universität wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Das subjektive Belastungserleben pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz:

Soziale Problemlösekompetenz und Krankheitswissen als Ressource zur Bewältigung der Pflegesituation.

Verfasserin

Stefanie Unter

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im September 2011

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Ich möchte folgenden Personen für ihre Unterstützung bei dieser Diplomarbeit danken:

An erster Stelle meiner Mutter, Sabine Unter, meinem Vater, Thomas Postl und meinem Bruder, Matthias Unter, sowie meinem Freund Dominik Ortner. Ohne ihre Unterstützung und den guten Zuspruch wäre es mir nicht möglich gewesen das Psychologiestudium erfolgreich in der Mindeststudiendauer abzuschließen. Durch so manche schwierigen Zeiten haben sie mich begleitet.

Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen Studienassistenten für die Betreuung dieser Diplomarbeit.

Frau Dr. Stefanie Auer und Mag. Yvonne Donabauer für die Hilfestellung bei der Bearbeitung des Themas und die Möglichkeit der Datenerhebung beim Verein M.A.S. Alzheimerhilfe Österreich.

All den pflegenden Angehörigen, sie sich die Zeit genommen haben meinen Fragebogen auszufüllen.

Und last but not least, Theres, Miriam, Meli, Marie, Christina und Marina für die schöne Zeit!

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung 1

Abstract 2

Einleitung 5

I. Theoretischer Teil

1. Demenz 7

1.1. Definition 7

1.2. Demenzformen 10

1.2.1 Primär degenerative Demenzen 10

1.2.1.1. Alzheimer-Demenz 10

1.2.1.2. Lewy-Body-Demenz 11

1.2.1.3. Frontotemporale Demenz 12

1.2.2. Vaskuläre Demenzen 13

1.2.3. Sekundäre Demenzen 15

1.3. Epidemiologie 16

1.4. Krankheitsverlauf 18

1.4.1. Das Drei-Stadien-Modell 18

1.4.2. Stadienmodell nach Reisberg 21

2. Pflegende Angehörige 23

2.1. Die Pflegesituation 23

2.2. Motive zur Pflegeübernahme 24

2.3. Belastungen durch die Pflegeübernahme 26

2.3.1. Physische Auswirkungen 26

2.3.2. Psychische Auswirkungen 27

2.3.3. Zeitliche, finanzielle und soziale Auswirkungen 27

2.3.4. Symptomkategorien und Belastung 28

3. Soziale Problemlösekompetenz 30

3.1. Problemlösen 30

3.2. Modelle zum sozialen Problemlösen 32

3.2.1. Das Soziale Problemlöse-Modell 33

3.2.1.1. Begriffsdefinitionen 33

3.2.1.2. Dimensionen Sozialer Problemlösefähigkeiten 35

3.2.2. Das Relational/Problem-Solving Model of Stress 38

3.3. Soziales Problemlösen und psychische Gesundheit 40

3.3.1. Soziale Problemlösefähigkeit und Depression 40

3.3.2. Soziale Problemlösefähigkeit und Suizid 41

3.4. Soziale Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger 43

4. Krankheitswissen 46

4.1. Krankheitswissen als Ressource 46

4.2. Krankheitswissen pflegender Angehöriger Demenzkranker 47

4.3. Krankheitswissen und Problemlösefähigkeit 50

Resümee zum theoretischen Teil 53

II. Empirischer Teil

5. Darstellung der Untersuchung 55

5.1. Zielsetzung der Untersuchung 55

5.2. Hypothesen 56

5.3.. Erhebungsinstrumente 58

5.3.1. Erhebung der Daten zur Person 58

5.3.2. Social Problem Solving Inventory – Revised 59

5.3.3. Alzheimer´s Disease Knowledge Scale 61
5.3.4. Zarit Burden Interview 62
5.3.5. Geriatric Depression Scale 63
5.3.6. Global Deterioration Scale 63

5.4. Planung der Untersuchung 64
5.4.1. Untersuchungsdesign 64
5.4.2. Ein- und Ausschlusskriterien 64
5.4.3. Optimaler Stichprobenumfang 65
5.4.4. Stichprobenrekrutierung 65
5.4.5. Durchführung der Datenerhebung 67

6. Statistische Auswertung 69

7. Analyse der Messinstrumente……73

7.1. Reliabilität des Social Problem Solving Inventory-Revised……..…73
7.2. Reliabilität der Alzheimer´s Disease Knowledge Scale…….…...76
7.3. Reliabilität des Zarit Burden Interviews…….…….….78
7.4. Reliabilität der Geriatric Depression Scale…….…..79

8. Ergebnisse 81

8.1. Stichprobenbeschreibung 81
8.1.1. Die pflegenden Angehörigen 81
8.1.1.1. Alter und Geschlecht 81
8.1.1.2. Verwandtschaftsgrad 83
8.1.1.3. Subjektives Belastungserleben 84
8.1.1.4. Depressivität 86
8.1.1.5. Soziales Problemlösen 89
8.1.1.6. Krankheitswissen 93
8.1.2. Die demenziell Erkrankten 96
8.1.2.1. Alter und Geschlecht 96
8.1.2.2. Demenzformen 98
8.1.2.3. Demenzschweregrad 99

8.2. Ergebnisse zu den Hypothesen ... 101
8.2.1. Soziale Problemlösekompetenz ... 102
8.2.1.1. Soziales Problemlösen und subjektives Belastungserleben ... 102
8.2.1.2. Soziales Problemlösen und Depressivität ... 105
8.2.2. Krankheitswissen ... 107
8.2.3. Soziale Problemlösekompetenz und Krankheitswissen ... 108

8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse ... 111

9. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse ... 115

9.1. Diskussion und Interpretation ... 115

9.2. Grenzen und Kritik der Studie ... 124

9.3. Konklusion und Ausblick ... 127

10. Literatur ... 129

11. Anhang ... 141

11.1. Tabellenverzeichnis ... 141

11.2. Abbildungsverzeichnis ... 142

11.3. Informationsblatt ... 143

11.4. Einverständniserklärung ... 144

11.5. Fragebogen ... 145

11.6. Global Deterioration Scale ... 155

Lebenslauf ... 159

Originalitätserklärung ... 161

Zusammenfassung

Zielsetzung: Ziel der Untersuchung war es die soziale Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger Demenzkranker und deren subjektives Belastungserleben bzw. Depressivität auf Zusammenhänge zu überprüfen. Weiter wurden mögliche Zusammenhänge zwischen vorhandenem Krankheitswissen über Demenz seitens der Pflegepersonen und deren Belastungserleben untersucht. Schließlich sollte überprüft werden, ob sich vorhandene soziale Problemlösefähigkeit und verfügbares Krankheitswissen gegenseitig beeinflussen und die dabei entstehende Wechselwirkung die Belastung der Angehörigen positiv beeinflusst. **Stichprobe:** An der Studie nahmen 56 pflegende Angehörige mit einem Durchschnittsalter von 68,86 Jahren teil, wobei es sich zu 75% um weibliche und 25% männliche Teilnehmer handelte. Es wurde das subjektive Belastungserleben, die Depressivität, die soziale Problemlösefähigkeit und das Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen erhoben. Ebenso das Verwandtschaftsverhältnis zwischen den Befragten und deren erkrankten Angehörigen. Die Demenzkranken wurden anhand von Alter, Geschlecht, Demenzstadium und -form charakterisiert. Die dafür verwendeten Erhebungsinstrumente waren das *Zarit Burden Interview*, die *Geriatric Depression Scale*, das *Social Problem Solving Inventory-Revised* und die *Alzheimer Disease Knowledge Scale*. Die Datenanalyse erfolgte mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson. **Ergebnisse:** Es zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten sozialer Problemlösekompetenz und der Belastung bzw. Depressivität der Angehörigen. Dazu zählen die negative und positive Problemorientierung, sowie die Vermeidung. Das Krankheitswissen hängt nicht mit Belastung bzw. Depressivität zusammen. So wurde auch keine Wechselwirkung der Konstrukte Problemlösekompetenz und Krankheitswissen festgestellt.

Schlussfolgerung: Mittels experimenteller Versuchsdesigns müssen die gefundenen Zusammenhänge zwischen Problemlösen und Belastung bzw. Depressivität zukünftig auf Kausalität und im Rahmen größerer Stichproben untersucht werden, um Empfehlungen für die praktische Umsetzung von Problemlösetrainings bei pflegenden Angehörigen Demenzkranker geben zu können. Um Aussagen über die Relevanz von Krankheitswissen machen zu können, ist die Konstruktion eines Fragebogens von hoher psychometrischer Qualität nötig, welcher das für die Belastung relevante Krankheitswissen adäquat erhebt.

Abstract

Purpose of the Study: The aim of the study was to check the connection between the social problem-solving ability of family carers of dementia patients and their subjective stress experience. Further the possible connection between disease knowledge on the part of dementia caregivers and the burden of care were examined. Finally, it should be explored whether existing social problem-solving ability and available knowledge about dementia influence each other and whether a possible resulting interaction of these both constructs influences the burden of care in a positive way. **Sample and Methods:** The study included 56 caregivers with a mean age of 68,86 years, 75% of the participants were female. The survey included the subjective burden experience, depression, social problem-solving ability and disease knowledge of the caregivers. Likewise the family relationship between the respondents and their ill family members were surveyed. The dementia patients were characterized on the basis of age, gender, stage of dementia and dementia type. *The Zarit Burden Interview*, the *Geriatric Depression Scale*, the *Social Problem Solving Inventory-Revised* and the *Alzheimer Disease Knowledge Scale* were used as survey instruments. The data were analyzed by Pearson´s product-moment correlation. **Results:** There are shown

significant correlations between individual components of social problem-solving skills and stress respectively depression of the relatives. These include the positive and negative problem orientation, and the avoidance-style. The knowledge of the disease is not related to stress or depression. So also no interaction between the problem-solving skills and disease knowledge was found. **Conclusion:** Experimental studies are indicated to investigate the causality of the found associations between problem-solving and burden respectively depression in larger samples, in order to make recommendations for the practical implementation of problem-solving training for family caregivers of dementia patients. To make statements about the relevance of disease knowledge, the construction of a knowledge questionnaire of high psychometric quality and burden relevant content is required.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit handelt von pflegenden Angehörigen Demenzkranker und untersucht ausgewählte Faktoren, welche das subjektiv vorhandene Belastungserleben dieser Menschen beeinflussen. Der Themenbereich *häusliche Pflege Demenzkranker* ist von aktuellem Interesse, da die Häufigkeit dementieller Erkrankungen in Zukunft ansteigen wird (Wancata, 2002). Zusätzlich stellt das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen fest, dass pflegende Angehörige der größte Pflege- und Betreuungsdienst für Demenzkranke sind und sie aus ökonomischer Sicht für den Staat eine wichtige personelle und finanzielle Ressource darstellen. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung die Gesundheit dieser Personengruppe zu verbessern und zu erhalten. Immerhin werden in Österreich rund 80 % der Demenzerkrankten zu Hause gepflegt (Müller, Mertin, Beier & Them, 2010). Pflegende Angehörige erfahren durch die spezielle Symptomatik der Demenzerkrankung täglich Herausforderungen in der häuslichen Pflege, die zu einer erhöhten und dauerhaften Belastung führen können. Körperliche, psychische, sowie finanzielle, zeitliche und soziale Einschränkung sind häufig die Folge. Ziel dieser Diplomarbeitsstudie ist es, festzustellen, ob der Grad an *sozialer Problemlösekompetenz* und das Ausmaß an *Krankheitswissen über die Demenz* in Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Belastung der Pflegepersonen steht. Dass die Fähigkeit soziale Probleme zu lösen Aussagen über die Stresswerte pflegender Angehöriger zulassen, konnten bereits Elliott und Shewchuk (2003) nachweisen. Weiter wird anhand der Anforderungen an den Prozess des Problemlösens nach Dörner (1976) das Krankheitswissen als relevante Variable in die Untersuchung integriert. Sollten die Ergebnisse auf einen derartigen Zusammenhang hinweisen, stehen Interventionen zur Steigerung der sozialen Problemlösekompetenz, möglicherweise in Kombination mit

Interventionen zur Steigerung von Krankheitswissen, zur Diskussion, um die Bewältigungskompetenzen der Betroffenen zu stärken.

Die vorliegende Arbeit ist dahingehend aufgebaut, dass im theoretischen Teil zuerst die Krankheit Demenz beschrieben und über die häusliche Pflegesituation informiert wird. Mögliche Auswirkungen pflegebedingter Belastung werden angeführt. Im theoretischen Teil wird das Konzept des sozialen Problemlösens erklärt und erläutert, welche Rolle das Krankheitswissen bei der Bewältigung der Pflegesituation spielen dürfte. Der zweite Teil der Arbeit umfasst die empirische Untersuchung, sowie die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.

Hinweis zu gendergerechter Formulierung: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form verwendet wurde.

I. THEORETISCHER TEIL

1. Demenz

Um die Situation Demenzkranker und der pflegenden Angehörigen besser zu verstehen, ist es unabdingbar das Krankheitsbild der Demenz zu kennen. Im ersten Kapitel werden daher die Krankheitsdefinition, verschiedene Formen der Demenz und epidemiologische Daten vorgestellt. Ebenso werden Modelle zum Krankheitsverlauf beschrieben.

1.1. Definition

Der Begriff Demenz stammt vom lateinischen Wort *dementia* und bedeutet übersetzt *ohne Geist, ohne Verstand sein* (Popp, 1999). In wissenschaftlichen Abhandlungen zum Krankheitsbild existieren, abhängig von der Sichtweise der Autoren, unterschiedliche Bezeichnungen, wie Hirnleistungsstörungen, hirnorganisches Psychosyndrom, zerebrovaskuläre Insuffizienz, psychoorganisches Syndrom oder Zerebralsklerose (Faust, 1999). In der Fachliteratur hat sich jedoch der Begriff *Demenz* durchgesetzt. Demenz wird den psychiatrischen Störungen zugeordnet, wobei als Diagnoseinstrumente unter anderem das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) und die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; World Health Organization, 1993) dienen. Demenzen umfassen ein breites Spektrum von Erkrankungen, die mit gravierenden Einbußen des Gedächtnisses und kognitiver Leistungen einhergehen. Die Alltagsfunktionen werden deutlich eingeschränkt. Daraus folgt eine Einschränkung der selbstständigen Lebensführung bis hin zur vollständigen Unselbstständigkeit (Brand & Markowitsch, 2005). Die Verwendung operationalisierter Kriterien in den beiden offiziellen psychiatrischen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV führte international zu einer Vereinheitlichung der Diagnose-

Richtlinien für demenzielle Erkrankungen. Neben Kriterien zur Abklärung der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz, werden in den aktuellen Auflagen der Manuale auch Leitlinien für seltenere Demenzursachen genannt (Boetsch, 2003). Anhand der Diagnoseinstrumente DSM-IV und ICD-10 wird die Abnahme multipler kognitiver Funktionen als wesentliches Merkmal einer Demenz beschrieben, die in weiterer Folge zur Beeinträchtigung der selbstständigen Bewältigung beruflicher und alltäglicher Anforderungen führt. Zusätzlich listet die ICD-10 affektive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, sowie eine Beeinträchtigungsdauer auf alltägliche Aktivitäten von mindesten sechs Monaten auf (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 1993). Die klinischen Diagnosekriterien der Alzheimer-Demenz nach ICD-10 und DSM-IV sind in Tabelle 1 aufgelistet.

> Laut ICD-10 wird Demenz definiert als *„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“* (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 60).

Während in der ICD-10 Demenz durch einen fortschreitenden und irreversiblen Verlauf definiert, hält die DSM-IV Prognosen offen und schließt somit reversible Verläufe mit ein. Die folgende Definition der DSM-IV wird der Vielgestaltigkeit der demenziellen Erkrankung eher als die der ICD-10 gerecht.

Demnach ist nach der Demenzdefinition nach DSM-IV das Hauptkennzeichen einer Demenz *„die Entwicklung multipler kognitiver Defizite, wobei eine Gedächtnisstörung und mindestens eine der folgenden kognitiven Einbußen vorhanden sein müssen: Aphasie, Apraxie, Agnosie oder eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktion. Die kognitiven Defizite müssen eine Verschlechterung gegenüber einem vormals höheren Leistungsniveau darstellen“* (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998, S. 175).

	ICD-10	**DSM-IV**
Kognitives Störungsprofil	Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens, der Urteilskraft, des Ideenflusses und der Informationsverarbeitung.	Nachweis einer Gedächtnisstörung und mindestens eine der folgenden kognitiven Störungen: Aphasie, Apraxie, Agnosie, Störung der Exekutivfunktionen.
Alltagsbeeinträchtigung	Beträchtliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Waschen, Ankleiden, Essen und persönliche Hygiene).	Bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen und deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau.
Verlauf	Schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung. Im weiteren Verlauf kann ein Plateau erreicht werden.	Schleichender Beginn und fortgesetzter kognitiver Abbau.
Ausschlussdiagnostik	Fehlen klinischer Hinweise oder spezieller Untersuchungsbefunde, die auf eine System- oder Hirnerkrankung hinweisen, welche eine Demenz verursachen kann.	Ausschluss von ZNS-, systemischen und substanzinduzierten Erkrankungen sowie anderen psychiatrischen Störungen, die eine Demenz verursachen können.
Bewusstseinsklarheit	Ausschluss qualitativer Bewusstseinsstörungen.	Die Defizite treten nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs auf.
Zeitkriterium	Dauer der Symptome seit mindestens sechs Monaten.	Kein Zeitkriterium.

Tabelle 1: *Diagnosekriterien Alzheimer-Demenz nach ICD-10 und DSM-IV* (Boetsch, 2003, S. 102)

Zusätzlich zur Klassifizierung der Demenz im Rahmen der ICD-10 und DSM-IV, ist eine Einteilung in primär degenerative, vaskuläre und sekundäre Formen der Demenz erforderlich. Diese Unterscheidung ist wesentlich, da aufgrund des unterschiedlichen Krankheitsprozesses dieser drei Gruppen unterschiedliche Behandlungsstrategien verfolgt werden und eine diagnostische Zuordnung auf Ebene der Krankheitsursachen nötig ist, um daraus prognostische Aussagen ableiten zu können (Gutzmann & Zank, 2005).

1.2. Demenzformen

Es folgt ein Überblick über die primär degenerativen, vaskuläre und sekundäre Formen der Demenz.

1.2.1 Primär degenerative Demenzen

Unter primär degenerativen Demenzen wird eine heterogene Gruppe dementieller Erkrankungen verstanden, die ein hirnstrukturell und funktionell charakteristisches Muster des Nervenzellenunterganges aufweist. Zu dieser Demenzform zählen neben der Alzheimer-Demenz, die Demenz mit Lewy-Körperchen und die frontotemporale Demenz (Gutzmann & Zank, 2005).

1.2.1.1. *Alzheimer-Demenz*

Demenzen vom Alzheimer-Typ machen den größten Teil der neurodegenerativen Demenzen aus. Im Jahr 1906 beschrieb Alois Alzheimer erstmals dieses Krankheitsbild im Rahmen des Falles der Frau Auguste Deter. Die Alzheimer-Erkrankung war bis dahin unbekannt. Die 51-jährige Dame zeigte zeitliche und örtliche Desorientiertheit, Stimmungswechsel und enthemmtes Verhalten. Bei einer Hirnuntersuchung nach deren Tod entdeckte Alzheimer in großen Bereichen Eiweißablagerungen und abgestorbene Nervenzellen (Kastner & Löbach, 2007). Aus heutiger Sicht ist das klinische Bild der Alzheimer-Demenz gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Hirnschrumpfung, auch als

Atrophie bezeichnet, mit Erweiterung der innere und äußeren Liquorräume. Der Krankheitsprozess bezieht dabei beide Gehirnhälften gleichermaßen mit ein (Braak & Braak, 1996). Um eine differentielle diagnostische Klassifikation durchzuführen, die den Grad der diagnostischen Sicherheit mit einbezieht, stehen die wissenschaftlichen Kriterien der *Arbeitsgruppe des amerikanischen Instituts für neurologische Erkrankungen und der amerikanischen Alzheimergesellschaft* zur Verfügung, kurz bezeichnet als die NINCDS/ ADRDA (McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price & Stadlan, 1984). In dieser Klassifikation wird zwischen *möglicher*, *wahrscheinlicher* und *definitiver* Diagnose unterschieden. Eine mögliche Alzheimer-Demenz liegt vor, wenn andere demenzverursachende Erkrankungen vorliegen, nach der klinischen Einschätzung aber die Alzheimer-Demenz als wahrscheinliche Ursache der Demenz angenommen wird, oder das klinische Bild und der Verlauf atypisch sind. Eine wahrscheinliche Alzheimer-Demenz liegt vor, wenn das typische klinische Bild mit schleichendem Beginn und langsamer Progredienz der Symptome vorliegt und gleichzeitig andere Ursachen für die Demenz ausgeschlossen werden können. Eine gesicherte Alzheimer-Demenz wird erst dann diagnostiziert, wenn die klinischen Kriterien für eine wahrscheinliche Alzheimer-Demenz erfüllt sind und die Diagnose post mortem neuropathologisch gesichert wird. Die Veränderungen im Verlauf der Alzheimer-Erkrankung werden im Kapitel 1.5 ausführlich beschrieben.

1.2.1.2. *Lewy-Body-Demenz*

Nachdem bereits 1961 erstmals eine Demenz mit histologisch weit verteilten Lewy-Körperchen beschrieben worden waren, standen diese als potentielle Verursacher dementieller Erkrankungen zur Diskussion. Zwanzig Jahre später wurde der Begriff *Lewy-Body-Demenz* gebildet und wurde weiter in den 90er-Jahren als eigene Demenzform operationalisiert (Kalra, Bergeron & Lang, 1996). Es handelt sich dabei um eine neurodegenerative Erkrankung mit vielen Kennzeichen der Alzheimer-Demenz. Es treten

zusätzlich extrapyramidale parkinsonähnliche Symptome, Stürze, optische Halluzinationen und Psychosen, sowie vegetative Symptome und Fluktuationen der Kognition auf (McKeith et al. 2004, zitiert nach Stoppe, 2007, S. 14). Eine wesentliche Gedächtnisstörung im Frühstadium muss nicht bestehen. Gedächtnisstörungen betreffen vor allem die freien Wiedergabe und weniger das Wiedererkennen. Das weist darauf hin, dass neue Information durchaus gespeichert werden kann, jedoch schwer abrufbar ist. Häufig sind psychopathologische Störungen, insbesondere Depression, Halluzination und Wahn festzustellen (Assem-Hilger & Pirker, 2010). An der Gesamtzahl der Demenzen macht die Lewy-Body-Demenz nach histopathologischen Untersuchungen zufolge (Weiner, 1999) einen Anteil von 15 bis 20 % aus und stellt die zweithäufigste degenerative Demenzform dar.

1.2.1.3. *Frontotemporale Demenz*

Die frontotemporale Demenz umfasst eine Gruppe von neurodegenerativen Erkrankungen, die mit einer Schädigung vor allem des frontalen Kortex, des temporalen Kortex, oder beider Hirnareale einhergehen. Häufig sind auch subkortikale Veränderungen unter Beteiligung von Kerngebieten wie dem *Nucleus Caudatus*, der *Substantia nigra* oder dem Mandelkern festzustellen (Assem-Hilger & Pirker, 2010). Nach Neary (2005, zitiert nach Assem-Hilger & Pirker, 2010, S. 69) sind drei Prägnanztypen der frontotemporalen Demenz zu unterschieden, deren Unterteilung auf der topographisch unterschiedlichen Ausprägung und der daraus resultierenden vorherrschenden klinischen Symptomatik basiert. Oft sind diese Prägnanztypen (Tabelle 2) nur im Frühstadium von einander zu unterscheiden, mit Verschlechterung der Erkrankung kommt es zu fließenden Übergängen.

Präganantypen der frontotemporalen Demenz
Frontale Variante:
- abweichendes Sozialverhalten (Defizite in der sozialen Interaktion) - frühe auftretende Verhaltensauffälligkeiten - unterstützende Merkmale: Vernachlässigung der Körperpflege, Inflexibilität und/ oder erhöhte Ablenkbarkeit, Hyperoralität/ veränderte Nahrungsaufnahme, stereotypes/ perseverierendes Verhalten, „utilization behavior“, verarmte Spontansprache bis hin zum Mutismus, stereotype Phrasen, Echolalie, Perseverationen, Primitivreflexe, rigid-akinetisches Syndrom
Progressive nichtflüssige Aphasie:
- Agrammatismus (Telegrammstil) - phonematische Paraphasien (Lautfeher) - amnestische Aphasie (Benennstörung) - Unterstützende Merkmale: Stottern oder Sprechapraxie, gestörtes Nachsprechen, Agraphie, Alexie, im späteren Stadium Mutismus, zunehmende Verhaltensauffälligkeiten
Semantische Demenz:
- flüssige inhaltsarme Spontansprache - Verlust des Wortsinnverständnisses - Verlust des „Weltwissens“ zu allgemeinen Fakten - unterstützende Merkmale: Sprechdrang, veränderter Sprachgebrauch, Kopieren von Zeichnungen, Schreiben nach Diktat und Nachsprechen von Einzelworten oft noch möglich, Symptome ein Motoneuron-Erkrankung möglich

Tabelle 2: *Drei Prägnanztypen der frontotemporalen Demenz* (Neary, 2005, zitiert nach Assem-Hilger & Pirker, 2010, S. 69)

1.2.2. Vaskuläre Demenzen

Vaskuläre Demenzen umfassen erworbene dementielle Syndrome, die auf Erkrankungen der Gehirngefäße zurückzuführen sind. Sie sind Folge von ischämischen Infarkten im Versorgungsgebiet großer hirnversorgender Arterien oder entstehen in Folge einer Schädigung kleinerer Hirngefäße. Bedeutsam für die Diagnosestellung einer vaskulären Demenz ist die zeitliche oder kausale Verknüpfung der Symptome mit

anamnestischen, klinischen oder neuroradiologischen Anzeichen für zerebrovaskuläre Erkrankungen (Moorhouse & Rockwood, 2008). Abhängig von Ausmaß, Ursache und Lokalisation der vaskulären Läsion unterscheidet man verschiedene Subtypen vaskulärer Demenzen, welche nach Loeb und Meyer (2006) mit den entsprechenden zugehörigen Symptomen in Tabelle 3 zusammengefasst werden.

