Prenda, K.M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O.G. Brim, C.D. Ryff, & R. Kessler (Eds), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 320-349). University of Chicago.

- Lamber, S.D., & Loiselle, C.G. (2007). Health information seeking behavior. *Qualitative Health Research*, 17, 1006-1019.
- Lewig, K.A., & Dollard, M.F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work. *Work & Stress*, 15 (2), 179-190.
- Li, L.W., & Liang, J. (2007). Social exchanges and subjective well-being among older Chinese: does age make a difference? *Psychology and Ageing*, 22 (2), 386-391.
- Li, L.D., Liang, J., Toler, A., & Gu, S.Z. (2005). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: do gender and source of support make a difference? *Social Science and Medicine*, 60 (3), 637-647.
- Luisier, G., Cotter, S., Gärtner, L. (2003). Chances, risques et défis de l'évolution démographique. *Démos – Bulletin d'information démographique*, 1.
- Lund, R., Due, P., Modving, J., Holstein, B.E., Damsgaard, M.T., & Andersen, P.K. (2002). Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Social Science and Medicine*, 55 (4), 673-679.
- Lyyra, T.M., & Heikkinen, R.L. (2006). Perceived social support and morality in older people. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (3), 147-152.
- Maag, D. (2005). *Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy*. Health Care Communication Laboratory, Lugano.
- Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G.M., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 64 (1), 77-94.
- Matt, G.E., & Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons – moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (3), 187-200.
- Matter, S. (2005). *Stressbewältigung, Gesundheitsverhalten und koronare Herzkrankheit. Lizentiatsarbeit*, Universität Fribourg, Philosophische Fakultät.
- Marmot, M., & Wilkinson, R.G. (2006). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Meier-Baumgartner, H.P., Dapp, U., & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Morschhäuser, M., Sochert, R. (2006). *Healthy work in an ageing Europe: Strategies and instruments for prolonging working life*. Essen: European Network for Workplace Health Promotion.
- Moliné, A.-F. (2003). *Âge et conditions de travail dans l'Union européenne*. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et du travail.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). *Coping resources and processes: Current concepts and measures*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 234-257). New York: Free Press.
- Mullins, L.C., & McNicholas, N. (1986). Loneliness among the elderly: issues and considerations for professionals in aging. *Gerontology and Geriatrics Education*, 7 (1), 55-65.
- Mullins, L., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30, 377-384.
- Mullins, L., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends, and spouses. *Research on Aging*, 14, 449-470.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 359-267.
- O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion – Theory and Research*. California: Sage.
- Oxman, T.E., & Hull J.G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (1), 35-45.
- Pahkala, K., Kivelä, S.-L., & Laippala, P. (1993). Relationships between social and health factors and depression in old age in a multivariate analysis. *International Psychogeriatrics*, 5, 15-32.
- Palmer, K.T., & Smedley, J. (2007). Work relatedness of chronic neck pain with physical findings – a systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 33 (3), 165-191.
- Parker, J.D.A., Finkel, M.D., & Indice, L.C. (1993). Stress and Illness: The structure of a belief system. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (2), 193-204.

- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' health literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of *coping*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1277-1292.
- Perrez, M. (1998). Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 366-391). Bern: Hans Huber Verlag.
- Perrez, M., Laireiter, A.-R., & Baumann, U. (1998). Stress und *Coping* als Einflussfaktoren. In M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 277-306). Bern: Hans Huber Verlag.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behaviour approach. Theory, methods, applications*. Seattle: Horgrefe & Huber Publishers.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., unter Mitarbeit von Kaiser, A., Sturzenegger, M., & Perren, S. (2001). *Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter*. Zürich.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (1), 31-53.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influence on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4), 245-266.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- Rasulo, D., Christensen, K., Tomassini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *Gerontologists*, 45 (5), 601-608.
- Riihimäki, H., & Viikari-Juntura, E. (2000). Le système musculosquelettique. In J.M. Stellman et al. (eds), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (chapitre 3). téléchargé sur internet en septembre 2007 :<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>
- Row, J.W., & Kahn, R.L. (1998). Successful aging. *Aging*, 10, 142-144.