Form der vaskulären Demenz:	**Häufige Symptome:**
Erkrankungen großer Arterien	
Multiinfarktdemenz: Untergang von Nervenzellen der Hirnrinde durch multiple kortikale Hirninfarkte	Kortikale Defizite (z. B. Aphasie, Amnesie, Apraxie, Dyslexie, Dysgraphie, Agnosie, Neglect, neurologische Ausfallsymptome)
Strategische Infarkte: Einzelinfarkte in strategischen Schaltstellen (z.B. Thalamus, Stratium, Gyrus Angularis)	Gedächtnisstörungen, Apraxie, Benennungsstörungen, Störungen der Orientierung, neurologische Ausfallsymptome je nach Lokalisation
Erkrankungen kleiner Arterien	
Multiple lakunäre Infarkte (Status lacunaris): Entstehung von Lakunen durch Verschluss kleiner Endarterien	Apathie, Denk- und psychomotorische Verlangsamung, Orientierungs-, Aufmerksamkeits-, und Gedächtnisstörungen, neurologische Symptome wie z. B. Bradykinese, Artikulationsstörungen, Feinmotilitätsstörungen, oft nur milde motorische/sensible Ausfälle
Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (Morbus Binswanger): Schädigung kleiner Gefäße führt zu diffusen Marklagerveränderungen (= ausgedehnte Veränderungen in der weißen Hirnsubstanz)	Antriebsverlust, Sprachverarmung, Interessensverarmung, Konzentrations-, Aufmerksamkeitsstörungen, neurologische Symptome wie z. B. Gangstörungen, Blasenstörungen, Schluck-, und Sprechstörungen

Tabelle 3: *Formen vaskulärer Demenz* (Loeb und Meyer, 2006)

Das klinische Bild vaskulärer Demenzen ist insgesamt heterogen, was sich durch die unterschiedlichen zugrundeliegenden morphologischen Hirnveränderungen erklären lässt (Assem-Hilger &Pirker, 2010). Je nach Lokalisation der Hirnschädigung können einzelne kognitive oder mnestische Defizite die Kardinalsymptome bilden, aber es können auch globale neuropsychologische Funktionseinbußen vorliegen. Häufig treten Aphasien auf, aber auch Amnesien, Apraxien und Störungen der exekutiven Funktionen zählen zu häufigen Symptomen (Martin & Schelling, 2005).

1.2.3. Sekundäre Demenzen

Wallin und Blennbow (1996, zitiert nach Brand & Markowitsch, 2005, S.15) nennen Erkrankungen, in derer Folge eine sekundäre Demenz diagnostiziert werden kann:

- Hydrozephalus
- Metabolische Störungen
- Mangelernährungen
- Intoxikationen
- Infektionen (z. B.: Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Borrelie, Syphilis, AIDS)
- Hirntraumata und
- Hirntumore.

Falk (2009) schreibt, dass bei sekundären Demenzen die Behandlung der ursächlichen Erkrankung im Vordergrund steht. Im Zuge der Behandlung der Grunderkrankung findet möglicherweise eine Rückbildung der Beschwerden stat. Daher werden sekundäre Demenzen auch reversible, also als rückbildungsfähige Demenzen bezeichnet.

Bei jeder Form von Demenz mit chronischer Progredienz sind psycho- und soziotherapeutische Ansätze unverzichtbar. Die Angehörigenarbeit ist dabei von grundlegender Bedeutung in der Versorgung dementer Patienten (Kurz, 2002).

Da die verschiedenen Demenzformen unterschiedliche Symptombilder hervorrufen und diese sich wiederum je nach Art und Umfang unterschiedlich auf die Belastung der Angehörigen auswirken, muss die Verteilung der Demenzformen innerhalb der in dieser Arbeit untersuchten Population mitberücksichtig werden. Angaben zur Häufigkeitsverteilung finden sich im folgenden Abschnitt.

1.3. Epidemiologie

Demenzielle Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland bezogen auf Personen ab dem 65. Lebensjahr, rund eine Million Menschen an Demenz leiden. Dabei stehen leichte, mittelschwere und schwere Demenzstadien in einem Verhältnis von 3:4:3 (Bickel, 2002). Eine mögliche Erklärung für den geringen Anteil an diagnostizierten leichten Demenzen, könnte sein, dass beginnende Vergesslichkeit im Alter oft als *normal* gesehen und nicht genauer abgeklärt wird. Nach Bickel (2002) steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter exponentiell an. Sie liegt bei 65- bis 69-jährigen Personen bei rund 1,2 % und etwa alle fünf Lebensjahre findet eine Verdoppelung dieser Prävalenzrate statt. Bei Personen ab einem Alter von 90 Jahren steigt sie auf über 30 % an.

Jahr	Österreichische Bevölkerung (60+ Jahre)	Krankenbestände					
	Millionen	Alle Demenzen		Alzheimer Demenz		Vaskuläre Demenz	
		N	%	N	%	N	%
2000	1,7	90,5	5,41	57,1	3,41	15,7	0,94
2010	1,9	108,4	5,62	68,8	3,56	19,0	0,99
2020	2,3	129,6	5,76	82,7	3,67	22,8	1,01
2030	2,8	163,4	5,88	103,9	3,74	28,6	1,03
2040	2,9	199,8	6,97	128,8	4,49	35,5	1,24
2050	2,8	233,8	8,28	151,4	5,36	40,2	1,42

N= mittlere Krankenbestände in 1000 nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60jährigen in Österreich.
%= mittlere Prävalenz nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60-jährigen in Österreich

Tabelle 4: *Anzahl Demenzkranker in Österreich* (Wancata, 2002)

Die Inzidenzrate der Demenz liegt im Durchschnitt jährlich bei 20.000 Menschen, wobei mit rund 60 % die Alzheimer-Demenz die häufigste Demenzform darstellt. An zweiter Stelle rangieren die vaskuläre Demenz und Mischformen der vaskulären Demenz und der Demenz vom Alzheimer-Typ. Sie treten mit einer Häufigkeit von 15 bis 30 % auf. Bezogen auf die Situation in Österreich gab es im Jahr 1951 rund 35.500 Demenzkranke, zur Jahrtausendwende waren bereits 90.500 Demenzkranke zu verzeichnen (Katschnig et al., 2001, zitiert nach Müller, Mertin, Beier & Them, 2010). Wancata (2002) gibt einen Überblick über die Entwicklung der Häufigkeit von Demenzerkrankungen in Österreich (Tabelle 4). Es ist anzunehmen, dass bis zum Jahr 2050 die Anzahl Demenzkranker in Österreich auf 233.800 ansteigen wird. Diese prognostizierte Krankheitshäufigkeit unterstreicht die Relevanz Unterstützungsmöglichkeiten für alle Betroffenen, eingeschlossen der Angehörigen, zu finden, um die bestmögliche Gesundheit aller im Krankheitsprozess involvierten zu gewährleisten.

1.4.Krankheitsverlauf

Die Demenz vom Alzheimertyp ist die häufigste Erkrankungsform, daher wird nachfolgend der Krankheitsverlauf dieser Demenzform mit Hilfe des *Drei-Stadien-Models* beschrieben. Ebenfalls wird das *Stadienmodell nach Reisberg* dargestellt, welches in der vorliegenden Arbeit zur Einordnung des Demenzschweregrades der Patienten dient. Dem Leser sollen so die Verhaltensweisen der Erkrankten und Veränderung dieser vor Auge geführt werden, um besser zu verstehen, woher die erhöhte Belastung der Pflegepersonen rührt.

1.4.1. Das Drei-Stadien-Modell

Der Krankheitsverlauf wird im Allgemeinen in drei Phasen oder Stadien eingeteilt, welche sich am Selbstständigkeitsgrad der Betroffenen orientieren. Die Einteilung dient der Erfassung des Schweregrades der Erkrankung, um so die Notwendigkeit pflege- und hauswirtschaftlicher Interventionen zu prüfen und gegebenenfalls einzuleiten. Eine scharfe und eindeutige Trennung der Stadien voneinander ist nicht immer möglich. Sie können fließend ineinander übergehen, da der zeitliche Rahmen und die auftretenden Symptome individuelle Unterschiede zeigen. Stadienmodelle stellen somit immer nur eine Möglichkeit zur groben Orientierung dar (Köther & Gnamm, 2000).

Erstes Stadium

Im Vordergrund des frühen Stadiums stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses. Die Betroffenen vergessen Gesprächsinhalte, verlegen Gegenstände, vergessen Verabredungen und erinnern sich nur bruchstückhaft an wenige Stunden zurückliegende Ereignisse. Sie sind eingeschränkt in der Fähigkeit neue Informationen zu speichern und abzurufen. Das Denken wird durch eine zunehmende Unfähigkeit, Wichtiges von Unwichtigen zu unterscheiden, Zusammenhänge zu erkennen und logische Schlüsse zu

ziehen, erschwert. Ebenso geht das Urteilsvermögen verloren und erste Sprachstörungen treten auf. Dabei handelt es sich meist um Wortfindungsstörungen. Bezeichnungen für Gegenstände werden nicht gefunden, stattdessen werden die richtigen Bezeichnungen durch Umschreibungen ersetzt. Auch die Ausdrucksweise wird unpräzise, umständlich und inhaltsarm (Kurz, 2005). Häufig gebrauchte Redewendungen hingegen bleiben erhalten und die erkrankte Person kann somit oberflächlich einen noch sehr beredeten Eindruck machen (Förstl, Calabrese & Hartmann, 2001). In diesem Stadium ist bei vielen Patienten auch eine Beeinträchtigung in der räumlichen Orientierung und der Wahrnehmung festzustellen. Besonders beim Autofahren fällt auf, dass Abstand und Geschwindigkeit kaum noch eingeschätzt werden können und beim Lesen kann die Zeile nicht gefunden werden. Der reibungslose Ablauf der Auge-Hand-Koordination ist nicht mehr intakt, weshalb bereits das Öffnen einer Tür ein Hindernis darstellen kann (Kurz, 1995). Zwar sind Betroffene noch weitgehend selbstständig, für Aufgaben wie Behördengänge, Geldgeschäfte oder Reisen ist aber Unterstützung notwendig (Förstl et al., 2001). Ist die erkrankte Person berufstätig wird das Nachlassen der ursprünglichen Leistungsfähigkeit üblicherweise früher bemerkt als in der häuslichen Umgebung. Im frühen Stadium zeigen Betroffene ein Nachlassen des Antriebs und der Eigenaktivität, aber auch Reizbarkeit und starke Stimmungsschwankungen. Grund dafür können Scham, Verunsicherung und Depression sein, da die Betroffenen sich in dieser Phase der Erkrankung über das Nachlassen ihrer Fähigkeiten durchaus bewusst sind (Kurz, 2002).

Zweites Stadium

Die Symptome des ersten Stadiums nehmen zu und eine selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich, da einfachste Aufgaben wie Einkaufen, Kochen, Ankleiden oder Körperpflege nicht mehr ohne Unterstützung möglich ist. Auch zweckgerichtete Beschäftigungen können nicht mehr durchgeführt werden. Sprachliche

Mitteilungen bestehen nur mehr aus Floskeln mit Wortverwechselungen, -drehungen und Wortwiederholungen. Die Lese- und Rechtschreibfähigkeit geht ebenfalls verloren (Kurz, 1995). Verkennungen optischer und akustischer Umgebungsreize treten häufig auf. Dabei kommt es zu Verwechselungen von Fernsehbildern mit realen Personen oder ein Schatten am Boden wird zu einer unüberwindbaren Stufe (Förstl et al., 2001). Die Betroffenen können sich zeitlich und örtlich nicht mehr orientieren, dabei werden Tageszeiten und Daten verwechselt und der Schlafrhythmus gerät durcheinander. In der eigenen Wohnung und auch außer Haus finden sich die Erkrankten nicht mehr zurecht. Die Erinnerung an die eigene Biographie geht verloren und ein Verstehen der eigenen Krankheit bzw. Situation ist nicht möglich. Trotz, oder vielleicht sogar aufgrund der zunehmenden Symptomatik, kann es vorkommen, dass Patienten der Meinung sind sich in bester gesundheitlicher Verfassung fühlen, zur Arbeit wollen oder beginnen ihre längst verstorbenen Eltern zu suchen. Erstmals treten schwerwiegende Verhaltensveränderungen auf, wie Apathie, gereiztes oder aggressives Verhalten, und wahnhafte Erlebnisdeutungen (Kurz, 2002). Nach Gutzmann (1992) kommt es im zweiten Stadium oft zu Schwierigkeiten mit der Blasenentleerung. Das Auftreten von Inkontinenz ist in vielen Fällen Grund für eine Heimunterbringung.

Drittes Stadium

Im fortgeschrittenen Stadium liegt bereits eine ausgeprägte kognitive Funktionsbeeinträchtigung vor und Erinnerungen sind kaum noch abrufbar. Die Sprachfähigkeit geht ganz verloren oder besteht aus einzelnen Worten. Auch motorische Fähigkeiten, wie das Halten einer Tasse oder das selbstständige Essen gehen verloren und die Betroffenen sind auf eine umfassende Pflege angewiesen. Auch die Kontrolle über Darm- und Blasenentleerung geht in diesem Stadium völlig verloren und Bettlägerigkeit stellt sich ein. Ebenso treten stereotype motorische Abläufe auf, wie Auf-und-Ab-Laufen oder Wischbewegungen (Förstl et al., 2001).

1.4.2. Stadienmodell nach Reisberg

Ein weiteres häufig verwendetes Modell zur Einschätzung des Verlaufs und des Schweregrades der Alzheimer-Demenz ist die *Global Deterioration Scale (GDS)* nach Reisberg (1986). Das Sieben-Stadien-Modell geht von der Annahme aus, dass die Alzheimer-Demenz ein Prozess ist, der in seiner Entwicklung gesetzmäßig durch verschiedene Stadien verläuft und sich dieser Verlauf eindeutig von dem anderer Demenzformen unterscheiden lässt. Das Modell beschreibt diesen Verlaufsprozess sehr differenziert. Es bleibt nur ein geringer Spielraum für individuelle Abweichungen von der Skala. Reisberg (1986) deutet einschneidende Abweichungen vom hierarchischen Ablauf als einen eindeutigen Hinweis auf das Zugrundeliegen einer andersgearteten Erkrankung (Gutzmann, 1992). Diesbezüglich kritisiert Gutzmann, dass ein solch starres Verlaufsmodell den in der Praxis immer wieder beobachteten Verlaufsbesonderheiten widerspricht. In Tabelle 6 wird ein Überblick nach Ihl und Fröhlich (1991) gegeben.

1: keine kognitive Störung (k.S.)	subjektiv und objektiv gesund
2: sehr milde k.S.	verlegt Dinge, Wortfindungsstörungen
3: milde k.S.	berufl. Probleme werden Dritten deutlich
4: mäßige k.S.	Probleme bei Finanzen, Einkaufen
5: mäßig schwere k.S.	Probleme bei Kleiderauswahl, Körperpflege
6: schwere k.S.	a. Probleme beim Anziehen b. Probleme beim Baden c. Probleme beim Toilettengang
7: sehr schwere Einbuße	a. aktiver Wortschaft ca. 6 Worte b. verständlicher Wortschatz 1 Wort c. Verlust der Fähigkeit zu Gehen d. Verlust der Fähigkeit zu Sitzen e. Verlust der Fähigkeit zu Lächeln f. Stupor und Koma

Tabelle 5: *Stadien der Global Deterioration Scale* (Ihl & Fröhlich, 1991)

Je nach Fortschritt der Erkrankung ist es wesentlich die Angehörigen im Umgang mit auftretenden Symptomen zu unterstützen und sie über Möglichkeiten im Umgang mit diesen

zu informieren. Obwohl die auftretenden Ausfallerscheinungen im Anfangsstadium der Demenzerkrankung weniger schwer ausfallen als im darauffolgenden Krankheitsverlauf, dürfte für die Pflegepersonen eben dieses *erste* Wahrnehmen der Erkrankung besonders belastend sein. Nicht nur das alleinige Wissen über den Zustand des erkrankten Angehörigen, sondern ebenso das Vorhandensein von Bewältigungsressourcen bei Konfrontation mit Krankheitssymptomen des jeweils aktuellen Krankheitsstadiums ist wesentlich.

Zusammenfassend lässt sich der Schluss ziehen, dass aufgrund der differentiellen Symptomatik und der unterschiedlichen Ausprägungen, sowie Form der Beeinträchtigungen im progredienten Verlauf der Erkrankung, sich der Anspruch der Angehörigen an Unterstützung zur Bewältigung der Pflege des Erkrankten verändert. Informationen und vermittelte Bewältigungsstrategien müssen auf Form und Schweregrad der vorliegenden Demenzerkrankung abgestimmt werden, um Betroffene bestmöglich zu unterstützen.

2. Pflegende Angehörige

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Untersuchung liegt auf dem Belastungserleben pflegender Angehöriger und auf Faktoren, welche dieses beeinflussen. Daher werden im zweiten Kapitel die Pflegesituation und mögliche Motive zur Pflegeübernahme dargestellt. Ebenso werden die körperlichen, psychischen, finanziellen, sozialen und zeitlichen Auswirkungen häuslicher Pflege beschrieben und die Rolle der unterschiedlichen Krankheitssymptome auf die Belastung erläutert.

2.1. Die Pflegesituation

Hauptpflegepersonen der 65 bis 79-jährigen dementen Pflegebedürftigen sind zu 61% Lebenspartner und zu 24% Töchter, wobei sich dieses Verhältnis umdreht, sobald die zu Pflegenden über 80 Jahre alt sind. Dann sind zu 41% die Töchter die Pflegepersonen und zu 17% die Lebenspartner. Über 80% der Pflegepersonen sind weiblich, sodass bereits von einer sogenannten *Frauenpflege* gesprochen wird. Unklar ist jedoch, ob aufgrund des Familienstrukturwandels und der Zunahme der Erwerbsarbeit von Frauen, diese auch zukünftig zu einem so großen Teil bereit sein werden, sich der familiären Pflege zu widmen (Gutzmann & Zank, 2005).

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen stellt fest, dass pflegende Angehörige der größte Pflege- und Betreuungsdienst sind und aus ökonomischer Sicht für den Staat eine wichtige personelle und finanzielle Ressource darstellen. Immerhin werden in Österreich rund 80% der Demenzerkrankten zu Hause gepflegt (ÖBIG, 2005; zitiert nach Müller, Mertin, Beier & Them, 2010, S. 4). In einer Studie über Gesundheit und Belastung der Pflegenden (Gäßel, 1998) stellt sich heraus, dass die häusliche Pflege von Demenzpatienten fast ausschließlich von engeren Verwandten ausgeübt wird. Im Gegensatz dazu wird die Pflege nichtdemenzerkrankter Menschen durchaus auch von nicht verwandten

oder ferner verwandten Personen übernommen. Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse der Studie von Sörensen und Pinquart (2005) liegt das Durchschnittsalter der Pflegenden bei rund 58,9 Jahren. Die Pflegedauer beträgt in etwa 4,6 Jahre.

Pflegende Angehörige leisten wöchentlich pflegerische Tätigkeiten in einem Mindestausmaß von 40 Stunden für ihre chronisch kranken Angehörigen (Pinquart & Sörensen 2005). Die Pflege der demenzkranken Menschen bedeutet für Angehörige nicht nur die Bewältigung pflegerischer Aufgaben, sondern auch zeitliche und finanzielle Einschränkungen und die Konfrontation mit Verhaltensauffälligkeiten. Das Zusammenleben mit dem erkrankten Angehörigen bedeutet für die Verwandten ein langsames, mit Trauer verbundenes Abschiednehmen (Gutzmann & Zank 2005). Folglich ist die Aussage gerechtfertigt, dass pflegende Angehörige Demenzerkrankter eine noch weitaus höhere Belastung erleben, als bei der Pflege von nicht Dementen der Fall ist.

Bickel hat in einer Studie von 1999 festgestellt, dass Heimbewohner nicht nur sehr häufig an einer Demenzerkrankung leiden, sondern dass diese Erkrankung eindeutig der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim war. Die Überforderung der pflegenden Angehörigen im Zusammenspiel mit deren eigener gesundheitlichen Problemen kann zu einem Zusammenbruch der häuslichen Pflege führen. Eine stationäre Pflege ist oftmals der letzte Ausweg, wenn vorhandene Ressourcen nicht mehr ausreichen, um die häusliche Pflege aufrecht zu erhalten (Schacke & Zank 1998).

2.2. Motive zur Pflegeübernahme

Pflegende Angehörige haben verschiedene Gründe bzw. Motive, warum sie die Pflege übernehmen. Als häufigster Grund für die Bereitschaft der Pflegeübernahme wird seitens der pflegenden Angehörigen häufig auf die Selbstverständlichkeit dieser Leistung innerhalb einer Familie hingewiesen. Grund ist aber nicht nur diese Selbstverständlichkeit alleine, denn oftmals sind pflegende Angehörige auch davon überzeugt, dass der dementiell

Erkrankte im umgekehrten Fall ebenso gehandelt hätte (Hejda, 2002). Eine zusätzliche Motivation ist gegeben, wenn zwischen Pflegenden und Erkrankten eine enge emotionale Beziehung und Bindung vorhanden ist. Diese Beziehungsqualität wirkt sich auch auf das Empfinden der pflegebedingten Belastung aus. Ebenfalls kann ein starker christlicher Glaube die Motivation zur Übernahme von Pflege erhöhen. Wilz (2002) schreibt dazu, dass eine Pflegemotivation , die aufgrund einer positiven Beziehung zum Demenzkranken entsteht, sich günstig auf das Belastungserleben auswirkt, da den pflegebedingten Belastungen positives zwischenmenschliches Erleben gegenübergestellt werden kann.

Auch in Familien vorherrschende negative Vorstellungen über Pflegeheime führen dazu, dass die Pflege in der Häuslichkeit übernommen wird (Breidert, 2000). In einem Artikel der Zeitschrift *Pflegen Ambulant* wird eine weitere Hypothese aufgestellt, warum pflegende Ehefrauen die Pflege übernehmen. Diesbezüglich wird folgende Aussage getroffen:

> *„Die Versorgung durch die Ehefrau wird in unserer Gesellschaft vorausgesetzt. Man kann davon ausgehen, dass die Bereitschaft dazu bei den meisten Ehefrauen aus traditioneller Ehevorstellung herrührt, die am gemeinsamen Zusammenleben orientiert ist. Dieses Verantwortungsgefühl besteht häufig auch bei einer konfliktbehafteten ehelichen Beziehung.“* (Klostermann 2004, S. 21).

Weitere Gründe für eine Pflegeübernahme können aber auch Entschädigungen, andere materiellen Interessen oder moralische Verpflichtungen gegenüber den Erkrankten sein (Hejda, 2002). Sind ausschließlich dies Hauptgründe für die häusliche Pflege, besteht die Gefahr einer höheren Belastung, weil innere Konflikte seitens des pflegenden Angehörigen aufgrund solcher unzureichender Beweggründe entstehen können.

2.3. Belastungen durch die Pflegeübernahme

Im folgenden Kapitel werden die körperlichen, psychischen, zeitlichen, finanziellen und sozialen Folgen für pflegende Angehörige durch die häusliche Pflege beschrieben, da das Belastungserleben der Pflegepersonen einen wesentlichen Aspekt der vorliegenden Arbeit darstellt.

2.3.1. Physische Auswirkungen

Es sind 73% der pflegenden Angehörigen, die angeben überdurchschnittlich stark an ausgeprägten körperlichen Beschwerden zu leiden (Gräßel, 2002). In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass 45,1% aller pflegenden Angehörigen Demenzkranker körperlich erschöpft sind und 34,1% das Gefühl haben, ihre Gesundheit sei angegriffen. 39,9% der pflegenden Angehörigen gehen aus diesem Grund zum Arzt (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2003). Im Verlauf der Erkrankung kann es auch zu einer Veränderung des Tag-Nacht-Rhythmus des Erkrankten kommen, welche ebenfalls zu Unterbrechungen des Nachtschlafes der Pflegeperson führt. In einer Untersuchung von Gräßel (2000) geben 51% der pflegenden Angehörigen an, dass sie durchschnittlich 2,4-mal pro Nacht geweckt werden. Dieser Umstand kann zu Schlaflosigkeit führen, was auch von 34% der Angehörigen bestätigt wird (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2003). Engel (2007) stellt fest, dass nicht nur ein veränderter Tag-Nacht-Rhythmus, sondern die psychischen Verhaltensstörungen allgemein den stärksten Einfluss auf das Belastungserleben der Pflegepersonen darstellen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass pflegende Angehörige von Demenzkranken häufiger Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen als pflegende Angehörige von Nicht-Demenzkranken. Auch Burns und Rabins (2000) geben an, dass pflegende Angehörige häufig psychotrope Substanzen einnehmen. Obwohl das Ausmaß körperlicher Beschwerden in signifikantem Zusammenhang mit dem Belastungserleben

steht, neigen pflegende Angehörige dazu, ihre eigenen physischen und mentalen Probleme zu negieren (Chenier, 1997).

2.3.2. Psychische Auswirkungen

Besonders die Depressionsprävalenz ist bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken signifikant höher, als bei gleichaltrigen Personen, die keine häusliche Pflegearbeit leisten. Engel (2007) zitiert Studienergebnisse von Small, Rabins, Barry, Buckholtz, DeKosky, Ferris et al. (1997), wonach eine erhöhte Prävalenzrate für eine depressive Störung von 36% bei pflegenden Angehörigen, anstatt 9,6% in einer gesunden Kontrollgruppe festgestellt werden konnte. Auch Pinquart und Sörensen (2002) stellen fest, dass die Pflege Dementer psychisch belastender ist, als die Pflege Nicht-Dementer. Die in Kapitel 2.3.4. beschriebenen Verhaltensstörungen spielen mitunter die wichtigste Rolle bei der Entstehung von psychischer Belastung. Neben Depressionen zeigen sich bei pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen ein erhöhtes Stresserleben und ein vermindertes subjektives Wohlbefinden (Pinquart & Sörensen, 2002; Chenier, 1997). Coen, Swanwick, O´Boyle und Coakley (1997) stellen fest, dass Angehörige, mit einer größeren Entfernung in den Kategorien Verwandtschaftsgrad, Rolle und Beziehung, sich in einer stabileren psychischen Verfassung befinden.

2.3.3. Zeitliche, finanzielle und soziale Auswirkungen

Rund drei Viertel der Pflegepersonen müssen nach eigenen Angaben rund um die Uhr ihrem erkrankten Angehörigen zur Verfügung stehen (Pinquart & Sörensen, 2002). Durch die Unvorhersehbarkeit krankheitsbedingter Verhaltensweisen ist eine dauernde Präsenz der pflegenden Angehörigen notwendig. Diese Tatsache verstärkt das Gefühl der Belastung, insbesondere wenn eine Person alleine hauptverantwortlich für die Pflege ist (Chenier, 1997). Diese zeitlichen Einschränkungen bedingen mitunter den Verzicht auf

Freizeit, Erholung und verursachen reduzierte soziale und familiäre Beziehungen, sowie Verlust von Freundschaft (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2003; Pinquart & Sörensen, 2003; Burns & Rabins, 2000; Chenier, 1997). Laut einer Studie von Rainer, Krüger-Rainer und Croy (2002) geben rund 30% der Befragten an, die Pflege des Angehörigen würde die finanzielle Lage der Familie negativ beeinflussen. Grund dafür seien Verdienstausfall, zusätzliche Aufgaben und auch negative Konsequenzen für den eigenen Rentenanspruch. Verbunden mit der Tatsache, dass die Behandlung und Pflege des Erkrankten hohe Ausgaben verursacht, wird offensichtlich, dass durch die Pflegeübernahme eine schwierige finanzielle Situation für Angehörige entstehen kann.

2.3.4. Symptomkategorien und Belastung

Engel (2007) unterscheidet drei Kategorien von Symptomen der Demenz, nämlich kognitive, nicht-kognitive und körperliche Störungen. Neben kognitiven Störungen wie dem Verlust der Merkfähigkeit, der zeitlichen und örtlichen Orientierung (Wilz, 2002), sowie den körperlichen Begleitsymptomen der Demenz, sind es insbesondere die nicht-kognitiven Symptome, auch Verhaltensstörungen genannt, welche das Belastungserleben der Pflegepersonen erhöhen. Nach Engel (2007) stellen die psychischen Verhaltensstörungen der Erkrankten den stärksten Einfluss auf das Belastungserlebens dar. In der Studie von Schäufele, Köhler, Lode und Weyerer (2007) zeigt sich, dass je ausgeprägter Symptome wie Apathie, Angst, Depressivität, Schlafstörungen, Gereiztheit oder Aggressivität bei den gepflegten Personen sind, desto höher stellt sich die Belastung und Depressivität bei den Hauptpflegepersonen aufgrund der Pflegesituation dar. Mögliche auftretende nicht-kogntive Symptome und ihre Häufigkeiten werden in Tabelle 6 dargestellt.

Agitiertheit, Erregtheit	60.5%
Veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus	40,3%
Angst	39,5%
Persönlichkeitsveränderungen	37,6%
Herumirren	34,0%
Depression	33,6%
Ständiges Wiederholen von Fragen	29,8%
Verbale Aggression	29,2%
Wahnidee	27,4%
Illusionäre Verkennung	19,6%
Pflegeverweigerung (z.B. Bad)	18,9%
Schreien	15,8%
Halluzinationen	15,5%
Physikalische Aggression	15,0%

Tabelle 5: *Auftretenshäufigkeit nicht-kognitiver Symptome* (Wettstein, 2004)

Unvorhersehbare Verhaltensweisen wie Aggression und Wandertrieb stellen dabei eine besondere Belastung dar, da eine ständige Beaufsichtigung des Demenzkranken erforderlich ist. Die nicht-kognitiven Symptome und Defizite im Sozialverhalten beim Erkrankten können zu Gefühlen von Verlust, Trauer und auch zu Aggression und Ablehnung seitens des Angehörigen führen (Bretz, 1998, zitiert nach Gutzmann & Zank, 2005, S.154).

Zusammenfassend wird also ist die Pflege eines an demenzerkrankten Angehörigen von einer Reihe an körperlichen, psychischen und sozialen Einschränkungen begleitet. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wird versucht, die oben erwähnten pflegebedingten Auswirkungen im Kontext der untersuchten Stichprobe zu überprüfen und zu vergleichen.

3. Soziale Problemlösekompetenz

Um die Problemlösefähigkeiten pflegender Angehöriger untersuchen zu können, ist es notwendig, den theoretischen Hintergrund und den Inhalt dieses Konstrukts zu beleuchten. Zum besseren Verständnis des postulierten Zusammenhanges von Problemlösen und sozialer Kompetenz in Kapitel 4.3. werden die Barrieren beim Problemlösen nach Dörner (1967) dargestellt Danach werden Modelle speziell zum sozialen Problemlösen beschrieben. Abschließend werden vorliegende Befunde zu Problemlösedefiziten in klinischen Stichproben aufgezeigt.

3.1. Problemlösen

Grundvoraussetzung für das Verständnis des Problemlösens als Denkprozess ist die Klärung was genau ein Problem ist und durch welche unterschiedlichen Charakteristiken ein Problem gekennzeichnet sein kann. Bei der Definition von Dörner (1976) ist die Beschaffenheit der unerwünschten Ausgangslage von zentraler Bedeutung:
"Ein Individuum hat ein Problem, wenn es sich in einem inneren und äußeren Zustand befindet, den es aus irgendwelchen Gründen nicht für wünschenswert hält, aber im Moment nicht über die Mittel verfügt, um den unerwünschten Zustand zu überführen." (Dörner, 1976, S.10)

Ein Problem ist nach dieser Definition durch drei wesentliche Komponenten gekennzeichnet:

(1) durch einen unerwünschten Anfangszustand (Ist-Zustand)

(2) durch einen erwünschten Zielzustand (Soll-Zustand)

(3) durch eine Barriere, die die Transformation von (1) zu (2) verhindert.

Nach Dörner (1976) lassen sich aufgrund dieser wesentlichen Komponenten drei Arten von Problemen unterschieden, deren individuellen Anforderungen sich ein Problemlöser zu stellen hat:

(A) Probleme mit einer Interpolationsbarriere:

Dabei handelt es sich um den einfachsten Fall von Problem. Es sind sowohl Anfangs- als auch Zielzustand sowie die nötigen Operatoren zur Erreichung des Ziels bekannt. Die Problemlösung besteht in einer Kombination von Operatoren und erfolgt mittels Anwendung bekannter Schemata.

(B) Probleme mit einer Synthesebarriere:

Bei dieser Form von Problemen stehen die zur Problemlösung wichtigen Operatoren nicht zur Verfügung, sondern müssen anhand der *Überwindung* gelernter Einstellungen und Denkgewohnheiten eruiert werden.

(C) Probleme mit einer dialektischen Barriere:

Bei der schwierigsten Form von Problemen stehen keine genaue Zieldefinition oder Operatoren zur Verfügung. Die Problemlösung beinhaltet sowohl einen Zielentwurf, der auf äußere und innere Widersprüche überprüft wird, als auch das Finden geeigneter Operatoren zur Zielerreichung.

Dörner betont, dass bei Problemen auch mehrere Barrieren gleichzeitig vorhanden sein können, wobei diese dann sukzessive bearbeitet werden müssen.

Die Erkenntnisse aus der Problemlöseforschung lassen auf eine ähnliche kognitive Struktur und somit auch eine ähnliche Vorgehensweise beim Lösen einfacher und komplexer Probleme über alle Individuen hinweg schließen. Interindividuelle Unterschiede ergeben sich aus Differenzen in Einzelaspekten dieser kognitiven Struktur, worunter beispielsweise die

Fähigkeit zu Analogieschlüssen oder unterschiedliche Ausprägungen von Personenmerkmalen wie z.B. Selbstsicherheit oder emotionale Stabilität, zu zählen sind.

In der vorliegenden Arbeit spielen die eben vorgestellten Problembarrieren nach Döring insofern eine Rolle, da sie einen theoretischen Rahmen bieten, in welchem die untersuchten Konstrukte Krankheitswissen und Problemlösefähigkeit integriert werden können. Die postulierten Hypothesen hinsichtlich des Zusammenhanges von Krankheitswissen und dem Problemlöseprozess können so theoretisch begründet werden (Kapitel 4.3.).

3.2. Modelle zum sozialen Problemlösen

Die ursprünglichen Autoren des Modells zum sozialen Problemlösen sind D´Zurilla und Goldfried (1971), wobei ihr Modell in weiterer Folge mehrmals erweitert und revidiert wurde (D´Zurilla, 1986; D´Zurilla & Nezu, 1982, 1990,1999; Maydeu-Oliveares & D´Zurilla, 1995, 1996; Nezu & D´Zurilla, 1989, zitiert nach D´Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2004). Es wurden ebenfalls mehrere Modifikationen dieses Modells in der Literatur zur klinischen Psychologie, der psychologischen Beratung, der Bildung- und Gesundheitspsychologie vorgenommen (Crick & Dodge, 1994; Frauenknecht & Black, 2003). Aufgrund der thematischen Relevanz hinsichtlich der vorliegenden Diplomarbeit wird im Folgenden das *Soziale Problemlöse-Modell nach D´Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares (2002)* näher beschrieben, da dieses auch die theoretische Grundlage für das in der Arbeit angewandte Erhebungsinstrument *Social Problem-Solving Inventory- Revised* (SPSI-R) bildet. Ebenso wird das *Relational/Problem-Solving Model*, welches eine Integration der Stresstheorie Lazarus´s und dem sozialen Problemlöse-Modell nach D´Zurilla et al. (2002) darstellt, beschrieben. Es zeigt den Zusammenhang von Stress und Wohlbefinden auf und berücksichtigt dabei soziale Problemlösefähigkeiten als vermittelnde Variable.

3.2.1. Das Soziale Problemlöse-Modell

D´Zurilla und Nezu (1982) beziehen den Begriff des sozialen Problemlösens auf Problemlöseprozesse, die im alltäglichen Leben vorkommen. Das Adjektiv *sozial* soll nicht den Eindruck erwecken, dass sich die Erforschung von Problemlöseprozessen im Rahmen dieses Modells auf einen bestimmten Typ von Problemen bezieht. Der Begriff sozial wird verwendet, um zu betonen, dass das Interesse sich auf Problemlöseprozesse bezieht, welche die adaptiven Funktionen eines Individuums in dessen realen sozialen Umfeld beeinflussen. Somit beschäftigen sich Studien zu diesem Modell mit allen Arten von Problemen, welche die Funktionsfähigkeit eines Individuums beeinflussen können, und zwar auf der Ebene impersonaler Probleme, personaler oder intrapersonaler Probleme, wie auch interpersonaler Probleme. Ebenso werden Probleme mit eingeschlossen, die sich auf gesellschaftlicher Ebene abspielen, wie beispielsweise Kriminalität oder Rassendiskriminierung. D´Zurilla (1986, zitiert nach Graf, 2004, S. 95) beschreibt die soziale Problemlösefähigkeit als eine wesentliche Komponente sozialer Kompetenz.

3.2.1.1. *Begriffsdefinitionen*

Drei grundlegende Begriffe im Modell von D´Zurilla et al. (2002) sind unter *Problemlösen*, *Problem* und *Lösung* zusammenzufassen.

In D´Zurilla et al. (2004) wird **Problemlösen** definiert als ein selbstgesteuerter kognitiv-behavioraler Prozess, durch welchen Individuen, Paare oder Gruppen versuchen effektive Lösungen für spezifische Probleme zu finden, welche ihnen im alltäglichen Leben begegnen. Dieser kognitiv-behaviorale Prozess schafft eine Palette an möglichen effektiven Lösungen für ein bestimmtes Problem und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die effektivste Lösung unter den möglichen Alternativen ausgewählt wird (D´Zurilla & Goldfried, 1971). Wie die Definition schon andeutet, ist soziales Problemlösen eine bewusste, rationale, zielorientierter und zielgerichtete Aktivität. Abhängig vom zu

erreichenden Ziel, kann dieser Prozess dazu dienen die problematische Situation zu verbessern und den emotionalen Stress, der durch die Situation entsteht, zu vermindern.

Ein **Problem**, oder eine problematische Situation, ist definiert als eine beliebige Lebenssituation oder eine zu bewältigende Aufgabe, welche eine Anpassungsreaktion erfordert. Diese Reaktion ist für die betroffene Person jedoch nicht sofort offensichtlich, oder nicht verfügbar. Grund dafür sind eine oder mehrere Hindernisse die es der Person nicht ermöglichen auf das Problem in adäquater Weise zu reagieren. Die Anforderungen in einer Problemsituation können in der Umwelt liegen, wenn es sich beispielsweise um objektive Anforderungen handelt, oder auch innerhalb der Person, wozu persönliche Ziele, Bedürfnisse oder Verpflichtungen zählen. Zu den Hindernissen, die eine adäquate Reaktion verhindern, zählen die Neuheit, die Unklarheit oder die Unvorhersehbarkeit des Problems. Ebenso können die widersprüchlichen Anforderungen, die ein Problem an eine Person stellt, wie auch eine unzureichende Umsetzungsfähigkeit oder mangelnde Ressourcen erfolgreiches Problemlösen behindern. Eine besondere Art von *Real-Life-Problemen* sind interpersonale Probleme, in denen eine effektive Lösungsfindung durch unterschiedliche Ansprüche oder Erwartungen zweier oder mehrerer in Beziehung stehender Individuen behindert wird (Jacobson & Margolin, 1979). In diesem Kontext ist Problemlösen als ein kognitiv-interpersoneller Prozess zu sehen, der darauf abzielt, eine Lösung zu finden, die für alle Beteiligten akzeptabel und zufriedenstellend ist.

Eine **Lösung** ist ein situationsspezifisches Bewältigungsverhalten oder ein Verhaltensmuster. Dieses Verhalten ist Produkt oder Ergebnis eines Problemlöseprozesses. Eine effektive Lösung zeichnet sich dadurch aus, dass das angestrebte Ziel erreicht wird, wie beispielsweise eine Verbesserung der Situation oder eine Stressreduktion, wobei gleichzeitig andere positive Konsequenzen maximiert und negative Konsequenzen minimiert werden.

Bei den relevanten Konsequenzen handelt es sich um lang- wie auch kurzfristige persönliche und soziale Folgen. Bezogen auf interpersonale Probleme ist eine Lösung dann effektiv, wenn ein Problem gelöst wird und das Ergebnis für alle Beteiligten akzeptabel und zufriedenstellend ist. Die Lösung beinhaltet somit einen Konsensus, einen Kompromiss oder eine ausgehandelte Vereinbarung, die den Interessen und dem Wohlergehen aller Beteiligten Rechnung trägt (D´Zurilla et al., 2004).

3.2.1.2. *Dimensionen Sozialer Problemlösefähigkeiten*

Soziales Problemlösens ist kein einheitliches, sondern ein multidimensionales Konstrukt, das sich aus mehreren unterschiedlichen, wenngleich auch zusammenhängenden, Komponenten zusammensetzt. Dabei handelt es sich um eine motivationale Komponente, der Problemorientierung und um ein Set von vier spezifischen Problemlösefähigkeiten. Diese vier Problemlösefähigkeiten charakterisieren wiederum die in D´Zurilla et al. (2002) beschriebenen drei Problemlöse-Stile, die ebenfalls weiter unten genauer beschrieben werden.

Problemorientierung

Die kognitive Subkomponente der Problemorientierung beschreibt das Maß vorhandener Aufmerksamkeit um Probleme zu erkennen, sowie eine Reihe generalisierter und relativ stabiler Attributionen, Einschätzungen und Erwartungen bezüglich potentieller Probleme und den Umgang mit ihnen. Diese kognitiven Variablen beinhalten nach Graf (2004) allgemeine Überzeugungen über Problemursachen, die Einschätzung derer Wichtigkeit für das eigene Wohlbefinden und die persönliche Kontrollüberzeugung. Ebenfalls fallen darunter Erwartungen darüber, wie viel Zeit und Anstrengung für die Lösung des Problems nötig sein wird.

Die emotionale Subkomponente setzt sich zusammen aus unmittelbaren emotionalen zuständen, die ein Individuum mit problematischen Situationen assoziiert. Das können positive Emotionen, wie Hoffnung oder Eifer, negative Emotionen, wie Angst, Ärger, oder Depression sein. Es kann auch sein das die Person gemischte Gefühle bezüglich der Problemsituation entwickelt.

Unter die behaviorale Subkomponente fallen Annäherungs- und Vermeidungstendenzen bezüglich der problematischen Situation. Personen mit Annäherungstendenz neigen dazu, sich mit dem Problem zu konfrontieren und es unverzüglich zu lösen, wohingegen vermeidende Individuen das Lösen des Problems hinausschieben oder sie von anderen Personen abhängig machen (Graf, 2004).

D´Zurilla et al. (2004) beschreiben eine positive Problemorientierung als ein konstruktives, kognitives Problemlöseset, welches eine Person Probleme als Herausforderung sehen lässt und daran glauben lässt, dass bestehende Probleme gelöst werden können. Diese Personen glauben an ihre eigenen Fähigkeiten, Probleme erfolgreich zu lösen und sind sich bewusst, dass erfolgreiches Problemlösen Zeit, Mühe und Hartnäckigkeit erfordert. Sie engagieren sich, um Probleme rasch zu erledigen, anstatt sie zu vermeiden. Im Gegensatz dazu, enthält die negative Problemorientierung kognitive und emotionale Charakteristika, die als dysfunktional und hinderlich zu bezeichnen sind. Dabei handelt es sich um Tendenzen ein Problem als Bedrohung des Wohlbefindens zu interpretieren und als unlösbar anzusehen. Es wird an der eigenen Problemlösefähigkeit gezweifelt, was zu einer geringen Selbstwirksamkeit führt und es besteht folglich eine geringe Frustrationstoleranz im Umgang mit Problemen.

Problemlösefähigkeiten und Problemlöse-Stile

D´Zurilla et al. (2004) unterscheiden drei unterschiedliche Problemlösestile, nämlich den Stil des *rationalen Problemlösens*, den Stil der *Impulsivität/Nachlässigkeit* und den Stil der *Vermeidung*.

Diesen drei Dimensionen liegen die folgenden vier Problemlösefertigkeiten zugrunde:

- Problemdefinition und –formulierung,
- Erarbeitung von alternativen Lösungen,
- Entscheidungsfindung und
- Lösungsumsetzung und –überprüfung.

Der *Stil des rationalen Problemlösens* ist gekennzeichnet durch eine rationale, reflektierte, systematische und geschickte Anwendung effektiver und angepasster Problemlöseprinzipien und –techniken. Personen die in dieser Art und Weise Probleme lösen, sammeln sorgfältig und systematisch Informationen, identifizieren Anforderungen und Hindernisse, setzen sich ein Lösungsziel, generieren alternative Lösungsansätze, wägen diese ab und evaluieren die Durchführung des ausgewählten Lösungsweges.

Der *Stil der Impulsivität/Nachlässigkeit* ist gekennzeichnet durch aktive Versuche, Problemlösestrategien und –techniken anzuwenden, diese Versuche sind jedoch hektisch, impulsiv und unvollendet. Die erste Lösung, die der betroffenen Person in den Sinn kommt, wird von dieser unüberlegt umgesetzt. Alternativen werden bei diesem Stil schnell, unachtsam und unsystematisch durchdacht und die Kontrolle der Lösungsergebnisse wird vernachlässigt.

Im Gegensatz dazu ist der *Stil der Vermeidung* geprägt durch Zögern, Passivität und Abhängigkeit. Personen, welche auf diese Art ihre Probleme lösen, vermeiden Probleme, anstatt sich ihnen zu stellen, zögern die Lösung längst möglich hinaus, warten darauf, dass sich Probleme von selbst lösen und versuchen die Verantwortung auf andere abzuwälzen (Graf, 2004).

3.2.2. Das Relational/Problem-Solving Model of Stress

Das stressreiche Lebensereignisse das Wohlbefinden eines Menschen negativ beeinflussen können, wird weiter unten in Kapitel 3.3. beschrieben, wobei unter anderem pathologische Gemütszustände, wie Depression und Suizid in Zusammenhang mit einer verminderten Problemlösefähigkeit der Betroffenen dargestellt wird. Ein Ansatzpunkt zur Erklärung dieser Zusammenhänge stellt das Relational/Problem-Solving Model of Stress dar. Es ist an das Soziale Problemlöse-Modell nach D´Zurilla et al. (2002) angelehnt und legt dessen Fokus auf Stresserleben und daraus resultierende Befindlichkeitsstörungen. Es basiert auf der Annahme, dass die soziale Problemlösefähigkeit eine Moderator- bzw. Mediatorvariable zwischen dem Erleben stressreicher Lebensereignisse und dem Wohlbefinden darstellt. Die Problemlösefähigkeit spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Stress und dient als allgemeine Copingstrategie, deren Vorhandensein die Anpassung an Situationen, allgemeine Kompetenzen, sowie das psychologische und physiologische Wohlbefinden erhöht (D´Zurilla & Nezu, 2007). Das Relational/Problem-Solving Model of Stress integriert das Stress-Modell von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) und das soziale Problemlöse-Modell (D´Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002).

Lazarus (1981) definiert Stress als eine spezielle Form der Person-Umwelt Beziehung, in welcher die geforderten Copingstrategien die vorhandenen Fähigkeiten einer Person überschreiten und das Wohlbefinden gefährdet ist. D´Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares (2002) hingegen definieren ein Problem als eine Lebenssituation, die adaptive

Anpassung der Funktionen erfordert, jedoch eine solche für die betroffene Person nicht sofort verfügbar ist. Integriert man diese beiden Definitionen, lässt sich daraus folgern, dass eine problematische Situation dann zu einer Stresssituation wird, wenn sie schwierig zu bewältigen ist und das Wohlbefinden gefährdet zu sein scheint.

Durch die Integration der beiden Modelle von Lazarus (1981), sowie dem in Kapitel 3.2.1 vorgestellten Modell von D´Zurilla et al. (2004) ergibt sich das Relational/Problem-Solving Model of Stress, das in Abbildung 1 anhand seiner Hauptelemente graphisch dargestellt wird.

Die Grafik zeigt, dass im Modell zwei unterschiedliche Arten von Stresserlebnissen unterschieden wird: *major negative events* (z. B.: Arbeitsplatzverlust, Scheidung, oder der Tod eines nahestehenden Menschen) und *daily problems* (z. B.: schlechte Leistungen bei Aufgabenstellungen, Streit mit dem Ehepartner, oder Probleme mit dem Auto).

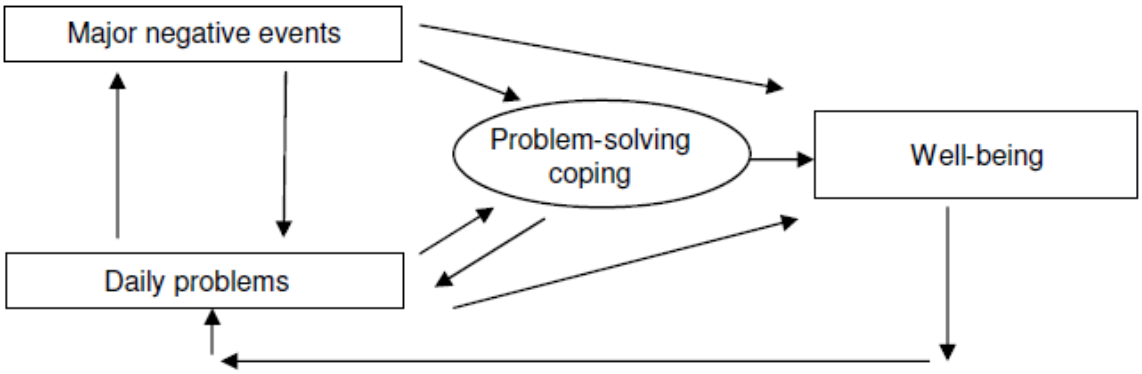


Abbildung 1: *Relational/Problem-Solving Model of Stress* (Bell & D´Zurilla, 2009)

Beides Gruppen von Problemen, welchen der Übergang in eine häusliche Pflegesituation, wie auch die damit einhergehenden Belastungen zugeordnet werden können. Das Modell besagt, dass sich größere negative Ereignisse und Probleme des täglichen Lebens gegenseitig beeinflussen. Das Modell besagt weiter, dass beide Arten von Stresserlebnissen einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden haben. Zusätzlich ist auch eine indirekte Einflussnahme des erlebten Stresses über die Variable *problem-solving coping* auf das Wohlbefinden anzunehmen (D´Zurilla & Nezu, 2007). Wie sehr sich Fähigkeiten

zum Problemlösen tatsächlich auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken können, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

3.3. Soziales Problemlösen und psychische Gesundheit

In den folgenden Kapiteln soll der Zusammenhang zwischen sozialer Problemlösefähigkeit und psychischen Beeinträchtigungen dargestellt werden. Diese Zusammenhänge werden weiter im Kontext der Angehörigenpflege dargestellt, umso die Relevanz des Konstrukts der sozialen Problemlösefähigkeit in der Forschung zur Angehörigenpflege erkennbar zu machen.

3.3.1. Soziale Problemlösefähigkeit und Depression

In den vergangenen Jahren ist eine starke Zunahme an Forschungsarbeiten zu verzeichnen, die sich mit dem Zusammenhang von dysfunktionalen Beziehungen und psychologischen Beeinträchtigungen beschäftigen. Londahl, Tverskoy und D´Zurilla (2005) erhoben die sozialen Problemlösefähigkeiten einer Stichprobe von College-Studenten und untersuchten diese auf den Zusammenhang mit Konflikten in Beziehungen zu Freunden, Partner und Eltern, sowie auf Zusammenhänge mit Depressions- und Angstsymptomen. Dabei zeigte sich die negative Problemorientierung als Prädiktor für erhöhte Depressionswerte. Die Rolle der sozialen Problemlösefähigkeit zeigt sich nicht nur im Kontext dysfunktionaler Beziehungen und psychischer Erkrankungen, sondern auch im Zusammenhang von alltäglichen Stresssituationen und der Anpassung an diese. Bell und D´Zurilla (2009) beschreiben negative Problemorientierung als Moderator- und Mediatorvariable im Zusammenhang von alltäglichem Stress und Anpassung. Bei beiden Geschlechtern stellte sich eine negative Problemorientierung als Mediatorvariable hinsichtlich des erlebten Stresses und internalisierender Symptome, wie der Depression, dar. Die Rolle der sozialen Problemlösefähigkeit als Moderatorvariable im Zusammenhang von

negativen Lebensereignissen und internalisierten Symptomen, wie Angst und Depression, wird weiter in der Überblicksarbeit von D´Zurilla und Nezu (2007) beschrieben.

Bereits bei 8 bis 12- jährigen Kindern beeinflusst die soziale Problemlösefähigkeit signifikant den Zusammenhang von negativen Lebensereignissen und der Entstehung einer Depression. Kinder mit einer höheren sozialen Problemlösefähigkeit entwickeln mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eine Depression, als Kinder mit einer geringeren Fähigkeit Probleme zu lösen (Goodman, Gwendell & Kaslow, 1995).

Bei älteren Personen stellt die sogenannte *Late-Life-Depression* ein besonderes Problem dar, da depressive Symptomatik bei älteren Patienten aufgrund somatischer Beschwerden häufig unbemerkt bleibt. Problemlöse-Therapien führen bei älteren Menschen in der häuslichen Pflege nachweislich zu einer Verringerung der depressiven Symptomatik und zu einer erhöhten Fähigkeit Probleme zu lösen (Gellis, McGinty, Tierney, Jordan, Burton & Misener, 2008).

3.3.2. Soziale Problemlösefähigkeit und Suizid

Eines der psychologischen Hauptmerkmale von Personen mit suizidalen Verhaltensweisen ist ein Defizit in der Fähigkeit mit Problemen umzugehen. Pollock und Williams (1998) stellen fest, dass erwachsene Patienten nach Selbstmordversuchen eine deutlich geringere soziale Problemlösefähigkeit besitzen. Die Autoren bringen erfolgreiches Problemlösen mit der Art des Abrufs von Erinnerungen in Zusammenhang. Sie schreiben depressiven und parasuizidalen Patienten, aufgrund ihrer unzureichenden Fähigkeit spezifische autobiographische Erinnerungen abzurufen, eine verminderte soziale Problemlösefähigkeit zu. Auch Evans, Williams, O´Loughlin und Howells (1992) fanden einen starken Zusammenhang zwischen dem Grad an Übergeneralisierung autobiographischer Erinnerungen und der Effektivität Probleme zu lösen in einer Population von Personen nach einem Selbstmordversuch. Betroffenen würde es durch die

übergeneralisierende Erinnerungstendenz schwerer fallen, Probleme zu definieren und alternative Lösungswege zu generieren. Insbesondere eine negative Problemorientierung korreliert hoch mit Hoffnungslosigkeit, Depression und Suizidrisiko (D´Zurilla, Chang & Nottingham, 1998). Sadowski und Kelly (1993) stellen fest, dass Jugendliche, nach versuchtem Selbstmord, signifikante Defizite in beiden Dimensionen zeigen, der Problemorientierung, wie auch der Problemlösestile. Nicht nur bei Jugendlichen, auch bei älteren Personen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang der sozialen Problemlösefähigkeit und suizidalem Verhalten. Depressive Personen ab einem Alter von 60 Jahren, welche einen Selbstmordversuch unternommen hatten, zeigten im Gegensatz zu einer depressiven und einer gesunden Kontrollgruppen, schlechtere soziale Problemlösefähigkeiten. Sie nehmen ihre Probleme negativer wahr und reagieren auf sie impulsiver. Alle beiden depressiven Gruppen, mit Selbstmordversuch, wie auch ohne, zeigten einen geringeren rationalen Problemlösestil und eine höhere Vermeidung als Nicht-Depressive (Gibbs, Dombrovski, Morse, Siegle, Houck & Szanto, 2009). Speckens und Hawton (2005) betonen jedoch, dass noch keine eindeutigen Aussagen über die Kausalität der Beziehung von sozialer Problemlösefähigkeit, Hoffnungslosigkeit und Depression möglich sind. Beispielsweise verschwinden in der Studie von Grover, Green Pettit, Monteith, Garza und Venta (2009) die Effekte der Problemlösefähigkeit als vermittelnde Variable von Stress und Suizidverhalten, wenn die Variablen Depression und Hoffnungslosigkeit kontrolliert werden. In ihrer Überblicksarbeit stellen Speckens und Hawton (2005) fest, dass nicht klar ist, ob ein Defizit an Problemlösefähigkeiten bei Jugendlichen zu einer Depression und in weiterer Folge zum Suizidversuch führt, oder ob die Depression alleine der wirkende Hauptfaktor ist.