- Rudd, E.R., Moeykens, B.A., & Colton, T.C. (1999). Health and literacy : A review of medical and public health literature. In J. Comings et al. (eds), *Annual review of adult learning and literacy*. New York: Jossey-Bass.
- Savinainen, M., Nygard, C.-H., & Ilmarinen, J. (2004). Workload and physical capacity among ageing municipal employees – a 16-year follow-up study. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 34, 519-533.
- Santos-Eggimann, B. (2005). *Maladies cardiovasculaires et indicateurs de fragilité lors du recrutement de la 1ère vague de la Cohorte Le65+*. Rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Selgiman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Semmer, N. (1984). Stressbezogene Tätigkeitsanalyse : psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz. Basel: Beltz Forschungsberichte.
- Schultz, N., & Moore, D. (1984). Loneliness: correlates, attributions, and coping among older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 67-77.
- Schulz, P., Hartung, U., Faustinelli, C., & Keller, S. (2007). *Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht – Einstellungen und Wahrnehmungen der Schweizer Bevölkerung. Zusammenfassung der Ergebnisse des FollowUp nach einer Kampagne der Gesundheitsförderung Schweiz*. Universität Lugano.
- Schulz, P., & Nakamoto, K. (2005). Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5 (2), 1-10.
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11 (5), 477-484.
- Simoneau, S., St-Vincent, M., & Chicoine, D. (1996). *Les L'ATR – Mieux comprendre pour mieux les prévenir*. Québec: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail.
- Sommerhalder, K., & Abel, T. (2007). *Gesundheitskompetenz : Eine konzeptuelle Einordnung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin : Bern.
- Sorkin, D., Rook, K.S., & Lu, J.L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 290-298.

- Steinmann, R.M. (2005). *Santé psychique – Stress: Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Bern, Lausanne : Promotion Santé Suisse.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Stevens, N., & Westerhof, G.J. (2006a). Partners and others: social provisions and loneliness among married Dutch men and women in the second half of life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23 (6), 921-941.
- Stevens, N., & Van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26 (1), 15-35.
- Stevens, N., Westerhof, G.J. (2006b). Marriage, social integration, and loneliness in the second half of life – a comparison of Dutch and German men and women. *Research on Aging*, 28 (6), 713-729.
- Tak, S.H. (2006). An insider perspective of daily stress and *coping* in elders with arthritis. *Orthopaedic Nursing*, 25 (2), 127-132.
- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of ‘informational need’. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 375-381.
- Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller, K.I., & Parrott, R. (2003). *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, M.G., & Heller, K. (1990). Facets of support related to well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and Aging*, 5, 534-544.
- Turner, R.J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23-37.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.
- Uchino, B.N., Uno, D., & Holt-Lunstad, J. (1996). Social support. Physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Sciences*, 8 (5), 141-148.

- Ulich, E. (2007) Von der Work Life Balance zur Life Domain Balance. *Zeitschrift für Führung und Organisation*, 04/2007 (76. Jg.), 188-193
- Vaillant, G.E., & Mukamal, K. (2001). Successful Ageing. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vitkus, J., & Horowitz, L.M. (1987). Poor social performance of lonely people: lacking a skill or adopting a role? *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1266-1273.
- Wechel, K.-T. (2003). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 1: Orientierungshilfe*. Bochum: InfoMediaVerlag.
- Wegener, D.T., & Carlston, D.E. (2005). Cognitive Processes in attitude formation and change. In D. Albarracín, B.T. Johnson, & M.P. Zanna (Eds), *The handbook of attitudes* (pp. 493-542). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wettstein, A. (2006). *Mythen und Fakten zum Alter. Verbreitete Meinungen und wissenschaftlich ermittelte Tatsachen zu gerontologischen Inhalten in den Disziplinen Soziologie, Sozialgeographie, Pflege, Psychologie, Psychiatrie, Medizin, Pharmakologie, Gesundheitsökonomie, Ethik und Thanatologie*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Wu, Z., & Hart, R. (2002). Social and health factors associated with support among elderly immigrants in Canada. *Research on Aging*, 24 (4), 391-412.
- Yang, Y. (2006). How does functional disability affect depressive symptoms in Late Life? The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 355-372.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie)*, S.1007-112. Göttingen: Hogrefe.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 1-9.
- Zobel, E. (2002). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues. An annotated bibliography of articles published in 2001. Harvard School of Public Health. Consulté en ligne en octobre 2007 sur: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit_2001.html