3.4. Soziale Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger

Die Belastung von pflegenden Angehörigen unterscheidet sich nicht nur von der nicht-pflegender Angehöriger, sondern unterliegt auch innerhalb der Population Betroffener einer Schwankungsbreite. In Studien zur Belastung von pflegenden Angehörigen werden nur wenige Informationen darüber geliefert, wie sich Pflegepersonen, welche ein hohes Maß an Rollenanpassung zeigen und jene, die mehr Schwierigkeiten mit der entstandenen Pflegesituation haben, unterscheiden. Es ist wichtig zu untersuchen, warum sich Betroffene im Ausmaß des erlittenen Stresses, der persönlichen Kontrollfähigkeit und in ihrer Lebenszufriedenheit unterscheiden, um adäquate Intervention anbieten zu können (Decker, Schultz & Wood, 1989).

Wie D´Zurilla und Nezu (1999) schreiben, unterscheiden sich Pflegepersonen in ihrer Fähigkeit Probleme des alltäglichen Lebens zu lösen, wobei diese Fähigkeit wiederum mit einer generellen Anpassungsfähigkeit dieser Personen assoziiert ist. Die Fähigkeit soziale Probleme effektiv zu lösen steht in Zusammenhang mit der Anpassungsfähigkeit an alltägliche, wie auch besonders stressreiche Bedingungen. Die Pflege eines erkrankten Angehörigen zu übernehmen, bedeutet mit stressreichen Bedingungen im Alltag konfrontiert zu sein. Wie im vorhergehenden Kapitel gezeigt wurde, stellt Problemlösen einen vielversprechenden Ansatzpunkt dar, um belastete Pflegepersonen in Bezug auf ihr Bewältigungsverhaltens zu differenzieren.

Elliott, Shewchuk und Richards (2001) zeigen, dass nicht nur die objektiv feststellbare soziale Problemlösefähigkeit, sondern ebenso die subjektive Überzeugung, über diese Fähigkeit zu besitzen mit der Belastung durch die Pflege korreliert. Personen die ihre Problemlösefähigkeiten negativ einschätzen sind gefährdeter während des ersten Pflegejahres eine Depression, eine Angststörung oder eine körperlichen Erkrankung zu erleiden. Elliott und Shewchuk (2003) untersuchten den Zusammenhang der sozialen

Problemlösefähigkeit von pflegenden Angehörigen, welche einen erst seit kurzem körperlich schwer beeinträchtigten Angehörigen pflegen, und ihrer Stresswerte. Es zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen negativer Problemorientierung und den Stresswerten, unabhängig davon, wie schwer die körperlichen Beeinträchtigungen der Angehörigen waren. Demnach dürfte eine negative Problemorientierung pflegender Angehöriger mit einem erhöhten Risiko einhergehen, psychische und gesundheitliche Probleme zu entwickeln. Ähnlich konnten auch Noojn und Wallander (1997) nachweisen, dass Mütter körperlich behinderter Kinder geringere Depressions- und Stresswerte aufwiesen, je effektiver ihre soziale Problemlösefähigkeit war. Elliott, Berry und Grant (2009) führten eine Intervention zur Verbesserung des Problemlösens bei pflegenden Angehörigen schwer behinderter Frauen durch. Durch die Intervention verbesserten sich die Depressionswerte signifikant, Gesundheitsbeschwerden und die Lebenszufriedenheit jedoch blieben unbeeinflusst. Auch bei pflegenden Angehörigen sehbehinderter Patienten besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialen Problemlösefähigkeit und psychischen Beeinträchtigungen. Ein dysfunktionaler und ineffektiver Problemlösestil stellte sich als signifikanter Prädiktor für ein vermehrtes Auftreten von depressiven Symptomen und eine geringere Lebenszufriedenheit. Insbesondere die Problemorientierung und die Motivation Probleme zu lösen standen in signifikantem Zusammenhang mit depressiver Symptomatik und Lebenszufriedenheit (Bambara, Owsley, Wadley, Martin, Porter & Dreer, 2009). Elliott, Shewchuk und Richards (1999) stellten nicht nur einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer geringeren sozialen Problemlösefähigkeit der angehörigen Pflegeperson und einer damit einhergehenden geringeren Akzeptanz der Behinderung des gepflegten Angehörigen fest. Auch der Patient selbst wird durch eine impulsive und nachlässige Art des Problemlösens seitens der Pflegeperson negativ beeinflusst. Im Verlauf eines Jahres zeigte

sich bei den Patienten, deren pflegende Angehörige über negative Problemlösetendenzen verfügten, nach einem Jahr ein erhöhtes Ausmaß an Dekubitus-Diagnosen.

In Anbetracht der vorliegenden Datenlage scheint es indiziert das Konstrukt sozialen Problemlösens auch im Kontext der häuslichen Pflege Demenzkranker zu untersuchen. Das erhöhte Depressionsrisiko in der Population von pflegenden Angehörigen und die eindeutigen Belege für den Zusammenhang dieser Erkrankung mit der Fähigkeit konstruktiv mit Problemen umzugehen, verspricht relevante Ergebnisse im Rahmen der vorliegenden Studie. Die Einflussstärke dieser Fähigkeit auf das subjektive Belastungserleben der pflegenden Angehörigen könnte weitere Hinweise auf einen erfolgsversprechenden Einsatz von Interventionen zur Steigerung der Problemlösefähigkeit liefern.

4. Krankheitswissen

Zu der Einflussnahme der Fähigkeit Probleme zu lösen, wird zusätzlich der Einfluss des Krankheitswissens der pflegenden Angehörigen auf die erlebte Belastung untersucht. Was Krankheitswissen bewirkt, wie viel Angehörige über Demenz wissen und welcher Zusammenhang zwischen den Konstrukten Problemlösen und Krankheitswissen vermutet wird, wird nachfolgend dargestellt.

4.1. Krankheitswissen als Ressource

Der hohe Stellenwert des Wissens Betroffener um ihre Krankheit wird in der Definition von Psychoedukation von Bäuml und Pitschel-Walz (2008, S. 3) wiedergegeben:

> *„Unter Psychoedukation werden systematisch didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die Patienten und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern und sie bei er Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“*

Nach Stern (1993) verfolgen psychoedukative Programme folgende allgemeine Zielsetzungen:

- umfassende Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten
- Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzepts
- Förderung von Compliance, für medikamentöse, aber auch weitere therapeutische Maßnahmen
- Reduktion von Angst
- Änderung der Lebensweise

- Förderung der individuellen Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen und
- Vermittlung von Hoffnung.

Die aufgelisteten Ziele machen deutlich, dass psychoedukative Programme über die reine Wissensvermittlung hinausgehen und durch sie individuelle Bewältigungsfähigkeiten, sowie Selbsthilfekompetenzen gefördert werden sollen. Für Angehörige Demenzkranker stellen aber nicht nur psychoedukative Gruppen eine Option dar, mehr über die Demenzerkrankung ihres Familienmitgliedes zu erfahren. Angehörigentreffen, Selbsthilfegruppen, Vorträge und Literatur können zum Wissenserwerb herangezogen werden. Psychoedukative Programme realisieren die Dimension *aktive Hilfe zur Problembewältigung* in hohem Maß. Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg und Levin (1996) stellten fest, dass eine Kombination von Schulung, Beratung und die Empfehlung von Entlastungsangeboten, zu einer Verzögerung von Heimunterbringungen führen.

4.2. Krankheitswissen pflegender Angehöriger Demenzkranker

Familienmitglieder, die ihre an Demenz erkrankten Angehörigen versorgen, sind mit schwierigen Entscheidungen, bezüglich der Pflege und dem Umgang mit dem Erkrankten, konfrontiert. Solche Entscheidungen sind in alltäglichen Situationen notwendig, beispielsweise könnte sich eine Pflegeperson unsicher sein, ob sie den erkrankten Angehörigen sich selbst ankleiden lassen soll, oder die Tätigkeit für ihn übernehmen sollte. Ebenso können Entscheidungen in viel kritischeren Situationen erforderlich sein, wenn die Pflegeperson sich beispielsweise für oder gegen eine Unterbringung der erkrankten Person in einem Pflegeheim entscheiden muss. Solche Entscheidungsprozesse pflegender Angehöriger sind grundsätzlich konfliktbehaftet und schwierig. Damit Pflegepersonen fähig sind fundierte Entscheidungen in der Pflegesituation zu treffen, ist es notwendig, dass diese möglichst viele

relevante Informationen sammeln und über alternative Lösungswege Bescheid wissen. Genau diese beiden Voraussetzungen sind für Angehörige Demenzkranker in der häuslichen Pflege besonders schwer zu erfüllen. Denn erstens widersprechen zur Verfügung stehende Alternativen zur Bewältigung einer Situation oftmals den eigenen Werten und erfordern Kompromisse. Zweitens verfügen Pflegepersonen nicht immer über die notwendigen Informationen und Services, um rationale Lösungen zu finden (Werner, 2001).

Nach Angaben von pflegenden Angehörigen Demenzkranker, ist es für diese besonders wichtig, Informationen über die Krankheitsstadien, medizinische Behandlungsmöglichkeiten, sowie über biomedizinische und genetische Aspekte der Erkrankung zu erhalten (Fortinsky & Hathaway, 1990). Studien zeigen jedoch, dass der Informationsstand Betroffener meist unzureichend ist. Werner (2001) beispielsweise schätzt den Wissenstand von pflegenden Angehörigen Demenzkranker in ihrer Studie als sehr gering ein, besonders das Wissen über Prävalenz, Ursachen und Symptome der Erkrankung. Am geringsten war der Wissensstand von Ehepartnern, die eine geringere schulische Bildung vorweisen konnten. Pflegepersonen, die mehr Wissen über die Demenz verfügen, zeigten geringere Depressionswerte. Sie haben weniger hohe Anforderungen an die Fähigkeiten der erkrankten Person und tätigen mehr positive Vergleiche. Sie fühlen sich ebenfalls kompetenter und zufriedener in ihrer Rolle als Pflegeperson.

Schön frühere Arbeiten stützen die eben beschriebenen Studienergebnisse. Es scheint erwiesen, dass unrealistische Erwartungen an den Erkrankten mit einem erhöhten Depressionsrisiko der Pflegeperson einhergehen (Coppel, Burton, Becker & Fiore, 1985) und eine Reduktion solcher Erwartungen, zur Senkung des Risikos an einer Depression zu erkranken, beiträgt (Saad, Hartman, Ballard, Kurian, Graham & Wilcock, 1995). Pflegepersonen, die ihren Angehörigen wiederum in höheres Maß an positiven Gefühlen entgegenbringen, fühlen sich wohler in der Rolle und empfinden geringeren Stress (Walker,

Martin & Jones, 1992). Ebenso führen Gefühle der Ohnmacht, des Kontrollverlustes und das Gefühl auf die Pflegetätigkeit nicht ausreichend vorbereitet zu sein, zu einem höheren Depressionsrisiko (Coppel et al, 1985).

Interessanterweise steigt mit zunehmendem Krankheitswissen die Ängstlichkeit der pflegenden Personen, obwohl die Wahrscheinlichkeit einer Depression sinkt (Graham, Ballard & Sham, 1997). Dieses Ergebnis führt zu einigen wichtigen Fragen darüber, wie Pflegepersonen Informationen über Demenz umgehen. Dabei ist zu beachten, dass Menschen unterschiedliche Präferenzen haben, wie sie Informationen aufnehmen. In stressreichen Situationen suchen manche Personen intensiv nach Informationen, wohingegen andere neue Informationen meiden, um den Stress auszuweichen, der durch diese entstehen könnte. Es gibt Hinweise, dass jene Personen, die bewusst nach Informationen suchen, eher unter erhöhtem Stress leiden, als jene, die relevante Informationen über mögliche Gefahren vermeiden. Personen, die sich in unsicheren Situationen Informationen suchen, wissen mehr über ihre medizinische Situation und sind sich daher möglicher Risiken und Nebenwirkungen bewusster als jene mit einem informationsvermeidendem Bewältigungsstil (Miller, 1995). Der Zusammenhang der beiden beschriebenen Coping-Stile pflegender Familienmitglieder mit deren Stress, Ängstlichkeit und Depression findet in der Arbeit von Proctor, Martin & Hewison (2002) Bestätigung. Ein höherer Grad an biomedizinischem Krankheitswissen über die Demenz seitens der Pflegeperson ging mit einer erhöhten Ängstlichkeit einher. Ebenso zeigten Pflegepersonen mit einem informationssuchenden Bewältigungsmechanismus höhere Angstwerte. Ob die Art der dargebotenen Information ausschlaggebend für die erhöhte Ängstlichkeit ist, oder ängstliche Personen eher nach beunruhigenden Inhalten suchen konnte in den bisherigen Arbeiten noch nicht geklärt werden.

4.3. Krankheitswissen und Problemlösefähigkeit

Arbinger (1997) unterscheidet Problemlösen ohne Wissen und Problemlösen mit Wissen, wobei erstgenannte Probleme sich seiner Meinung nach alleine durch die Anwendung heuristischer Methoden lösen lassen. Problemlösen mit Wissen hingegen fordert eine *„innige Verzahnung von Wissen und heuristischen Prozessen“* (S. 91). Das Wissen um verfügbare Mittel und zu erreichende Ziele spielt beim Lösen von Problemen eine wichtige Rolle. In Kapitel 3.1 wurden bereits unterschiedliche Arten von Problemen erörtert, die beim Lösen von Problemen auftreten können. Diese könne unterteilt werden nach den Kriterien *Klarheit des Zieles* und *Bekanntheitsgrad der Mittel* um dieses Ziel zu erreichen (Dörner, 1976). Das Krankheitswissen beeinflusst beide Kriterien. Durch ein geringeres Krankheitswissen sind dem pflegenden Angehörigen auch geringere Mittel zur Lösung eines Problems in der Pflegesituation bekannt, wodurch Synthesebarrieren entstehen können (siehe Tabelle 6).

		Bekanntheitsgrad der Mittel	
		hoch	gering
Klarheit der Zielkriterien	hoch	Interpolation	Synthese
	gering	dialektisch	Synthese & dialektisch

Tabelle 6: *Taxonomie der Problembarrieren nach* Dörner (1976, S. 14)

Mangelndes Wissen über die Krankheit Demenz kann aber ebenfalls ein Fehlschlagen von Bewältigungsversuchen aufgrund dialektischer Barrieren bedingen. Ein Beispiel dafür wäre, wenn eine pflegende Ehefrau ein unklar definiertes Ziel erreichen will, nämlich, dass ihr dementer Gatte sich am späten Nachmittag ausruht, weil er sich zu dieser Tageszeit immer auffallend agitiert verhält. Wenn zusätzlich der Pflegeperson der Begriff

des *Sun-Downing-Phänomens* (stark agitiertes Verhalten Demenzkranker vorwiegend am späten Nachmittag oder zur frühen Abendzeit) ein unbekannter ist und sie nicht weiß, wie mit dem Erkrankten aufgrund der Symptomatik umzugehen ist, ist nicht nur die Klarheit der Zielkriterien, sondern auch der Bekanntheitsgrad der Mittel eingeschränkt.

Unzureichendes Krankheitswissen kann also theoretisch zu Barrieren im Problemlöseprozess führen. Ob das vorhandene Wissen um die Demenzerkrankung des Angehörigen aber praktisch die Belastung bzw. Depression der Pflegeperson beeinflusst wird in der vorliegenden Arbeit untersucht.

Die diesbezüglich postulierten Hypothesen beruhen zusammengefasst auf der Annahme, dass vorhandenes Krankheitswissen den Problemlöseprozess erst ermöglicht bzw. positiv beeinflusst. Es wird angenommen, dass die kognitive Komponente, nämlich das Wissen, Voraussetzung dafür ist zu Handeln, in diesem Falle, ein Problem im Rahmen einer Pflegesituation zu lösen.

-Resümee zum theoretischen Teil-

Den theoretischen Ausführung folgend kann der Schluss gezogen werden, dass eine Demenz, je nach Form und Schweregrad, für Angehörige, die sich für die häusliche Betreuung eines erkrankten Angehörigen entscheiden, eine große Herausforderung darstellt. Der progrediente Gedächtnisverlust, die Persönlichkeitsveränderungen und auch die körperlichen Beeinträchtigungen, welche diese Krankheit bedingt, führen zu massiven Einschränkungen der Lebensführung der Patienten bis hin zur vollständigen Abhängig gegenüber einer Pflegeperson. Die Prognosen für die folgenden Jahrzehnte deuten auf eine Vervielfachung von Neuerkrankungen hin. Institutionelle Einrichtungen werden nicht ausreichende Kapazitäten besitzen, um alle Betroffenen versorgen zu können und hier kommt ein wesentlicher Aspekt zum tragen- die Gesundheit als Voraussetzung zum Einsatz von Familienmitgliedern zur Übernahme der Betreuung ihrer an Demenz erkrankter Angehöriger. Warum manche Pflegepersonen die häusliche Pflegesituation körperlich und geistig gesund durchleben, während andere durch die physische und psychische Erschöpfung erkranken ist multifaktoriell bedingt und nicht ausreichend geklärt. Mögliche körperliche, psychische und soziale Auswirkungen der Pflege wurden erläutert. Die Fähigkeit mit problembehafteten Situationen des alltäglichen Lebens umzugehen steht nachweislich in Zusammenhang mit dem Risiko an einer Depression zu erkranken. Ebenfalls zeigen sich Zusammenhänge der Problemlösefähigkeit mit Angst- und Stresssymptomen, sowie Hoffnungslosigkeit und einem erhöhten Suizidrisiko.

Es wäre kurzsichtig den Aspekt der Problembewältigungsstrategien nicht im Rahmen pflegender Angehöriger als Risikogruppe für die oben genannten psychischen Beeinträchtigungen zu untersuchen. Um jedoch aufwändigere experimentielle Designs hinsichtlich der Verbesserung der Symptomatik in dieser Population zu untersuchen, scheint es angebracht erst zu überprüfen, ob sich Unterschiede in der Belastung Betroffener auch in

ihrer Fähigkeit zum Umgang mit Problemsituationen wiederspiegeln. Im nachfolgenden Empirieteil wird nun der Frage nachgegangen, ob sich solch vermutete Zusammenhänge von Problemlösefähigkeit und Belastung bzw. Depressivität in der untersuchten Stichprobe von 56 pflegenden Angehörigen Demenzkranker finden lässt.

Eine weitere in der Angehörigen-Forschung bislang wenig beachtete Variable, die in Zusammenhang mit Belastung bzw. Depressivität untersucht wurde. ist das Wissen der pflegenden Angehörigen über die Demenzerkrankung. Auch diesbezüglich zeigten sich Zusammenhänge mit Depressivität. Informierte Angehörigen tätigen mehr positive Vergleiche hinsichtlich der erkrankten Person, fühlen sich kompetenter und zufriedener in ihrer Rolle als Pflegeperson. Zusätzlich wird das Krankheitswissen der Pflegepersonen als kognitive Voraussetzung vermutet, um entsprechend effektiv in Problemsituationen agieren zu können. Um diese Hypothese zu begründen wurde auf die Problembarrieren nach Dörner (1976) hingewiesen.

II. EMPIRISCHER TEIL

5. Darstellung der Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden Zielsetzung der Untersuchung, sowie die Forschungshypothesen beschrieben. Ebenso werden die Erhebungsinstrumente und der Ablauf der Untersuchung vorgestellt.

5.1. Zielsetzung der Untersuchung

Durch das Erfassen der sozialen Problemlösekompetenz und des Krankheitswissen pflegender Angehöriger Demenzkranker sollen mögliche Zusammenhänge zwischen den beiden genannten Konstrukten und dem subjektiv empfundenen Belastungserleben dieser Personen erkennbar gemacht werden. Dazu wird pflegenden Angehörigen, welche in der Datenbank der M.A.S Alzheimerhilfe Österreich erfasst sind, ein Fragebogen vorgegeben, welcher soziale Problemlösefähigkeit, Krankheitswissen, subjektives Belastungserleben und die Depressivität dieser Personen erfasst. Nicht nur diese Zusammenhänge sollen geklärt werden. Ebenfalls interessante Fragen die beantwortet werden sollen sind:

- Wie viel wissen die pflegenden Angehörigen über die Erkrankung?
- Wie gut schätzen sie persönlich ihr Wissen ein?
- Woher wird Wissen über die Erkrankung bezogen?
- Wie hoch ist die pflegebedingte Belastung?
- Wie depressiv ist die Stichprobe der pflegenden Angehörigen?

Aussagen zur Beantwortung dieser Fragen kann anhand der Stichprobenbeschreibung in explorativer Weise erfolgen, ohne, dass dazu explizit Hypothesen formuliert werden.

5.2. Hypothesen

Die beiden Hauptforschungsfragestellungen der dargestellten Studie lauten, ob soziale Problemlösekompetenz und Krankheitswissen in einem Zusammenhang mit dem subjektiven Belastungserleben und den Depressivitätswerten pflegender Angehöriger Demenzkranker stehen.

Bezüglich der sozialen Problemlösekompetenzen lassen sich aufgrund der Ergebnisse von den in Kapitel 3 beschriebenen wissenschaftlichen Arbeiten folgende einseitig gerichteten Zusammenhangshypothesen formulieren:

1a. H1: Je höher die soziale Problemlösefähigkeit eines pflegenden Angehörigen ausgeprägt ist, desto geringer ist dessen subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflege des demenzkranken Familienmitgliedes.

Aufgrund der Dimensionen des Fragebogens zur sozialen Problemlösefähigkeit lassen sich zu dieser Hypothese folgende spezifischere Alternativhypothesen generieren:

1b. H1: Je höher die Werte in der Dimension *positive Problemorientierung*, desto geringer ist die subjektiv empfundene Belastung.

1c. H1: Je höher die Werte in der Dimension *negative Problemorientierung*, desto höher ist die subjektiv empfundene Belastung.

1d. H1: Je höher die Werte in der Dimension *rationales Problemlösen*, desto geringer ist die subjektiv empfundene Belastung.

1e. H1: Je höher die Werte in der Dimension *Impulsivität/Nachlässigkeit*, desto höher die subjektiv empfundene Belastung.

1f. H1: Je höher die Werte in der Dimension *Vermeidung*, desto höher die subjektiv empfundene Belastung.

2a. H1: Je höher die soziale Problemlösefähigkeit eines pflegenden Angehörigen ausgeprägt ist, desto geringer sind dessen Depressivitätswerte.

Dementsprechend werden die in den Hypothesen 1b bis 1f beschriebenen Dimensionen der sozialen Problemlösefähigkeit ebenfalls in Zusammenhang mit der Depressivität der pflegenden Angehörigen untersucht.

Das Krankheitswissen betreuender Familienangehöriger betreffend werden folgende Alternativhypothesen formuliert:

3. H1: Je ausgeprägter das Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen über die Demenz ist, desto geringer ist deren subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflegesituation
4. H1: Je ausgeprägter das Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen über die Demenz ist, desto geringer sind deren Depressivitätswerte.

Aufgrund des postulierten Effektes des Krankheitswissens auf den Problemlöseprozess in Kapitel 4.3 wird folgende Alternativhypothese untersucht:

5. H1: Je höher das Krankheitswissen und die soziale Problemlösekompetenz pflegender Angehöriger ausgeprägt ist, desto geringer ist deren subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflegesituation.
6. H1: Je höher das Krankheitswissen und die soziale Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger ausgeprägt ist, desto geringer sind deren Depressivitätswerte.

5.3. Erhebungsinstrumente

In dieser Untersuchung werden die soziale Problemlösekompetenz, das Krankheitswissen über dementielle Erkrankungen, die subjektive Belastung durch die häusliche Pflegesituation und die Depressivität der Angehörigen erhoben. Dazu werden das *Social Problem Solving Inventory-Revised* von D'Zurilla, Nezu und Maydeu-Olivares (1999), die *Alzheimer´s Disease Knowledge Scale* (ADKS, Carpenter, Balsis, Otilingam, Hanson & Gatz, 2009), das *Zarit Burden Interview* (ZBI, Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980), sowie die *Geriatric Depression Scale* (GDS, Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983) verwendet. Zur Bestimmung des Schweregrades der Demenz wurde die *Global Deterioration nach Reisberg* (1988) verwendet. Weitere Daten zur Beschreibung der untersuchten Stichprobe werden anhand selbstständig formulierter Fragen erhoben. Exemplare der Fragebögen befinden sich im Anhang.

5.3.1. Erhebung der Daten zur Person

Zu Beginn des Fragebogens werden der Name und das Geburtsjahr des pflegenden Angehörigen erfragt, um Daten des Patienten und des Angehörigen aus der Datenbank der M.A.S. Alzheimerhilfe Österreich abrufen zu können. Es handelte sich somit um keine anonyme Erhebung. Darüber wurden die Befragten in der von ihnen und der Autorin zu unterzeichnenden Einverständniserklärung aufgeklärt. Jedoch ist eine Zuordnung der Daten zu den befragten Personen nur durch die Autorin selbst möglich und die erhobenen Informationen sind dritten Personen nur in anonymisierter Form zugänglich.

Alter und Geschlecht der befragten Angehörigen und Erkrankten konnten über die Datenbank abgerufen werden. Ebenso die Demenzform und der Schweregrad der Demenz, der mittels der Global Deterioration Scale nach Reisberg et al. (1982) standardmäßig bei den Patienten im Rahmen jährlicher Folgetestungen der M.A.S. Alzheimerhilfe erhoben wird. Aktuelle Daten zum Zarit Burden Interview und zur Geriatric Depression Scale waren

teilweise in der Datenbank vorhanden. War dies der Fall, wurden diese beiden Fragebögen den Untersuchungspersonen nicht ausgehändigt.

Zusätzlich wurde erfragt, ob sich die Angehörigen alternativ zum Serviceangebot der M.A.S. Alzheimerhilfe Informationen über die Demenz einholen. Es konnten die beiden Felder *Ja* und *Nein* angekreuzt werden. Wurde die Frage bejaht, bestand die Möglichkeit in einer freien Zeile einzutragen über welche Quellen sich die Befragten Informationen einholen.

Zuletzt wurde erhoben, wie die Angehörigen ihr eigenes Wissen über die Demenz einschätzen. Die fünfstufige Skalierung reicht dabei von *sehr gut* bis *sehr schlecht*.

5.3.2. Social Problem Solving Inventory – Revised

Das Social-Problem-Solving-Inventory-Revised (SPSI-R) von D´Zurilla, Nezu und Maydeu-Olivares (1999) erfasst die Selbstwahrnehmung der sozialen Problemlösefähigkeit von Personen in ihrer alltäglichen Erfahrung und Umwelt. Es handelt sich um ein Fragebogeninstrument das in einer langen Form (52 Items) und einer Kurzform (25 Items) vorliegt, in denen kurze Aussagen zum Verhalten in Problemlösesituationen gegeben werden, bei denen die Probanden das Zutreffen auf die eigene Person auf einer Skala von 0 (trifft überhaupt nicht auf mich zu) bis 4 (trifft besonders stark auf mich zu) einschätzen sollen. Aus den Items werden Skalen gebildet, die zwei konstruktive und drei dysfunktionale Problemlösedimensionen abbilden. Die Skalen können weiter zu einem Gesamtwert zusammengefasst werden.

Die Skala *positive problem orientation* beschreibt eine konstruktive Fähigkeit, Probleme durch Anstrengung und Fähigkeiten als veränderbar wahrzunehmen und optimistisch und offensiv deren Lösungen anzugehen.

Die Skala *negative problem orientation* stellt als Gegenpol eine dysfunktionale pessimistische Haltung dar, bei der Probleme als schwere Störung des Wohlbefindens erlebt

werden, wenig Vertrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten gesetzt und ein Großteil der Probleme als unlösbar angesehen werden. Die Skala *rational problem solving* steht für eine rationale, bewusste und systematische Herangehensweise. Informationen werden gesucht, Lösungsmöglichkeiten generiert, geeignete Strategien ausgewählt, durchgeführt und evaluiert.

Bei der Skala *impulsivity/careless style* handelt es sich um einen impulsiven und gedankenlosen Problemlösestil, bei dem zwar aktive Bewältigungsversuche gemacht werden, diese jedoch überwiegend unüberlegt, unsystematisch oder inkonsequent.

Die Skala *avoidance style* steht für eine passive, vermeidende und abwartende Haltung Problemen gegenüber und stellt eine weitere negative Problemlösedimension dar.

Das SPSI-R Manual sieht keine Kategorisierung der Ergebnisse vor, somit werden die Scores der einzelnen Dimensionen entweder mit Stichproben oder Werten aus Normtabellen in Bezug gesetzt. Für die Langversion des SPSI-R existieren solche Normtabellen, jedoch nicht für die kurze Version.

Graf (2003) nimmt eine psychometrische Überprüfung der deutschen Übersetzung dieses Fragebogens vor und stellt fest, dass die Reliabilitäten der deutschen Übersetzung sich nicht wesentlich von der Originalversion unterscheiden. Die Reliabilitätskoeffizienten liegen bei den einzelnen Skalen zwischen .76 und .83. Wie auch die Autoren der Originalversion kann Graf (2003) eine zufriedenstellende konvergente Validität der Skalen des SPSI–R bestätigen, indem die erwarteten Zusammenhänge mit den Skalen des *Interpersonal Competence Questionnaire* und der *Intercultural Sensitivity Scale* signifikant ausfallen. Die genauen Korrelationswerte der einzelnen Subskalen sind in Graf (2003) zu finden.

5.3.3. Alzheimer´s Disease Knowledge Scale

Die Alzheimer´s Disease Knowledge Scale (ADKS) ist ein Instrument zur Erfassung des Wissens über die Alzheimer Erkrankung in unterschiedlichen Personengruppen. Dieser Fragebogen kann Angehörigen von Demenzkranken vorgegeben werden. Er besteht aus 30 Items mit Aussagen zur Alzheimer-Erkrankung, welchem mit *Richtig* oder *Falsch* beantwortet werden können. Die 30 Aussagen könne in fünf Kategorien unterteilt werden:

- Life impact
- Risk factors
- Treatment and management
- Caregiving
- Symptoms
- Course und
- Assessment and diagnosis.

Die englische Originalversion wurde zur Verwendung in der vorliegenden Studie von der Autorin ins Deutsche übersetzt und durch eine Rückübersetzung von einer qualifizierten Person auf inhaltliche Richtigkeit überprüft. Eine wesentliche inhaltliche Veränderung des Instrumentes wurde vorgenommen, indem eine Frage für die beschriebene Studie nicht verwendet wurde. Selbst durch eine intensive Literaturrecherche war es der Autorin nicht möglich diese Frage eindeutig zu beantworten, nämlich ob Gehirnjogging präventiv der Entstehung einer Alzheimer-Erkrankung entgegenwirkt. Wird diese Aussage von den Autoren der ADKS für falsch befunden, finden einige Autoren bemerkenswerte Ergebnisse, die eindeutig für einen positiven Effekt von Gedächtnisübungen und mentalen Aktivitäten sprechen (Valenzuela & Sachdev, 2006; Verghese et al., 2003; Wilson et al., 2002).

Bei einem Intervall von 2 bis 50 Stunden lag die Retest-Reliabilität in einer Untersuchung durch die Autoren Carpenter, Balsis, Otilingam, Hanson und Gatz (2009) bei .80. Hinsichtlich der internen Konsistenz war ein Cronbach-Alpha von .71 festzustellen. Carpenter et al (2009) belegen durch die Korrelation mit dem *Alzheimer´s Disease Knowledge Test* ebenfalls eine ausreichende konvergente Validität von der ADKS von .65.

Kritisch ist jedoch festzuhalten, dass die Autoren empfehlen nicht die einzelnen Skalen zur Auswertung heranzuziehen, da die interne Konsistenz hier zwischen.26 und .60 liegt. Vielmehr soll der Gesamtwert des Fragebogens als Maß für das allgemeine Wissen über die Alzheimer-Demenz herangezogen werden. Aus diesem Grund wird auch in der vorliegenden Studie der Gesamtwert richtiger und falsch beantworteter Fragen zur Auswertung herangezogen und auf eine Unterteilung in die sieben thematischen Unterkategorien verzichtet.

5.3.4. Zarit Burden Interview

Zur Messung der Belastung der Angehörigen wurde die deutsche Version des Zarit Burden Interviews verwendet. Hierbei handelt es sich um eine Skala von 22 Aussagen, zu welchen der Angehörige Stellung nehmen soll. Der Befragte gibt an, wie häufig er die beschriebenen Gefühle in der Beziehung zum demenzkranken Familienangehörigen empfindet. Die Antwortmöglichkeiten reichen von *überhaupt nicht* (=0) bis hin zu *fast immer* (=4). Die mögliche Höchstpunktezahl liegt somit bei 88 und steht für maximales Belastungsempfinden. Die Einteilung der Scores erfolgt folgendermaßen: Hébert, Bravo und Preville (2000) haben für dieses Instrument auf Basis einer repräsentativen Stichprobe Normwerte entwickelt, wonach Werte zwischen 8 und 17 für eine mäßige Belastung und Werte zwischen 18 und 32 für ein hohes Belastungsempfinden sprechen. Werte die größer als 32 Punkte sind sprechen schließlich für eine sehr starke Belastung des Befragten.

Das ZBI zeigt eine exzellente internale Konsistenz durch ein Cronbach-Alpha von .89 und einer Retest-Reliabilität von .71. Braun, Scholz, Hornung und Martin (2010) überprüfen die psychometrischen Qualitäten einer deutschen Übersetzung des ZBI in der Verwendung bei pflegenden Angehörigen Demenzkranker und stellen eine internale Konsistenz von einem Cronbach-Alpha .91 fest. Eine zufriedenstellende konvergente Validität zeigt sich in im Zusammenhang des ZBI mit der Lebenszufriedenheit (Satisfaction with Life Scale) der Pflegepersonen (-.73), sowie der Depressivität (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) dieser (.73).

5.3.5. Geriatric Depression Scale

Die Geriatric Depression Scale wurde von Yesavage und Mitarbeitern (1983) speziell für die Anwendung im gerontopsychiatrischen Bereich entwickelt. Die Geriatric Depression Scale dient zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptome bei Patienten im höheren Lebensalter. Die Skala besteht aus einem Fragebogen mit 30 Fragen, die mit *Ja* oder *Nein* beantwortet werden. Nicht-depressive ältere Menschen erreichen 0-11 Punkte, ab 12 Punkten ist von einer zunehmenden Depression die Rede. Ab einem Wert von 23 Punkten wird die Person als schwer depressiv eingestuft. Die internale Konsistenz des Tests liegt bei .94 und die Retest-Reliabilität liegt ebenfalls befriedigend bei .85. Der Test liefert mit der Hamilton Rating Scale for Depression eine Validität von .83.

5.3.6. Global Deterioration Scale

Die Global Deterioration Sclae ist ein Instrument zur Beurteilung kognitiver Leistungseinbußen und des Schweregrades einer Demenz. Beurteilungsgrundlage ist eine aus sieben, klinisch gut abgrenzbaren Stufen bestehende Skala, wobei Stufe 1 dem Nichtvorhandensein kognitiver Veränderungen und Stufe 7 dem Vorhandsein schwerster kognitiver Leistungseinbußen entspricht. Die Ausprägung der kognitiven Leistungseinbußen

spiegelt den Schweregrad der Demenz, wie auch den Verlauf des Krankheitsprozesses wieder. Voraussetzung für eine zielführende Anwendung der Global Deterioration Scale ist eine genaue diagnostische Abklärung durch einen klinischen Psychologen oder Arzt, da kognitive Leistungsminderungen sehr unterschiedliche medizinische, neurologische und psychiatrische Ursachen haben können. Die Global Deterioration Scale hat sich aufgrund ihrer exzellenten Reliabilität (r = .92) und Validität (r = .86) in zahlreichen internationalen Studien bewährt (Reisberg, Ferris, Steinberg, Shulman, de Leon & Sinaiko, 1989).

5.4. Planung der Untersuchung

Im Folgenden wird erläutert, wie die Studie durchgeführt wurde. Das Untersuchungsdesign, die Stichprobe, sowie die Durchführung der Datenerhebung werden genauer beschrieben.

5.4.1. Untersuchungsdesign

Die Datenbeschaffung fand mittels einer postalischen Einmalerhebung statt. Es handelt sich um eine einfache Querschnittuntersuchung. Vor Aussendung des Fragebogens wurden die Versuchspersonen telefonisch kontaktiert und um ihre Teilnahme gebeten. Sie wurden über Zweck und Umfang der Studie aufgeklärt und offene Fragen wurden beantwortet.

5.4.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Um an der Studie teilzunehmen wurde darauf geachtet, dass das Betreuungsverhältnis zwischen der befragten Person und deren erkrankten Familienangehörigen seit mindestens einem halben Jahr besteht. Würde die Betreuung erst seit einem kürzeren Zeitraum bestehen, könnte es sein, dass sich daraus resultierende Belastungen noch nicht in der subjektiven Wahrnehmung niederschlagen. Andererseits kann es auch sein, dass die Umstellung der Lebenssituation am Anfang der Betreuung zu einer erhöhten Belastung führt, die aber

grundsätzlich aus einer anfänglichen Anpassungsreaktionen resultiert und nicht alleine aus der Pflege des Angehörigen selbst.

Weiter war Voraussetzung, dass die Pflegeperson in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zum Demenzkranken steht und die Hauptpflegeperson der erkrankten Person ist. Unter dem Begriff *Hauptpflegeperson* ist zu verstehen, dass diese Pflegeperson den größten Teil der pflegerischen Betreuung im Vergleich zu den anderen Familienmitgliedern übernimmt. Kurz zusammengefasst musste es sich beim Befragten um eine mit dem Erkrankten verwandte Hauptpflegeperson handeln, die den Demenzkranken seit mindestens einem halben Jahr betreut.

Auf Seite der Demenzkranken war notwendig, dass diese laut Global Deterioration Scale mindestens dem Stadium vier zugewiesen wurden, da erst ab diesem Stadium von einer Demenzerkrankung im eigentlichen Sinne gesprochen wird.

5.4.3. Optimaler Stichprobenumfang

Laut Bortz und Döring (2006) beträgt der nötige Stichprobenumfang bei einer Berechnung mittels Korrelation, mit einem Signifikanzniveau von Alpha=0.05, einem Beta=0,8 und einer mittleren Effektgröße (d=0.3), 64 Versuchspersonen. Diese Anzahl an Versuchsteilnehmern wurde angestrebt. Akquisition und Rücklauf der Fragebögen werden in Abbildung 2 im Unterkapitel 5.3.5. dargestellt.

5.4.4. Stichprobenrekrutierung

Kontakt zu betroffenen Angehörigen konnte durch die Zusammenarbeit mit der M.A.S. Alzheimerhilfe Österreich hergestellt werden. Eine erste Kontaktaufnahme mit Frau Dr. Stefanie Auer, der wissenschaftlichen Leiterin des Vereines, erfolgte im November 2010. Ich wurde darüber informiert, welche Daten zu den Angehörigen und ihren erkrankten Familienmitgliedern in der Demenzservicestelle in Bad Ischl auflagen und wir passten in

einem gemeinsamen Arbeitsprozess vorhandene Daten und Daten, die durch die Autorin erhoben werden, dem Studienkonzept an.

Es war von höchster Priorität den pflegenden Angehörigen auf persönlicher Ebene zu begegnen. Erstens, um den ohnehin schon belasteten und oftmals depressiven Klienten entsprechend ihrer Situation mit ausreichend Empathie und Verständnis zu begegnen und zweitens, diese überhaupt erst für die Teilnahme an der Studie gewinnen zu können. Um ein Bild von den menschlichen Schicksalen dieser Personengruppe zu bekommen, begleitete die Autorin die in der Servicestelle Bad Ischl tätige Klinische- und Gesundheitspsychologin, Mag. Yvonne Donabauer, zu jährlich stattfindenden Folgetestungen in das häusliche Umfeld von Klienten. Dabei werden der Verlauf körperlicher und psychischer Veränderungen bei den Pflegepersonen und ihren erkrankten Angehörigen festgehalten. Diese Daten werden in einer Datenbank gesammelt und für wissenschaftliche Zwecke genutzt.

Die Versuchsteilnehmer wurden zusätzlich zu den oben genannten Einschlusskriterien aufgrund folgender Kriterien aus der Datenbank ausgewählt:

- Es wurden vorzugsweise jene Personen aus der Datenbank generiert, von denen aktuelle Werte aus dem Jahr 2010/11 des Zarit Burden Interviews und der Geriatric Depression Scale vorlagen, um so den Erhebungsaufwand für den einzelnen Teilnehmer möglichst gering zu halten.

- Zusätzlich wurde versucht vorzugsweise jene Personen zu wählen, die das Service der Demenzstelle in Bad Ischl in Anspruch nehmen und bereits in früheren Studien der M.A.S. Alzheimerhilfe eine hohe Compliance aufwiesen. Dazu wurden die beiden Sozialarbeiterinnen und die Psychologin dieser Einrichtung herangezogen. Durch den engen und regelmäßigen Kontakt zu den Klienten war es ihnen möglich Empfehlungen diesbezüglich abzugeben.

- Weiter mussten deie Fragebogen vollständig ausgefüllt werden, was bedeutet, dass beim Vorliegen nicht-beantworteter Items über eine ganze Seite hinweg oder mehr, der Fragebogen aufgrund seiner eingeschränkten Aussagekraft nicht mehr in die Analyse miteinbezogen werden. Dies gilt ebenso für Fragebögen, die in unvollständiger Seitenanzahl rückgesendet werden.

5.4.5. Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von 10. Februar bis zum 23. April 2011 statt. Es waren insgesamt 62 Personen die telefonisch von der Autorin kontaktiert wurden. Zuerst wurde Ihnen die Frage gestellt, ob ein grundsätzliches Interesse bestand an einer Diplomstudie teilzunehmen, weiter wurden sie über das Thema, den Umfang und die Bedeutung der Arbeit informiert. Der Fragebogen wurde an 54 Personen ausgeschickt, die Interesse an einer Teilnahme hatten und angaben, den Fragebogen ausgefüllt retournieren zu wollen. Fünf weiteren Personen wurde der Fragebogen zugeschickt, diese waren telefonisch über zwei Tage hinweg bei 3-4 getätigten Telefonanrufen nicht erreichbar, oder wollten den Fragebogen erst durchsehen, ehe sie sich für oder gegen eine Teilnahme entschieden.
Die Fragebögen wurden samt einer Einverständniserklärung, einem Begleitschreiben und eines frankierten Rücksendekuverts noch am Tag der Kontaktaufnahme an die Klienten ausgesendet. Von den ausgesendeten Fragebogen fand ein Rücklauf von 69 % statt, somit wurden 41 Fragebögen zurückgesendet. Ein Fragebogen konnte dabei nicht berücksichtigt werden, er wurde anstelle des pflegenden Angehörigen vom der erkrankten Person selbst ausgefüllt.

Im März fand außerdem in Bad Ischl ein von der M.A.S. Alzheimerhilfe organisierter Training- und Erholungsaufenthalt für pflegende Angehörige und deren demenzkranke Familienmitglieder statt. Hier konnten ebenfalls zehn Pflegepersonen für eine Teilnahme

rekrutiert werden. Alle zehn Fragebögen wurden im Laufe der beiden Aufenthaltswochen an die anwesende Psychologin zurückgegeben.

Um den Stichprobenumfang zu vergrößern wurde ebenfalls im privaten Umfeld versucht pflegende Angehörige ausfindig zu machen und um eine Teilnahme zu bitten. Tatsächlich war es auch hier möglich über Bekannte und Verwandte sechs weitere Fragebogen zu erhalten.

In Abbildung 2 wird der Rücklauf der Fragebögen in übersichtlicher Form graphisch dargestellt.

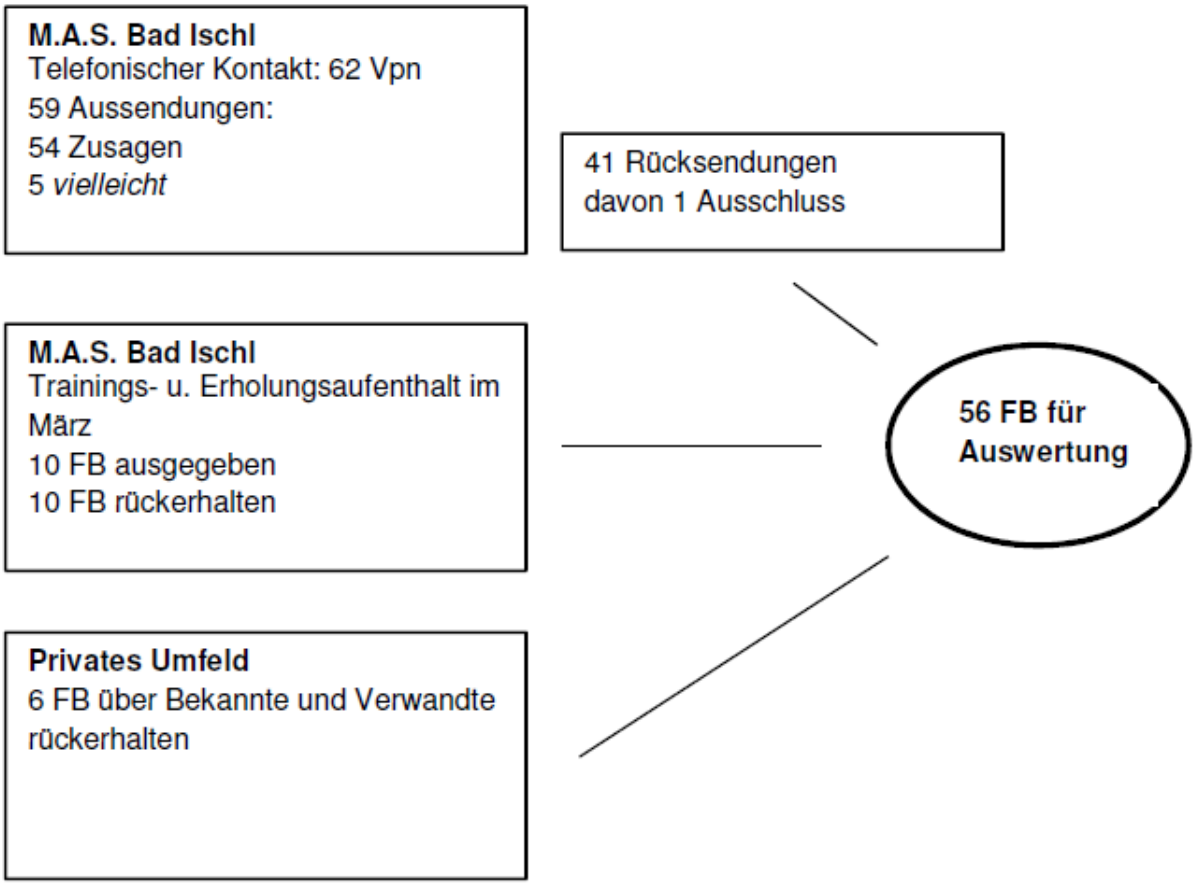


Abbildung 2: *Fragebogenaussendung und -rücklauf*

Schlussendlich war per 23.April 2011 ein Stichprobenumfang von 56 Personen erreicht. Dieser Umfang war nahe genug am optimalen Stichprobenumfang, um an aussagekräftige Ergebnisse zu gelangen.

6. Statistische Auswertung

Vor der statistischen Prüfung der Hypothesen, wurden zur Analyse der Untersuchungsinstrumente Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Sie dienen der Erfassung der Messgenauigkeit von Tests. Die Skalenreliabilitäten werden durch Cronbachs Alpha berechnet, wobei ein guter Test eine Reliabilität von über .80 aufweisen sollte (Bortz & Döring, 2006). Reliabilitäten zwischen .80 und .90 sind als mittelmäßig einzustufen. Nach Lienert und Raatz (1998) sind Reliabilitäten von .70 bis .80 als gerade noch ausreichend zu beurteilen. Die Autoren merken jedoch an, dass in der praktischen Anwendung bereits Werte ab .60 ausreichen würden, um Daten zur Interpretation heranziehen zu können. Items, deren Trennschärfe zu gering erscheinen (<0,3), werden von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen. Nach Bortz und Döring (2006) gelten positive Werte zwischen 0,3 und 0,5 als mittelmäßig und Werte größer als 0,5 als hoch.

Um die das Social Problem Solving Inventory-Revised auf dessen zugrundeliegenden Dimensionen zu überprüfen, wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit dem Statistik-Programm AMOS 8.0. durchgeführt. Bei dieser Faktorenanalyse bestimmt man im Voraus die Abhängigkeit der manifesten Variablen zu ihren latenten Variablen(Faktoren). Graf (2003) liefert ein Modell für die in der vorliegenden Arbeit verwendete deutsche Übersetzung des Social Problem Solving Inventory-Revised. Die einzelnen Modellparameter werden mit Hilfe der erhobenen Daten geschätzt. Hier werden die beiden Kovarianzmatrizen, nämlich die empirisch gewonnene und die aus den geschätzten Modellparametern ermittelte, miteinander verglichen. Die Werte sollen möglichst gut übereinstimmen, sprich der Unterschied zwischen den beiden Matrizen so gering wie möglich sein. Als Schätzverfahren dient die Maximum-Likelihood-Methode (ML). Um die ML-Methode einsetzen zu können muss eine Normalverteilung der einzelnen Itemwerte gegeben sein. Diese darf bei einem N>30 aufgrund des Zentralen Grenzwertsatzes als

vorausgesetzt angenommen werden. Zur Prüfung der Anpassung der theoretischen Struktur an die erhobenen Daten werden die Gütekriterien Chi-Quadrat-Wert und Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA) herangezogen. Der Chi-Quadrat-Wert sollte im Verhältnis zu seinen Freiheitsgraden sehr klein sein. Eine gute Passung des Modells kann angenommen werden, wenn das Verhältnis ≤ 2.5 ist. Der RMSEA überprüft, wie gut das erstellte Modell die erhobenen Daten approximiert. Als Voraussetzung gilt hier die vorhandene Identifizierbarkeit des Modells. Der errechnete RMSEA misst weiter den Unterschied zwischen der Populationskovarianzmatrix und der beobachteten Kovarianzmatrix pro Freiheitsgrad. Wenn das Modell exakt zu den Daten passt nimmt der RMSEA einen Wert von Null an. Ein RMSEA von ≤ 0.05 zeigt eine gute Modellpassung, ein RMSEA von ≤ 0.08 ist noch zu akzeptieren und ab RMSEA ≥ 0.10 kann die Modellpassung nicht mehr akzeptiert werden (Backhaus et al., 2003). Die Beschreibung der Stichprobe erfolgte anhand von deskriptivstatistische Kennzahlen (Berechnung des Mittelwerts, der Standardabweichung, Häufigkeiten, etc.).

Die in Kapitel 5.2. postulierten Zusammenhangshypothesen werden mittels Interdependenzanalyse getestet, um so die Art und Intensität des Kovariierens zweier Merkmale zu untersuchen. Die Enge des Zusammenhangs wird mit einem Korrelationskoeffizienten quantifiziert und dessen statistische Bedeutsamkeit durch einen Signifikanztest überprüft. Mit Hilfe der eingesetzten Erhebungsinstrumente werden Daten auf Intervallskalenniveau erhoben, weshalb die Korrelation mittels einer Produkt-Moment-Korrelation berechnet werden soll. Voraussetzungen für die Anwendung der Pearson´schen Korrelationskoeffizienten sind wie folgt:

- Daten auf mindestens Intervallskalenniveau,
- eine (annähernde) Normalverteilung der Daten und
- ein annähernd linearer Zusammenhang der beiden Variablen.

Die Prüfung auf Normalverteilung wird mittels Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt. Sind diese Kriterien verletzt, muss auf die Rangkorrelation nach Spearman zurückgegriffen werden (Bortz & Döring, 2006).

Die Interpretation des Zusammenhanges erfolgt nach *Cohens d* wie folgt: eine Effektgröße von 0.2 – 0.3 = kleiner Effekt, rund um 0.5 = mittlerer Effekt und ab 0.8 wird ein großer Effekt festgestellt. Nach Lipsey und Wilson (2009) entspricht bei Verwendung der Umwandlungsformel $r=\frac{d}{\sqrt{d^2+4}}$ eine Korrelation von r = 0.100 einem d von 0.2 und somit einer Korrelation mit kleinem Effekt, ein r = 0.287 entspricht einem d von 0.5 und somit bereits einem mittleren Effekt. Ab einem r = 0.482 (entspricht einem d=1.1) kann bereits von einem großen Effekt gesprochen werden. Die Interpretation hinsichtlich der Signifikanz vorhandener Korrelationen erfolgt über den p-Wert.

Ob durch teilweise fehlende Werte in den Datensätzen der einzelnen Erhebungsinstrumente die Aussagekraft der Ergebnisse noch brauchbar ist, wurde anhand der für die Berechnung zur Verfügung stehenden Rohwerte berechnet. Nach Lienert und Raatz (1998) können die Daten einer Subskala nicht mehr sinnvoll verwendet werden, wenn mehr als 10% der Items nicht beantwortet sind. Durch die Anwendung dieses Grenzwertes konnten Aussagen darüber möglich, wie viele fehlende Werte im Rahmen der Erhebung tolerierbar waren und ab wann ein Ausschluss der Versuchsperson zu Gunsten der Aussagekraft notwendig war. Es war kein Ausschluss von Versuchspersonen aufgrund einer zu hohen Anzahl fehlender Werte notwendig. Vorhandene fehlende Werte der Geriatric Depression Scale und des Zarit Burden Interviews, welche jedoch unterhalb der 10%-Grenze lagen, wurden als solche im Rahmen der statistischen Auswertung definiert und nicht durch alternative Werte ersetzt, da dies in Anbetracht der Analysemethode nicht sinnvoll erschien.

Ebenfalls wurde der T-Test für unabhängige Stichproben in dieser Untersuchung angewendet um eventuelle Unterschiede innerhalb der Stichprobe bezüglich der

Geschlechter festzustellen. Der T-Test für unabhängige Stichproben vergleicht zwei Mittelwerte, die aus unterschiedlichen Stichproben stammen, wobei eine Normalverteilung der Werte vorausgesetzt wird. Der Levene-Test wird zur Prüfung der Homogenität der Varianzen herangezogen. Ist der p-Wert kleiner als .05, unterscheiden sich die Stichproben signifikant voneinander. Die Normalverteilung wird mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Ist die Normalverteilung nicht gegeben, kann alternativ der Mann-Whitney-U-Test oder der Median-Test angewendet werden.

7. Analyse der Messinstrumente

Vor Errechnen der Studienergebnisse wurde die Reliabilität der Messinstrumente erhoben. Die Ergebnisse zu den einzelnen Skalen werden nachfolgend dargestellt.

7.1. Reliabilität des Social Problem Solving Inventory-Revised

In den folgenden Tabellen sind die Trennschärfeindices der einzelnen Items der jeweiligen Skala (das entspricht der Korrelation der Items mit dem Gesamtscore) und das Cronbach Alpha der Gesamtskala dargestellt.

Die Subskala *Positive Problemorientierung* (Tabelle 7) erreicht mit einem Cronbach-Alpha von .72 eine zufriedenstellende Reliabilität nach Lienert und Raatz (1998). Die Trennschärfeindices der einzelnen Items liegen im mittleren bis hohen Bereich und zeigen keine Auffälligkeiten. Alle Items sind somit für die Messung dieser Dimension geeignet.

Positive Problemorientierung	**Item-Test-Korrelation**
Item_4	.46
Item_5	.64
Item_9	.44
Item_13	.45
Item_15	.39
Cronbachs Alpha Gesamt	**.72**

Tabelle 7: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Positive Problemorientierung“*

Für die Subskala *Negative Problemorientierung* (Tabelle 8) ist die Reliabilität mit einem Cronbach-Alpha von .87 hoch. Auch die Korrelationen der einzelnen Items mit der Gesamtskala deuten auf die hohe innere Konsistenz dieser Skala.

Negative Problemorientierung	**Item-Test-Korrelation**
Item_1	.77
Item_3	.70
Item_7	.71
Item_8	.63
Item_11	.65
Cronbachs Alpha Gesamt	**.87**

Tabelle 8: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Negative Problemorientierung"*

Etwas geringer als für die Skalen der Problemorientierung ist die Reliabilität für die Skala Impulsivität/Nachlässigkeit, für welche das Cronbach Alpha einen nach Lienert und Raatz (1998) noch akzeptablen Wert von .65 erreicht. Betrachtet man die einzelnen Items, korrelieren vor allem die Fragen 2 und 14 relativ niedrig mit dem Gesamtwert und sind daher als problematisch anzusehen (Tabelle 9). Diese beiden Items werden daher aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen, womit sich eine geringfügige Erhöhung des Cronbach Alpha auf .66 ergibt.

Impulsivität/ Nachlässigkeit	**Item-Test-Korrelation**
Item_2	.27
Item_14	.23
Item_20	.43
Item_24	.65
Item_25	.39
Cronbachs Alpha Gesamt	**.65**

Tabelle 9: Reliabilitätsstatistiken der Skala „Impulsivität/ Nachlässigkeit"

Für die Skala *Vermeidung* (Tabelle 10) kann wieder eine hohe Reliabilität von .78 berichtet werden. Keines der Items dieser Skala ist auf Grund der Trennschärfeindices als ungeeignet zur Messung dieser Dimension zu bezeichnen..

Vermeidung	**Item-Test-Korrelation**
Item_6	.60
Item_10	.67
Item_17	.66
Item_18	.46
Item_22	.40
Cronbachs Alpha Gesamt	**.78**

Tabelle 10: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Vermeidung"*

Die geringste Reliabilität der Skalen des SPSI-R weist die Skala *Rationaler Problemlösestil* mit einem Wert von .52 auf und liegt damit unter dem von Lienert und Raatz (1998) empfohlenen Mindestwert von .60 (Tabelle 11). Item 12 und speziell die Items 16 und 23 tragen hier offenbar wenig zur Erfassung dieser Dimension bei und sind als kritisch einzustufen und werden daher nicht in die weitere statistische Analyse miteinbezogen.

Rationaler Problemlösestil	**Item-Test-Korrelation**
Item_12	.28
Item_16	.16
Item_19	.41
Item_21	.45
Item_23	.18
Cronbachs Alpha Gesamt	**.52**

Tabelle 11: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Rationaler Problemlösestil"*

Aufgrund der Reduktion der Skala Rationaler Problemlösestil um jene drei Items, deren Trennschärfe unter dem nach dem von Bortz und Döring (2006) angeführten erforderlichen Niveau von .3 liegt, verbesserte sich das Cronbach Alpha auf ein nach Lienert und Raatz (1998) noch akzeptables Niveau von .61.

Nach dem kritische Items der einzelnen Subskalen entfernt wurden, war eine Anpassung der Formel zur Berechnung des Gesamtscores erforderlich. Bei Subskalen Negative Problemorientierung, Impulsivität /Nachlässigkeit und der Problemlösestil Vermeidung wird vom höchst möglich zu erreichenden Skalenwert der tatsächlich erreichte Wert subtrahiert und durch die Anzahl der Items dividiert. Der Wert der Skala Positive Problemorientierung und Rationaler Problemlösestil wird lediglich durch die Anzahl ihrer Items dividiert. Somit ergibt sich folgende Formel zur Berechnung des Gesamtscores:

SPS=PPO/5 + RPS/2 + (20-NPO)/5 + (12-ICS)/3 +(20-AS)/5.

7.2. Reliabilität der Alzheimer´s Disease Knowledge Scale

Für die Skala ADKS beträgt das Cronbach Alpha in der untersuchten Stichprobe .69 und kann damit als noch ausreichend zufriedenstellend beurteilt werden (Tabelle 12). Allerdings korrelieren hier einige Items nur sehr schwach oder sogar leicht negativ mit dem Gesamtskalenwert. Insbesondere die Items 1, 2, 6, 9, 12, 13, 15, 23 und 27 sind als bedenklich einzustufen und tragen zumindest in der vorliegenden Stichprobe nichts zur Zuverlässigkeit dieser Skala bei.

Alzheimer´s Disease Knowledge Scale	Item-Test-Korrelation
Item_1	.12
Item_2	.13
Item_3	.33
Item_4	.41
Item_5	.31
Item_6	.13
Item_7	.26
Item_8	.43
Item_9	.14
Item_10	.35
Item_11	.29
Item_12	.13
Item_13	.15
Item_14	.18
Item_15	.02
Item_16	.37
Item_17	.16
Item_18	.18
Item_19	.26
Item_20	.46
Item_21	.30
Item_22	.59
Item_23	-.01
Item_24	.16
Item_25	.34
Item_26	.54
Item_27	.07
Item_28	.55
Item_29	.16
Cronbachs Alpha Gesamt	**.69**

Tabelle 12: *Reliabilitätsstatistiken Alzheimer´s Disease Knowledge Scale*

Durch Ausschluss der oben angeführten Items mit unzureichender Trennschärfe ergibt sich eine neue Skalenreliabilität von .72.

7.3. Reliabilität des Zarit Burden Interviews

Bei der Reliabilitätsanalyse des ZBIs ergibt sich ein sehr hoher Wert für das Cronbach Alpha von .87. Die Skala kann damit als hoch reliabel bezeichnet. Die Item-Skala-Korrelationen. Sind in Tabelle 13 ersichtlich.

Zarit Burden Interviews	**Item-Test-Korrelation**
Item_1	.42
Item_2	.54
Item_3	.63
Item_4	.25
Item_5	.39
Item_6	.55
Item_7	.45
Item_8	.29
Item_9	.52
Item_10	.43
Item_11	.56
Item_12	.70
Item_13	.32
Item_14	.23
Item_15	.25
Item_16	.64
Item_17	.53
Item_18	.63
Item_19	.56
Item_20	.37
Item_21	.31
Item_22	.62
Cronbachs Alpha Gesamt	**.87**

Tabelle 13: *Reliabilitätsstatistiken des Zarit Burden Interviews*

Nach Ausschluss von der Items 8, 14 und 15, welche das kritische Trennschärfeniveau von .03 unterschreiten, erhöht sich die Reliabilität der Skala auf .88.

7.4. Reliabilität der Geriatric Depression Scale

Wie in Tabelle 14 ersichtlich, erreicht auch die Geriatric Depression Scale einen sehr zufriedenstellenden Wert für Cronbach-Alpha von .88 und ist damit ebenfalls eine Skala mit hoher Reliabilität. Vereinzelt sind die Trennschärfeindices mancher Items dabei relativ niedrig. Für Item 17 kann kein Trennschärfekoeffizient ermittelt werden, weil alle Versuchspersonen den Wert 0 aufweisen und somit keine Streuung vorliegt. Dieses Item beinhaltet die Frage, ob sich die pflegenden Angehörigen ungebraucht fühlen und trägt somit in dieser Studie nichts zur Unterscheidung der Versuchspersonen bei. Auch Item 4, 11, 12 und 19 weisen eher problematische Item-Test-Korrelationen auf.

Geriatric Depression Scale	**Item-Test-Korrelation**
Item_1	.40
Item_2	.37
Item_3	.40
Item_4	.17
Item_5	.59
Item_6	.55
Item_7	.57
Item_8	.41
Item_9	.46
Item_10	.62
Item_11	.21
Item_12	.22
Item_13	.59
Item_14	.36
Item_15	.43
Item_16	.66
Item_17	.
Item_18	.34
Item_19	.13
Item_20	.41
Item_21	.43
Item_22	.42
Item_23	.31
Item_24	.41

Item_25	.48
Item_26	.44
Item_27	.49
Item_28	.33
Item_29	.53
Item_30	.53
Cronbachs Alpha Gesamt	**.88**

Tabelle 14: *Reliabilitätsstatistiken der Geriatric Depression Scale*

Nachdem die als problematisch einzustufenden Items aus der Skala entfernt wurden, beträgt die Reliabilität der Skala .89.

Zusammenfassend sind die Reliabilitäten sämtlicher verwendeter Skalen nach Elimination der Items mit zu geringer Trennschärfe als zufriedenstellend zu beurteilen und können somit zur weiteren Datenanalyse herangezogen werden.

8. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Sie wurden mit dem Statistikprogramm *PASW Statistics 18,* sowie *SPSS AMOS* berechnet. Es wurden die Daten jener 56 Personen in die Auswertung miteinbezogen, die den Fragebogen am Ende des Erhebungszeitraumes an die Autorin retourniert hatten. Spätere Rücksendungen mussten unberücksichtigt bleiben. Zuerst werden die soziodemographischen Daten und relevante Merkmale der Stichprobe beschrieben. Diese Stichprobenbeschreibung umfasst eine Deskription der pflegenden Angehörigen, wie auch deren erkrankte Familienmitglieder. Anschließend werden die in Kapitel 5.3.5. angeführten Hypothesen überprüft. Zuletzt findet sich eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

8.1. Stichprobenbeschreibung

Es folgt eine Darstellung soziodemographischer Merkmale und der Konstrukte, die im Rahmen der Untersuchung erhoben wurden.

8.1.1. Die pflegenden Angehörigen

In den folgenden Unterkapiteln werden zuerst Alter und Geschlecht der Pflegepersonen, sowie deren Verwandtschaftsgrad zu den Demenzkranken beschrieben. Danach erfolgt eine Darstellung der Belastung und Depressivität dieser Personen, sowie derer sozialen Problemlösefähigkeiten und Krankheitswissen über die Demenz.

8.1.1.1. Alter und Geschlecht

Das Alter der befragten Personen, wurde durch deren Angabe des Geburtsjahres am Fragebogen ermittelt. Es wurde jenes Alter zur Auswertung verwendet, welches die Versuchspersonen im Erhebungsjahr 2011 erreichen.

Mit einem Mittelwert von 68,86 beträgt das durchschnittliche Lebensalter der Pflegepersonen 69 Jahre. Die jüngste Pflegeperson ist 39 Jahre alt, während der älteste pflegende Angehörige 95 Jahre alt ist. Die 25%-, 50%- und 75%-Perzentile von 59,5; 70 und 79,75 Jahren zeigen an, dass etwa ein Viertel der Befragten das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, hingegen der durchschnittliche mittlere Altersbereich zwischen aufgerundeten 60 und 80 Jahren liegt. Etwa 25% der Befragten sind somit 80 Jahre alt oder älter. Die Altersverteilung wird in Abbildung 3 veranschaulicht.

Der Test von Kolmogorov-Smirnov zeigt, dass keine signifikante Abweichung von der Normalverteilungsannahme gegeben ist (z=0.62, p=.838).

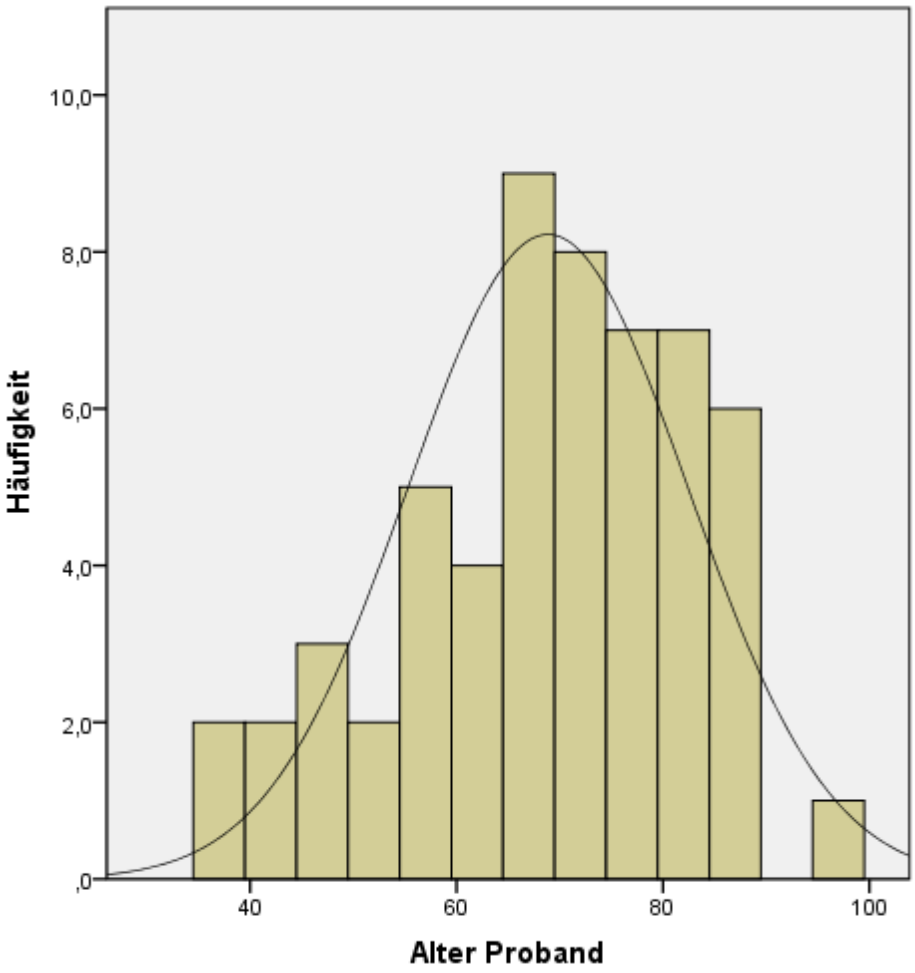


Abbildung 3: *Alter der pflegenden Angehörigen*

Hinsichtlich des Geschlechts der Untersuchungsteilnehmer sind exakt 75% weiblich, woraus folgt, dass es sich bei einem Viertel der Teilnehmer um Männer handelt.

Betrachtet man das Alter der Versuchspersonen bezogen auf das jeweilige Geschlecht, zeigt sich, dass weibliche Pflegepersonen bei einem Mittelwert von 65,83 (SD=11.96) im Durchschnitt signifikant jünger sind als die teilnehmenden Männer (T=-3.10;p=.003<.05). Die männlichen Pflegepersonen sind im Durchschnitt 77,93 (SD=14.54) Jahre alt.

8.1.1.2. Verwandtschaftsgrad

Auf die Abfrage des Verwandtschaftsgrades durch den Fragebogen konnte verzichtet werden, da diese Information in der Datenbank der M.A.S. Alzheimerhilfe gespeichert war. Wie Abbildung 4 zeigt, stellen Ehepartnerinnen (44,6%) und Tochter (23,3%) jeweils für sich, wie auch zusammengenommen, mit insgesamt 67,8% den größten Anteil an Betreuungspersonen dar.

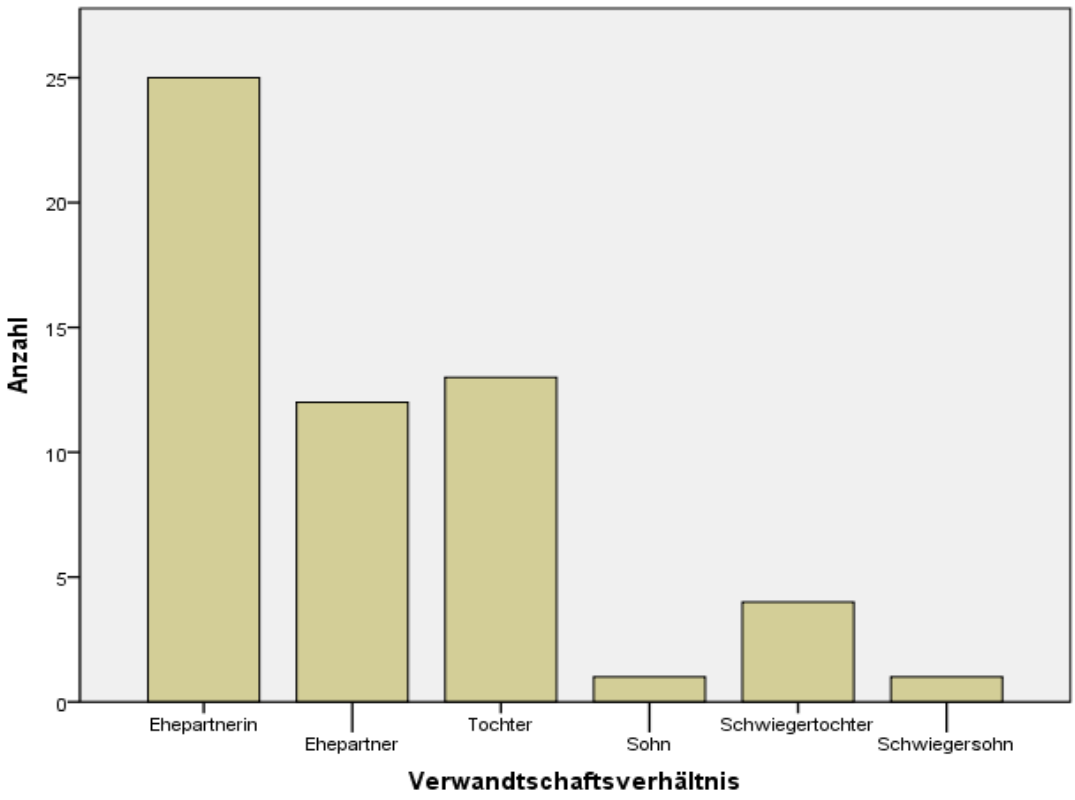


Abbildung 4: *Verwandtschaftsverhältnis zur erkrankten Person*

Mit 21,4% haben Ehepartner ebenfalls einen wesentlich Anteil der Stichprobe. Die hinteren Ränge belegen Schwiegertöchter mit 7,1%, sowie ein Sohn und ein Schwiegersohn, auf die gemeinsam ein Anteil von 3,6% entfällt.

8.1.1.3. Subjektives Belastungserleben

Das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen wurde mit dem Zarit Burden Interview erhoben. Das Belastungserleben der Stichprobe liegt mit einem Mittelwert von 24,93 (SD=10,12) im mittleren Bereich der hohen Belastung. Der niedrigste Wert liegt bei 6 und tritt einmalig auf, was bedeutet, dass lediglich eine der teilnehmenden Personen laut ZBI keine Belastung aufgrund der häuslichen Pflege empfindet. Die mittleren 50% der Stichprobe liegen im Grenzbereich der mäßigen bis hohen Belastung und streuen mit Werten zwischen 17,25 und 32 bis zum Grenzbereich der hohen bis starken Belastung.. Die 25% der Personen mit dem höchsten Score erreichen einen Wert von über 32 bis zu einem Maximum von 54. Die Verteilung der Belastungswerte wird in Abbildung 5 veranschaulicht.

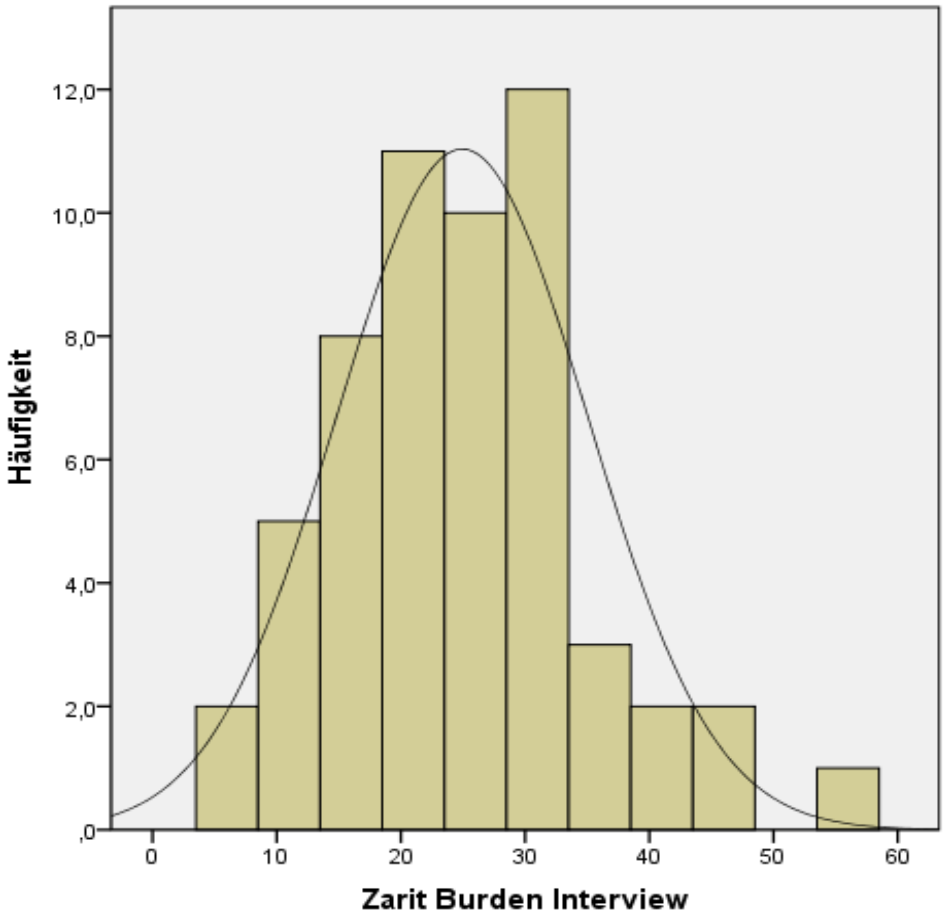


Abbildung 5: *Zarit Burden Interview*

Es ergibt sich für diese Skala keine signifikante Abweichung von der Normalverteilungsannahme (z=.52, p=.948).

Vergleicht man männliche (N=14) und weibliche Untersuchungsteilnehmer (N=42) mit den Mittelwerten von 24,14 (SD=9,65) und 25,19 (SD=10,38), so unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich ihrer Belastung in dieser Stichprobe mit einem T-Wert von .33 (p=.741) nicht signifikant voneinander.

Um festzustellen, welche Themen der häuslichen Pflege in der untersuchten Stichprobe durchschnittlich einen eher hohen oder geringen Beitrag zur Steigerung bzw. Senkung des Belastungserlebens leisten, erfolgt eine Darstellung der Antworthäufigkeiten. Es werden nachfolgend jene Items angeführt, welchen über die Stichprobe hinweg die

durchschnittlich höchsten bzw. niedrigsten Summenscores zugeordnet werden können. Die Items 2, 7 und 22 (M=1,95 bzw. SD=0.92; M=2,13 bzw. SD=0.97; M=2,32 bzw. SD=0.79) erreichen, das Antwortverhalten über die Stichprobe hinweg betrachtet, die höchsten Belastungswerte. Inhaltlich beziehen sich diese Fragen auf die das Gefühl der Pflegepersonen nicht mehr über ausreichend Zeit für sich selbst zu verfügen, auf Zukunftssorgen was den erkrankten Angehörigen betrifft und auf die persönliche Einschätzung der Pflegebelastung insgesamt.

Die gemittelten Summenscores zu den Items 4,13 und 17 hingegen (M=0,68 bzw. SD=0.79; M=0,71 bzw. SD=0.80; M=0,71 bzw. SD=0.91) fallen dabei am geringsten aus. Die Fragen beziehen sich auf Schamgefühle aufgrund der Erkrankung des Angehörigen, Unwohlsein wenn Besuch kommt und erlebten Kontrollverlust über das eigene Leben seit der Erkrankung.

8.1.1.4. Depressivität

Durch die Vorgabe der Geriatric Depression Scale wurde ermittelt, dass die Stichprobe durchschnittlich als nicht depressiv einzustufen ist (M=7,75; SD=5.82). Die Depressionswerte streuen vom Wert 0 bis zum Wert 23 (Abbildung 6). Die Werte dieser Skala sind nach Überprüfung mit dem Test von Kolmogorov-Smirnov als normalverteilt zu bezeichnen (z=0.93, p=.358).

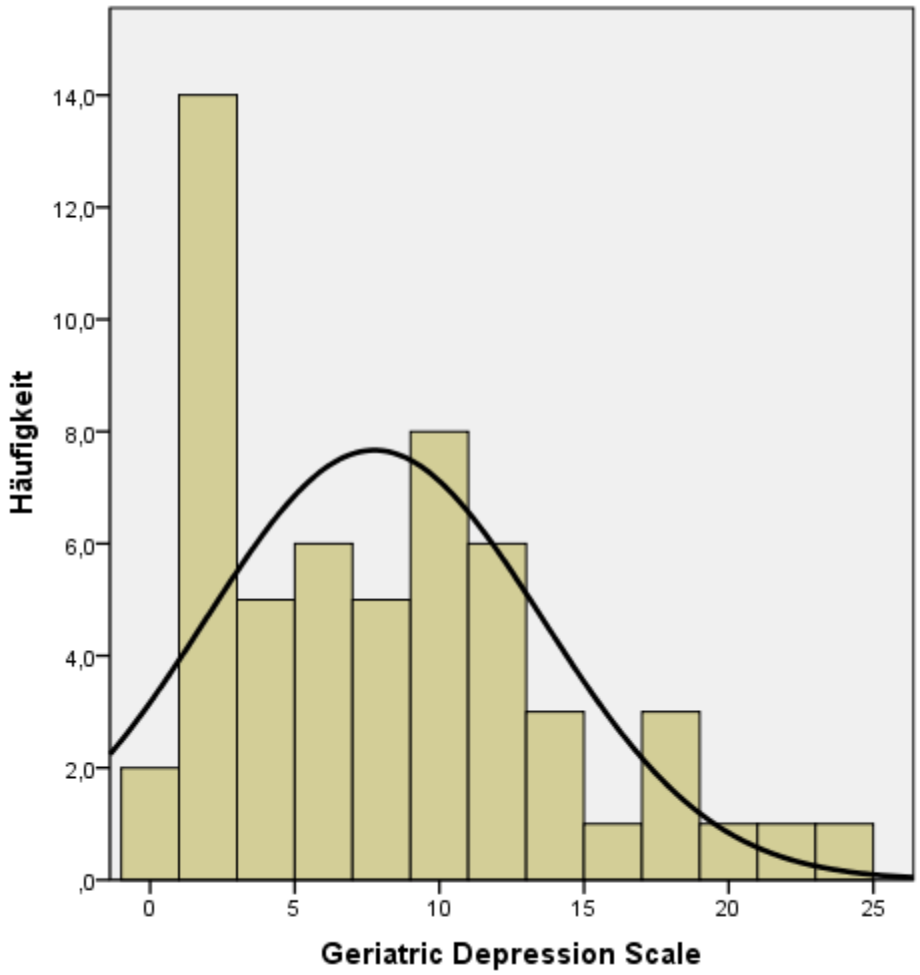


Abbildung 6: *Geriatric Depression Scale*

Die mittleren 50% der Stichprobe befinden sich im Bereich zwischen den Werten 2 und 11,75. Unterteilt nach Schweregrad der Symptomatik sind demnach 41 Personen als nicht depressiv einzustufen, 13 Personen als zunehmend und zwei Personen als schwer depressiv.

Vergleicht man männliche (N=14) und weibliche (N=42) Untersuchungsteilnehmer anhand der Mittelwerte 9,00 (SD=4.99) und 7,33 (SD=6.08), so unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich ihrer Depressivität nicht signifikant voneinander (T=.93, p=.359).

Durch die Darstellung der durchschnittlichen Antworthäufigkeiten können jene Items identifiziert werden, deren Inhalte von den Befragten am häufigsten bzw. seltensten in dem Sinne beantwortet wurden, als dass sie einen starken bzw. schwachen Einfluss auf den Gesamtscore und somit die Depressivität zu haben scheinen. Fragen 2, 13 und 24 (M=0,62 bzw. SD=0.49; M=0,52 bzw. SD=0.50; M=0,43 bzw. SD=0.50) wurden am häufigsten von den Teilnehmern in der Art beantwortet, dass eine Erhöhung der Depressionswerte erfolgte. Inhaltlich handelt es sich bei diesen Items um die Aufgabe von Aktivitäten und Interessen seitens der Pflegeperson, Sorgen um die Zukunft und das Aufregen über Kleinigkeiten.

Am seltensten geben die Studienteilnehmer an, durch die Inhalte der Items 1, 3, 14 und 28 (M=0,13 bzw. SD=0.33; M=0,14 bzw. SD=0.35; M=0,14 bzw. SD=0.35) beeinträchtigt zu sein. Die Themen grundsätzliche Lebenszufriedenheit, eine Gefühl der Leere im Leben, Probleme mit dem Gedächtnis und eventuelle Vermeidung von sozialen Zusammenkünften scheinen zu einer Erhöhung der Depressivität am wenigsten beizutragen.

8.1.1.5. Soziales Problemlösen

Die Voraussetzung zur Berechnung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse wird mit 230 vorhandenen Varianzen bzw. Kovarianzen und 70 zu schätzenden Parametern erfüllt- das Modell ist somit als identifizierbar anzusehen. Überprüft man die erhobenen Daten auf die theoretisch zugrundeliegenden Faktoren nach Graf (2003), so ergeben sich die in Abbildung 7 extrahierten Faktoren und deren Zusammenhänge.

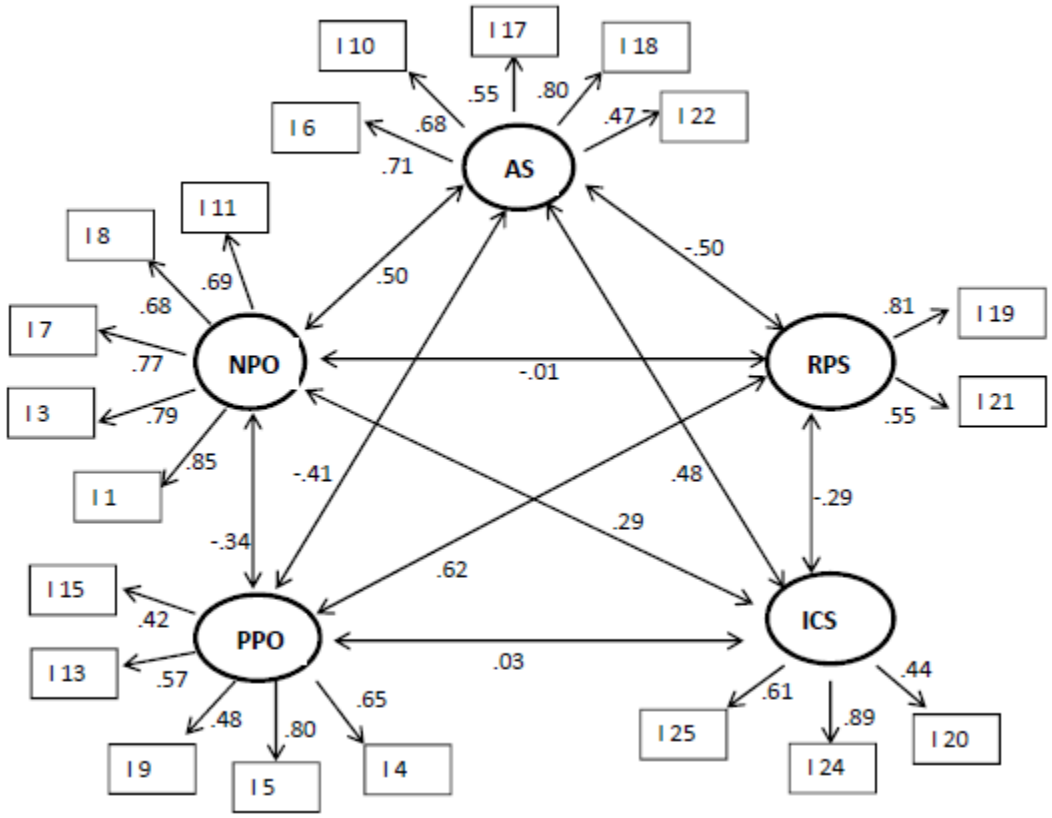


Abbildung 7: *konfirmatorische Faktorenanalyse SPSI-R*

Sie stimmen mit dem zugrundeliegenden Modell von Graf (2003) überein. Die aus Gründen mangelnder Trennschärfe entfernten Items sind in der Darstellung der erhobenen Daten folglich nicht enthalten. Der Chi-Quadrat-Wert von 247,18 steht zu den Freiheitgraden df=160 in einem Verhältnis von 1.54, was für die Beibehaltung des theoretischen Modells spricht. Der errechnete RMSEA-Wert liegt mit 0,100 (90%-

Konfidenzintervalle .074|.123) an der Grenze zum akzeptablen Bereich. Beurteilt man das Zustandekommen dieses Wertes in Relation zu der geringen Stichprobengröße (Backhaus et al. 2003 empfehlen einen Mindeststichprobenumfang von 100 Personen) ist das Ergebnis als durchaus passabel zu beurteilen. Da zusätzlich das Konfidenzintervall den Wert geforderten Wert von 0,8 beinhaltet, darf im Rahmen der vorliegenden Daten durchaus von einer akzeptablen Modelanpassung ausgegangen werden.

Das Social Problem Solving Inventory-Revised (D´Zurilla, Nezu und Maydeu-Olivares, 1999) stellt keine Normtabellen für die Kurzversion und keine Kategorisierung nach Qualität der Problemlösefähigkeit zur Verfügung. Nachfolgend werden die Werte der Untersuchungsteilnehmer angegeben, wobei die höchsten zu erreichenden Werte der Dimensionen positive und negative Problemorientierung, sowie der Vermeidung bei 20 liegen. Bei der Subskala Impulsivität kann einen Gesamtscore von maximal 12 erreicht werden und der Wert der Subskala Rationaler Problemlösestil kann ein Maximum von 8 erreichen. Die unterste Grenze liegt allenfalls beim Wert 0. Alle Skalen wurden mittels des Tests von Kolmogorov-Smirnov überprüft und sind als normalverteilt zu bezeichnen (Gesamtwert: z=.54, p=.934; Impulsivität: z=.97, p=.305; positive Problemorient.: z=.77, p=.590; negative Problemorient.: z=.85, p=.461; Vermeidung: z=.90, p=.387). Wie in Abbildung 8 ersichtlich ist, verfügt die Stichprobe über eine überwiegend positive Problemorientierung (M=12,50; SD=3.45).

Wie D´Zurilla et al. (2004) schreiben, ist eine positive Problemorientierung als ein konstruktives, kognitives Problemlöseset zu verstehen, welches den pflegenden Angehörigen ein Problem in dessen Umgebung als Herausforderung sehen lässt und daran glauben lässt, dass bestehende Probleme gelöst werden können. Pflegepersonen mit einer solchen Orientierung glauben an ihre eigenen Fähigkeiten, Probleme erfolgreich zu lösen und sind

sich bewusst, dass erfolgreiches Problemlösen Zeit, Mühe und Hartnäckigkeit erfordert. Sie engagieren sich, um Probleme rasch zu erledigen, anstatt sie zu vermeiden.

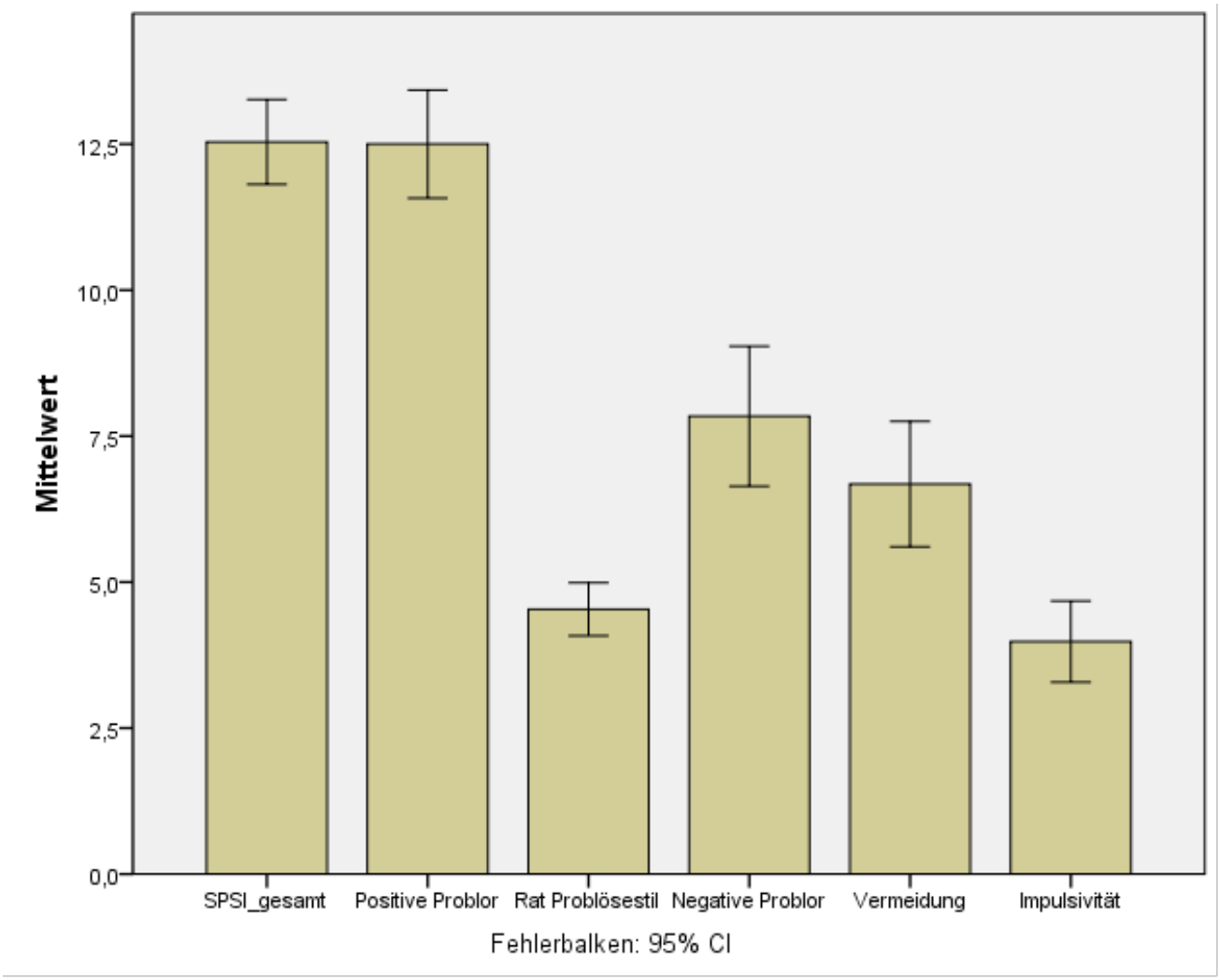


Abbildung 8: *Dimensionen sozialer Problemlösefähigkeit*

Der erreichte Mittelwert in der Dimension Rationaler Problemlösestils, welche ebenfalls eine positive Subskala darstellt, liegt bei 4,54 (SD=1.70). Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Wert nicht in Relation zu den übrigen Durchschnittswerten der einzelnen Subskalen interpretiert werden darf, da aufgrund der mangelnden Item-Trennschärfen drei Fragen dieser Skala entfernt werden mussten und somit lediglich zwei Items diese Skala repräsentieren. Der ermittelte Wert stellt also in Relation zum erreichenden Gesamtscore die zweitstärkste Dimension dar. Das bedeutet die Befragten schreiben sich tendenziell eine eher reflektierte, systematische und geschickte Anwendung

effektiver und angepasster Problemlöseprinzipien und –techniken zu. Sie beschreiben sich als Personen, welche systematisch Informationen sammeln, Anforderungen und Hindernisse identifizieren, sich ein Lösungsziel setzen, alternative Lösungsansätze generieren, diese abwägen und die Durchführung des ausgewählten Lösungsweges evaluieren.

Hohe Werte in den drei Skalen negative Problemorientierung, Impulsivität/Nachlässigkeit und Vermeidung, würden wiederum für eine problematische Problembewältigung sprechen. Hier liegen die Mittelwerte (M=7,84;3,98; 6,68) deutlich unter denen der positive Problemorientierung. Auch hier ist anzumerken, dass die Subskala Impulsivität/Nachlässigkeit aufgrund einer reduzierten Itemanzahl nicht in Relation zu den erreichten Scores der übrigen Subskalen interpretiert werden darf. Die Mittelwerte samt Standardabweichung, der kleinste und höchste erreichte Wert in den einzelnen Skalen sind in Tabelle 16 angeführt. Ebenso die 25% und 75% Perzentile, was bedeutet, dass die mittleren 50% der Studienteilnehmer einen Skalenscore zwischen diesen beiden Werten erreicht haben.

		SPS Gesamt-score	**Impulsivität/ Nachlässigk.**	**Positive Problem-orientierung**	**Negative Problem-orientierung**	**Vermeidung**	**Rationaler Problemlöse-Stil**
Mittelwert		12,54	3,98	12,50	7,84	6,68	4,54
Standardabweichung		2,712	2,597	3,454	4,475	4,005	1,695
Minimum		7,20	0	4	0	0	0
Maximum		18,80	10	19	16	15	8
Perzentile	25	10,28	2,00	10,00	4,25	5,00	3,00
	75	14,68	6,00	14,75	11,00	9,00	6,00

Tabelle 16: *Statische Werte SPSI-R*

Vergleicht man mittels T-Test für unabhängige Stichproben die SPS-Gesamtwerte der Männer (M=12,33, SD=2.91) und Frauen (M=12,60, SD=2.68), so lässt sich feststellen, dass diese sich in der Gesamtdimension der Problembewältigungsfähigkeit nicht signifikant voneinander unterscheiden (T=.32, p=.749).

8.1.1.6. Krankheitswissen

Die Frage nach der persönlichen Einschätzung des eigenen Wissens über die Alzheimer-Erkrankung beantworten 10 Personen (17,9%) mit *sehr gut*. Der Großteil der Teilnehmer, nämlich 27 Personen (48,2%), beurteilt ihr Wissen als *gut*. Am zweithäufigsten beurteilen sich 17 Untersuchungsteilnehmer (30,4%) mit *mittelmäßig*. Zwei Personen (3,6%) stufen ihr Krankheitswissen als *schlecht* ein und kein Teilnehmer gibt an *sehr schlecht* über die Krankheit informiert zu sein (Abbildung 8).

Sämtliche Studienteilnehmer haben bereits das Serviceangebot der M.A.S Alzheimerhilfe in Anspruch genommen, davon geben 13 Personen (23,22%) an, bis zum Erhebungszeitpunkt das Informationsangebot der M.A.S. Alzheimerhilfe als alleinige Quelle ihres Krankheitswissen genutzt zu haben. Die übrigen 43 Teilnehmer (76,78%) nutzten alternative Quellen zum Informationsgewinn, welche in Tabelle 17 aufgelistet sind. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Prozentsätze in Klammer stellen den Anteil der Personen bezogen auf die gesamte Stichprobe dar, welche die links angeführte Informationsquelle nutzte.

Informationsquellen:	**Anzahl der Personen (%)**
Zeitschriften, Bücher u. Broschüren	22 (39,29%)
Internet	15 (26,79%)
Vorträge und Seminare	14 (25%)
Selbsthilfegruppen u. Angehörigentreffen	7 (12,5%)
Arzt	6 (10,71%)
Bekannte und Verwandte	3 (5,36%)
Fernsehen	2 (3,57%)
eigene Ausbildung	1 (1,79%)
Caritas Socialis	1 (1,79%)
Nachbarschaftshilfe	1 (1,79%)

Tabelle 17: *Bezogene Informationsquellen*

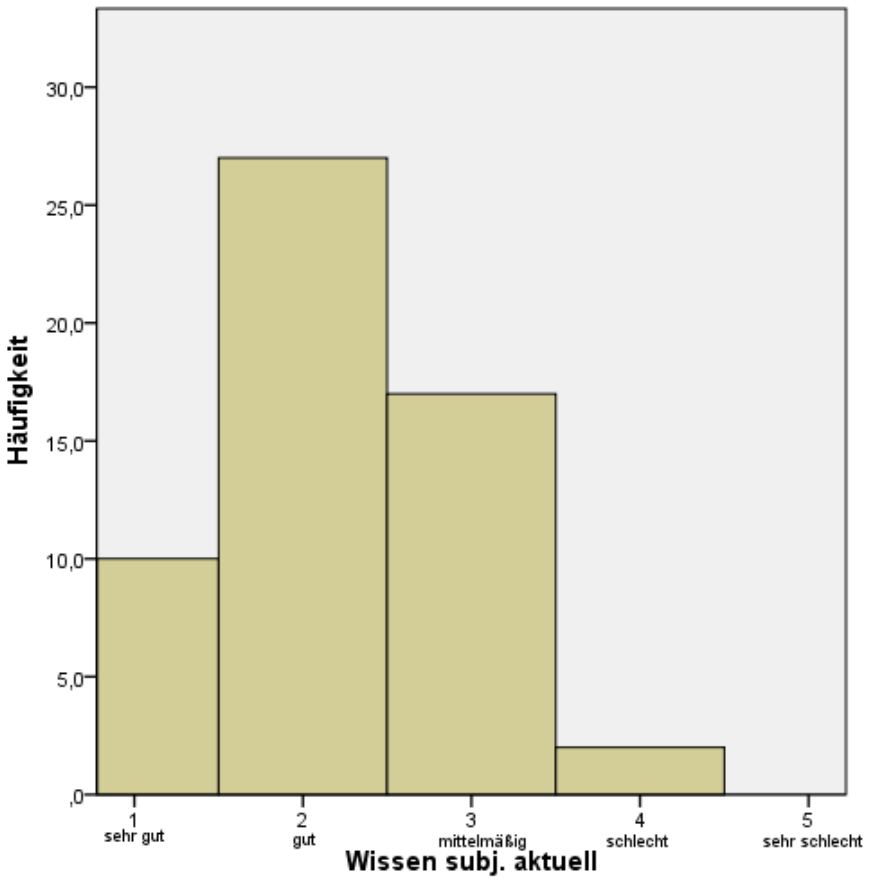


Abbildung 8: *Selbsteinschätzung des Krankheitswissens*

Wie viel Wissen über die Alzheimer-Erkrankung tatsächlich vorhanden war, wurde mithilfe der Alzheimer´s Disease Knowledge Scale ermittelt. Nach der durchgeführten Reliabilitätsanalyse umfassen die zur Auswertung herangezogenen Items der ADKS eine Anzahl von 20. Die Befragten konnten im Durchschnitt 15,86 (SD=2.91) der 20 Fragen richtig beantworten. Das bedeutet, dass durchschnittlich 79,30% der Fragen richtig beantwortet wurden. Der kleinste erreichte Wert lag bei 5 richtigen Fragen, eine Person konnte alle 20 Fragen richtig beantworten. Die mittleren 50% der Stichprobe beantworteten 14 bis 18 Fragen richtig. In Tabelle 18 werden die drei Fragen dargestellt, die am häufigsten richtig beantwortet werden konnten, sowie die drei Fragen die von den wenigsten richtig beantwortet werden konnten.

Die Überprüfung des Zusammenhangs von Selbsteinschätzung des Wissens und tatsächlichem Wissen ergab keinen signifikanten Zusammenhang (r=-.157, p=.248). Mit anderen Worten: die eigene Einschätzung des Wissens sagt offenbar nichts über den tatsächlichen Wissensstand aus.

Item-Nummer und Item	**Anzahl richtiger Antworten (%)**
(17) Ein erhöhter Cholesterinspiegel kann das Risiko erhöhen an Alzheimer zu erkranken.	18 (32,14%)
(25) Ein hoher Blutdruck kann das Risiko erhöhen an Alzheimer zu erkranken.	17 (30,36%)
(11) Eine schlechte Ernährung kann die Symptome der Alzheimer-Erkrankung verschlechtern.	35 (62,50%)
(4) Erkrankte können am besten einfachen und langsamen Instruktionen folgen.	54 (96,43%)
(16) Erkrankte benötigen möglicherweise eine 24-h-Pflege.	54 (96,43%)
(20) Die Alzheimer-Krankheit ist eine Form der Demenz.	55 (98,21%)

Tabelle 18.: *Items ADKS*

Männer (M=15,21; SD=3.45) und Frauen (M=16,50; SD=2.13) unterscheiden sich in der Stichprobe hinsichtlich ihres Krankheitswissens (bei gegebener Normalverteilung z=1.08, p=.192) nicht signifikant voneinander (T=1.68, p=.100). Auch die 25% der jüngeren Teilnehmer (M=16,21; SD=2.19) unterscheiden sich in ihrem Krankheitswissen nicht signifikant (T=.86, p=.398) von den 25% der ältesten Teilnehmer (M=15,21; SD=3.77).

8.1.2. Die dementiell Erkrankten

Im zweiten Teil der Stichprobenbeschreibung werden Alter, Geschlecht, die Demenzform, sowie der Demenzschweregrad der Erkrankten präsentiert.

8.1.2.1. Alter und Geschlecht

Die von den Angehörigen gepflegten Demenzerkrankten sind durchschnittlich 80,91 Jahre alt (SD=6.96). Der jüngste Patient ist dabei 61 Jahre alt, wohingegen die älteste gepflegte Person 92 Jahre alt ist. Die mittleren 50% der Patienten-Stichprobe ist 77 bis 86 Jahre alt. Die Altersverteilung wird in Abbildung 9 graphisch dargestellt. Die Werte weichen nicht signifikant von der Normalverteilung ab (z=.93, p=.355).

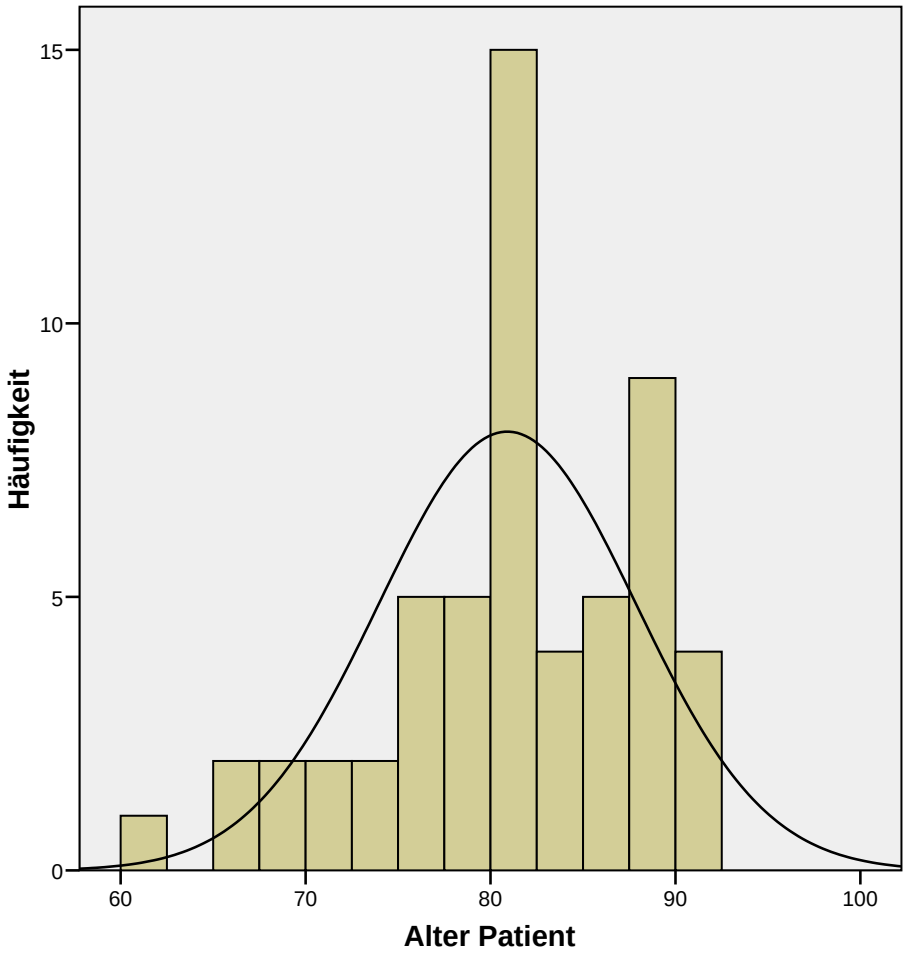


Abbildung 9: *Alter der Demenzerkrankten*

Das männliche und weibliche Geschlecht war in der Stichprobe zu je 28 Personen vertreten (jeweils 50%). Hinsichtlich des Alters der Erkrankten ist festzuhalten, dass weibliche Betreute mit einem Durchschnittalter von 83,00 Jahren (SD=7.21) mit einem T-Wert von 2.33 (p=.023) signifikant älter sind als männliche Betreute mit einen durchschnittlichen Alter von 78,82 Jahren (SD=6.14).

8.1.2.2. Demenzformen

Die erhobenen Daten zu den Demenzformen der Erkrankten basieren auf schriftlichen Diagnosen von Krankenhäusern, Ärzten und Fachärzten. Wie in Abbildung 10 ersichtlich ist, liegt bei 17 Personen (30,4%) der Demenzkranken kein Befund zur Demenzdiagnose in den Patientenakten der M.A.S Alzheimerhilfe vor. Das bedeutet, dass entweder die pflegenden Angehörigen selbst über keinen Befund besitzen und diesen daher auch nicht an die M.A.S. Alzheimerhilfe weitergeben konnten, oder, dass Angehörige einen Befund erhalten haben, aber dieser im Rahmen der Erhebung der Patienteninformationen der M.A.S. Alzheimerhilfe nicht zur Verfügung gestellt wurde.

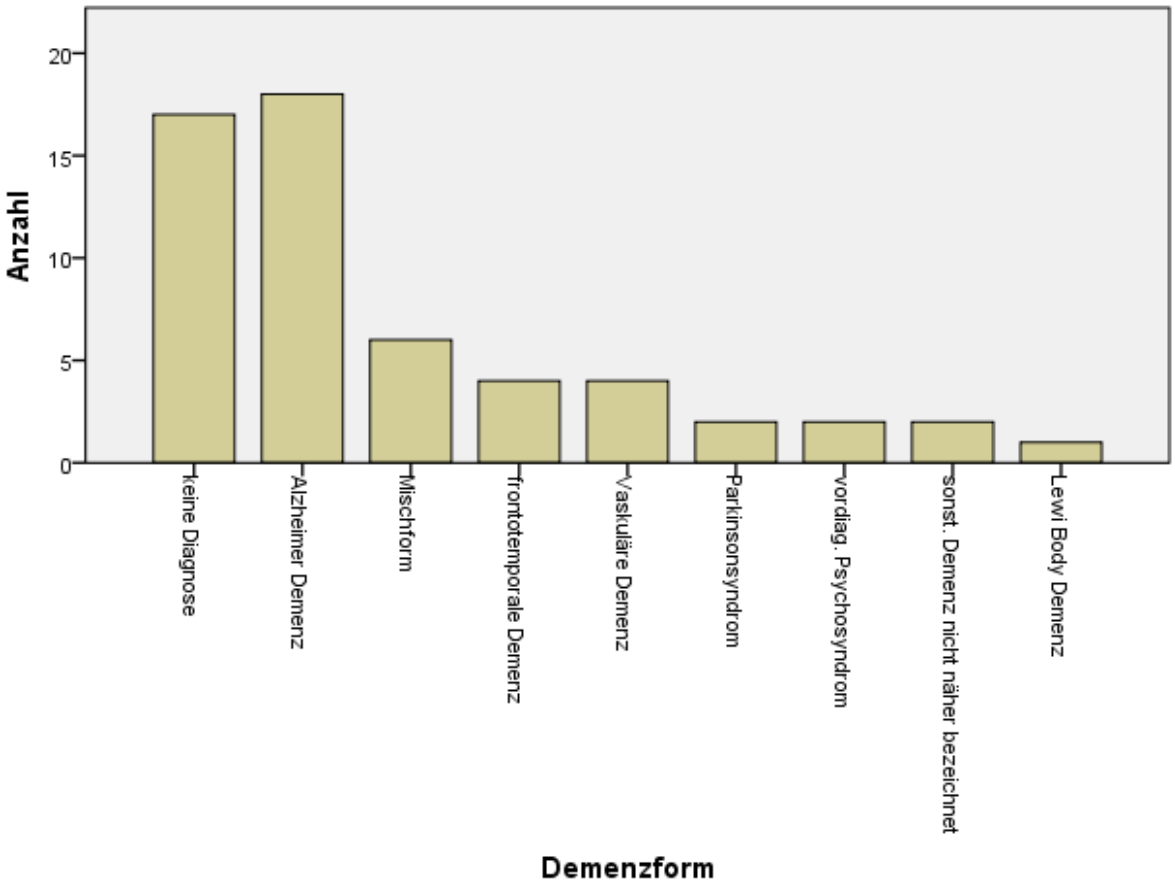


Abbildung 10: *Häufigkeiten der Demenzformen*

Von den verbleibenden 39 Patienten (69,6%) erhielten 18 (32,1%) Personen die Diagnose Alzheimer-Demenz, 6 Personen (10,7%) die Diagnose einer Demenz-Mischform und jeweils 4 Personen (7,1%) die Diagnose einer frontotemporalen Demenz oder vaskulären Demenz. Weniger häufig wurden Demenzdiagnosen im Zusammenhang mit einem Parkinsonsyndrom oder einem vordiagnostizierten organischen Psychosyndrom gestellt. Dies war bei jeweils zwei Personen (3,6%) der Patienten der Fall. Weitere zwei Personen (3,6%) erhielten die Diagnose einer nicht näher bezeichneten Demenz. Bei einer Person (1,8%) wurde eine Lewy-Body-Demenz diagnostiziert.

8.1.2.3. Demenzschweregrad

Von der Gesamtstichprobe (N=56) sind 17 Erkrankte (30,4%) als leicht dement einzustufen, 24 Personen (42,9%) als mittelgrad dement und 15 Patienten (26,8%) sind schwer dementiell erkrankt (Abbildung 11).

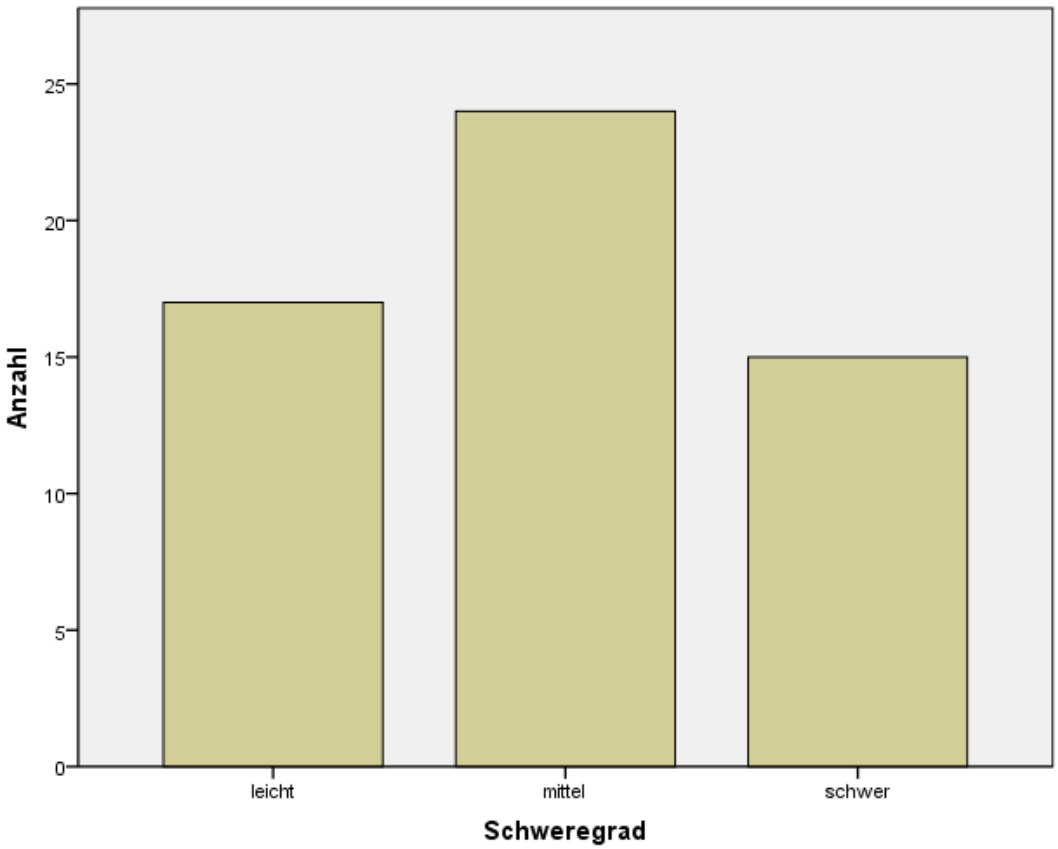


Abbildung 11: *Schweregrade der Demenz*

Bei 50 Personen der Gesamtstichprobe (N=56) wurde anhand der Global Deterioration Scale der Schweregrad der Demenz beurteilt. Bei den verbleibenden 6 Befragten, welche über den Bekannten- und Verwandtenkreis der Autorin rekrutiert wurden, wurde zur Beurteilung des Krankheitsfortschrittes der Patienten auf die Angaben der pflegenden Angehörigen zurückgegriffen.

Die 50 Personen, welchen anhand der Global Deterioration Scale einem Demenzschweregrad zugeordnet werden konnten, können durch die Aussagen dieses Erhebungsinstrumentes nach Reisberg (1988) wie folgt näher beschrieben werden. Die 17 Personen von ihnen (34%), welche leichtgradig dement sind, zeigen Defizite bei der Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse, dem Erinnern der eigenen Biographie, der Durchführung serieller Subtraktionen und im Umgang mit Geld. Komplexe Aufgaben können nicht mehr bewältigt werden. Diese Patienten leugnen ihre Defizite und beginnen, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden (= Stadium 4 der Global Deterioration Scale).

Die 20 mittelgradig dementen Patienten (40%) kommen ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht. Sie haben Schwierigkeiten, sich an seine Adresse, Telefonnummer und die Namen engerer Familienangehöriger zu erinnern. Der eigene Name, der des Ehepartners und die der Kinder sind ihnen dagegen noch präsent. Es treten Probleme bei der Auswahl situations- und wetteradäquater Kleidung auf, Essen und Toilettengang können aber noch alleine bewältigt werden (= Stadium 5 der Global Deterioration Scale).

Den 13 Personen mit schwerer Demenz (26%) ist der eigene Name meist noch bekannt, der des Ehepartners kann gelegentlich vergessen werden. Bekannte können meist noch von unbekannten Personen unterschieden werden. Kurz zurückliegende Ereignisse und Erfahrungen sind dagegen nicht mehr bekannt, ebenso Teile der Biographie. Zählen kann Probleme bereiten und oft ist der Tag / Nacht – Rhythmus gestört. Persönlichkeits-

veränderungen und Gefühlsstörungen treten zunehmend in den Vordergrund. Mögliche Störungen die auftreten, sind Verfolgungsdenken, Zwangs- und Angstsymptome, sowie Apathie (= Stadium 6 der Global Deterioration Scale).

8.2. Ergebnisse zu den Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die in Kapitel 5.3.5. formulierten Hypothesen untersucht. Die Zusammenhänge wurden mittels der Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson geprüft. Intervallskalierung und Normalverteilung aller Daten war gegeben. Ein annähernd linearer Zusammenhang der zu korrelierenden Variablen wurde graphisch anhand von Streudiagrammen überprüft und kann ebenfalls als vorausgesetzt gesehen werden. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden diese einseitig auf einem Signifikanzniveau von .05 geprüft. Werden mehrere Hypothesen auf Basis der Daten einer einzigen Stichprobe geprüft empfiehlt sich in der Regel eine Adjustierung des Alphaniveaus um eine Erhöhung der Alphafehler-Wahrscheinlichkeit durch multiples Testen in derselben Stichprobe entgegenzuwirken. Dazu wird anhand der Bonferroni-Korrektur das ursprüngliche Signifikanzniveau (in der vorliegenden Studie auf .05 festgelegt) durch die Anzahl der zu überprüfenden Hypothesen dividiert. In der vorliegenden Studie werden insgesamt 14 Hypothesen getestet, was folglich zu einem empfohlenen Signifikanzniveau von .0036 führen würde. Hier wird der Nachteil der Bonferroni-Korrektur und ihrer sehr konservativen Vorgehensweise ersichtlich- das Ergebnis muss einen sehr geringen Alpha-Wert aufweisen um als statistisch signifikant gelten zu können. Eine durch die Bonferroni-Korrektur verminderte statistische Power um inkorrekte Nullhypothesen abzulehnen, wird auch von Nakawaga (2004) kritisiert. Da es sich in bei der vorliegenden Studie um eine Pilotstudie handelt, deren Ziel es ist Forschungshypothesen zur weiteren Überprüfung zu generieren, wird das Risiko einer erhöhten Alphafehler-Wahrscheinlichkeit in Kauf genommen, da es bei einem Signifikanzniveau von .0036 kaum noch möglich ist signifikante Ergebnisse zu

erhalten. Zudem erfolgt eine Interpretation der Effektstärken, welche unabhängig vom p-Wert sind.

8.2.1. Soziale Problemlösekompetenz

In den folgenden beiden Unterkapiteln, wird zuerst der Gesamtscore der sozialen Problemlösefähigkeit, einschließlich der fünf einzelnen Skalen dieser Fähigkeit, in Zusammenhang mit dem subjektiven Belastungserleben der pflegenden Angehörigen untersucht. Danach erfolgt eine Überprüfung der postulierten Zusammenhänge zwischen sozialer Problemlösefähigkeit und den Depressivitätswerten der Pflegepersonen.

8.2.1.1. Soziales Problemlösen und subjektives Belastungserleben

H1: Je höher die soziale Problemlösefähigkeit eines pflegenden Angehörigen ausgeprägt ist, desto geringer ist dessen subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflege des demenzkranken Familienmitgliedes.

Wie anhand der Werte in Tabelle 19 ersichtlich ist, kann die Alternativhypothese, wonach der Gesamtscore sozialer Problemlösefähigkeit negativ mit dem subjektiv empfundenen Belastungserleben korreliert, statistisch nicht abgesichert werden. Die negative Korrelation von r=-.190 führt zu einem p-Wert von .080 (p>.05) und somit zu einem statistisch nicht signifikantem Ergebnis. Anhand einer Interpretation der Effektstärke lässt nach der Klassifikation nach Cohen bei dem gefundenen Zusammenhang von r=-.190 jedoch zumindest ein kleiner Effekt feststellen.

	Subjektives Belastungserleben		
	Korrelationskoeffizient	**Signifikanz (1-seitig)**	**N**
SPS Gesamtscore	-.190	.080	56
Positive Problemorientierung	-.173	.101	56
Negative Problemorientierung	.248	.033*	56
Rationaler Problemlösestil	.002	.493	56
Impulsivität/Nachlässigkeit	.009	.474	56
Vermeidung	.211	.060	56

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant.

Tabelle 19: *Soziales Problemlösen und subjektive Belastung*

H1: Je höher die Werte in der Dimension *positive Problemorientierung*, desto geringer ist die subjektiv empfundene Belastung.

Die Alternativhypothese, wonach die Werte der Dimension positive Problemorientierung umso höher sind, desto geringer die Belastung der Angehörigen ist, kann nicht beibehalten werden. Eine negative Korrelation der beiden Konstrukte von r=-.173 führt bei der vorhandenen Stichprobengröße von N=56 zu einem p-Wert von .101 (p>.05). Doch ist auch hier ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung gegeben und bei Bezugnahme auf Cohen´s d lässt sich aufgrund der Korrelation von r=-.173 ein mittlerer Effekt feststellen.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *negative Problemorientierung*, desto höher ist die subjektiv empfundene Belastung.

Eine negative Problemorientierung steht in einem statistischen Zusammenhang mit dem subjektiv empfundenen Belastungserleben der Pflegepersonen. Die Korrelation von r=.248 wird mit einem p-Wert von .033 auf dem Niveau von .05 (einseitig) signifikant.

Somit kann die Alternativhypothese angenommen werden, die besagt, dass negative Problemorientierung und subjektives Belastungserleben positiv korrelieren. Beim gefundenen Zusammenhang ist von einem kleinen bis mittleren Effekt auszugehen.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *rationaler Problemlösestil*, desto geringer ist die subjektiv empfundene Belastung.

Für den postulierten negativen Zusammenhang des rationalem Problemlösestils und der empfundenen Belastung konnte kein statistisch signifikantes Ergebnis gefunden werden (r=.002, p=.493>.05), ebenso kein Effekt für den gefundenen Zusammenhang.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *Impulsivität/Nachlässigkeit*, desto höher die subjektiv empfundene Belastung.

Auch hier führt eine geringe Korrelation von .009 zu einem nicht signifikantem p-Wert von .474 (p>.05) und lässt auf keinen Effekt schließen. Die Alternativhypothese kann demnach nicht angenommen werden, nach welcher höhere Werte in der Dimension Impulsivität/Nachlässigkeit in Zusammenhang mit einem erhöhten subjektiv empfundenen Belastungserleben stehen.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *Vermeidung*, desto höher die subjektiv empfundene Belastung.

Auch die Vermeidung als Problembewältigungsstrategie steht nicht signifikant mit dem Belastungserleben in Zusammenhang. Die Korrelation von .211 führt zu einem p-Wert von .060 (p>.05). Somit wird das geforderte Signifikanzniveau nur knapp verfehlt und die positive Richtung des Zusammenhangs wird der Tendenz nach bestätigt. Die Interpretation der Effektstärke nach Cohen´s Einteilung weist jedoch auf einen kleinen Effekt im oberen Bereich hin.

8.2.1.2. Soziales Problemlösen und Depressivität

H1: Je höher die soziale Problemlösefähigkeit eines pflegenden Angehörigen ausgeprägt ist, desto geringer sind dessen Depressivitätswerte.

Der postulierte negative Zusammenhang zwischen der allgemeinen Fähigkeit soziale Probleme zu lösen und der Depressivität der Untersuchungsteilnehmer wird durch die Studienergebnisse gestützt. Eine negative Korrelation von -.383 führt zu einem hoch signifikanten p-Wert von .002 (Tabelle 20). Nach Cohen´s d ist für diese Stärke des Zusammenhangs ein Effekt von mittlerer Größe festzustellen.

	Depressivität		
	Korrelationskoeffizient	**Signifikanz (1-seitig)**	**N**
SPS Gesamtscore	-.383	.002**	56
Positive Problemorientierung	-.280	.018*	56
Negative Problemorientierung	.449	.000**	56
Rationaler Problemlösestil	-.064	.321	56
Impulsivität/Nachlässigkeit	.144	.145	56
Vermeidung	.332	.006**	56

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant.
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant.

Tabelle 20: *Soziales Problemlösen und Depressivität*

H1: Je höher die Werte in der Dimension *positive Problemorientierung*, desto geringer ist die Depressivität der Pflegepersonen ausgeprägt.

Ebenso wird der vermutete negative Zusammenhang von positiver Problemorientierung und Depressivität durch einen Korrelationskoeffizienten von -.280

statistisch abgesichert (p=.018<.05). Es handelt sich bei diesem Zusammenhang ebenfalls um einen mittleren Effekt.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *negative Problemorientierung*, desto höher sind die Depressivitätswerte der Pflegepersonen.

Hinsichtlich des vermuteten Zusammenhanges negativer Problemorientierung und der Depressivität der pflegenden Angehörigen ist eine hoch signifikante Korrelation von .449 festzustellen (p=.000<.05). Die Alternativhypothese kann vorläufig angenommen werden und der gefundene Effekt ist als groß einzustufen.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *rationaler Problemlösestil*, desto geringer ist die subjektiv empfundene Belastung.

Die Dimension rationaler Problemlösestil zeigt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Depressivitätswerten der Befragten (r=-.064, p=.321>.05). Auch wenn die Richtung des Zusammenhangs tendenziell bestätigt wird, zeigt sich kein Effekt aufgrund der Stärke des Zusammenhangs.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *Impulsivität/Nachlässigkeit*, desto höher die Depressivitätswerte der pflegenden Angehörigen.

Die Dimension Impulsivität/Nachlässigkeit steht in der untersuchten Stichprobe in keinem signifikanten Zusammenhang mit den erhobenen Depressivitätswerten der betreuenden Angehörigen. Die Korrelation von .144 führt zu einem p-Wert von .145 (p>.05). Unter Einbezug der Effektgröße lässt sich jedoch ein kleiner Effekt für den Zusammenhang feststellen.

H1: Je höher die Werte in der Dimension *Vermeidung*, desto höher die Depressivitätswerte der pflegenden Angehörigen.

Wiederum stehen erhöhte Werte in der Vermeidung als Problembewältigungsstil in signifikantem Zusammenhang mit den Depressivitätswerten. Die Korrelation von .332 führt zu einem hoch signifikantem p-Wert von .006 ($p<.05$). Die postulierte Alternativhypothese kann somit angenommen werden und es darf von einem mittleren Effekt ausgegangen werden.

8.2.2. Krankheitswissen

H1: Je ausgeprägter das Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen über die Demenz ist, desto geringer ist deren subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflegesituation.

Die Ergebnisse zeigen eine positive Korrelation von .169 zwischen dem Krankheitswissen und den Belastungswerten der Pflegepersonen. Ein p-Wert von .106 ($p>.05$) führt zu keinem signifikantem Ergebnis, wobei anzumerken ist, dass die gefundene Korrelation zumindest einen kleinen Effekt darstellt. Die Alternativhypothese, welche besagt, dass mit zunehmendem Wissen über Alzheimer die Belastung durch die Pflege sinkt, kann nicht angenommen werden. Der Zusammenhang zwischen dem selbst eingeschätzten Krankheitswissen und der empfundenen Belastung fällt ebenfalls statistisch nicht signifikant aus , wobei auch die Richtung des Zusammenhanges eine positive ist und auch hier ein kleiner Effekt festgestellt werden kann ($r=.101$, $p=.230>.05$).

H1: Je ausgeprägter das Krankheitswissen der pflegenden Angehörigen über die Demenz ist, desto geringer sind deren Depressivitätswerte.

Eine negative Korrelation der beiden Konstrukte Krankheitswissen und Depressivität von -.108 führt zu einem p-Wert von .214 (p>.05). Die Alternativhypothese kann daher nicht angenommen werden. Es zeigt sich in Hinblick auf die Effektstärke jedoch zumindest ein kleiner Effekt.

8.2.3. Soziale Problemlösekompetenz und Krankheitswissen

H1: Je höher das Krankheitswissen und die soziale Problemlösekompetenz pflegender Angehöriger ausgeprägt ist, desto geringer ist deren subjektiv empfundene Belastung aufgrund der häuslichen Pflegesituation.

Um die positive Wechselwirkung von hohem Krankheitswissen und einer hohen sozialen Problemlösekompetenz auf das Belastungserleben der Angehörigen zu untersuchen, wurde mittels Multiplikation der beiden Werte je Untersuchungsteilnehmer eine neue Variable gebildet. Durch die Korrelation dieser Variable mit den Belastungswerten, war eine Korrelation von -.073 festzustellen, die mit einem p-Wert von .297 (p>.05) nicht signifikant ausfiel. Anhand dieser Ergebnisse kann auf keine positive Wechselwirkung von vorhandenem Krankheitswissen und sozialer Problemlösefähigkeit auf das Belastungserleben geschlossen werden, da die gemeinsame Korrelation von keine signifikant höhere Vorhersagekraft über das Belastungserleben erlaubt, als die beiden Konstrukte Krankheitswissen und soziale Problemlösekompetenz für sich alleine genommen.

H1: Je höher das Krankheitswissen und die soziale Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger ausgeprägt ist, desto niedriger sind deren Depressivitätswerte.

Die gleichzeitige Berücksichtigung des Krankheitswissens und der sozialen Problemlösefähigkeit in Zusammenhang mit der Depressivität der Befragten führt zu einer hoch signifikanten Korrelation von -.315 und einem p-Wert von .009 (p<.05). Es kann

jedoch auch hier keine positive Wechselwirkung vorhandenen Krankheitswissens und sozialer Problemlösekompetenz angenommen werden, da sich die gemeinsame Korrelation keine signifikant verbesserte Vorhersage für die Depressivität der pflegenden Angehörigen erlaubt, als wenn die beiden Konstrukte Krankheitswissen und soziale Problemlösekompetenz jeweils einzeln mit den Depressivitätswerten korreliert werden.

8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenanalyse zusammengefasst. Nach Abschluss der Datenerhebung konnten insgesamt 56 Fragebögen in die Datenanalyse miteingeschlossen werden. Aufgrund der Ergebnisse einer Reliabilitätsanalyse, wurden fünf Items der Geriatric Depression Scale aus den Berechnungen ausgeschlossen. Ebenso konnten neun Items der Alzheimer´s Disease Knowlege Scale aufgrund zu geringer Trennschärfe nicht berücksichtigt werden. Hinsichtlich des Social Problem Solving Inventoy –Revised war die Trennschärfe zweier Items der Subskala Impulsivität/Nachlässigkeit zu gering um zur Datenanalyse herangezogen zu werden. Aus der Subskala Rationales Problemlösen wurden weiter drei Items entfernt um eine ausreichende Reliabilität der Subskala sicherzustellen. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte das 5-Faktoren-Modell von Graf (2003), wonach angenommen werden darf, dass die erhobenen Daten ebenfalls die Dimensionen des SPSI-R darstellen.

Bei den teilnehmenden pflegenden Angehörigen handelt es sich zu 75% um Frauen und 25% Männer. Das durchschnittliche Lebensalter der Studienteilnehmer liegt bei einem Mittelwert von 68,86 Jahren (Minimum bei 39 Jahren, Maximum bei 95 Jahren). Es zeigt sich, dass Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 66 Jahren (M=65,83; SD=11.96) jünger sind als die teilnehmenden Männer mit einem Durchschnittsalter von 78 Jahren (M=77,93; SD=14.54)

Bei den pflegenden Angehörigen handelt es sich zu 44,6% um Ehepartnerinnen und zu 23,3% um Töchter. Mit 21,4% sind Ehepartner in der Stichprobe vertreten. Die hinteren Ränge werden von Schwiegertöchtern (7,1%), einem Schwiegersohn (3,6%) und einem Sohn (3,6%) belegt.

Das Belastungserleben der Pflegepersonen liegt mit einem Mittelwert von 24,93 (SD=10,12) im mittleren Bereich der hohen Belastung (Minimum bei 6, Maximum bei 54).

Die mittleren 50% der Stichprobe liegen mit Werten zwischen 17,25 bis 32 im Bereich der mäßigen bis hohen Pflegebelastung. Die Belastungswerte unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Geschlecht (T=0.33, p=.741). Die Inhalte der Items 2, 7 und 22 des Zarit Burden Interviews tragen nach Angaben der Untersuchungsteilnehmer am meisten zum Belastungserleben bei. Die Inhalte der Items 4, 13 und 17 durchschnittlich am wenigsten.

Ein Mittelwert der Geriatric Depression Scale von 7,75 (SD=5.82) stellt die Stichprobe als durchschnittlich nicht depressiv dar (Minimum bei 0, Maximum bei 23). Während 73,2% (41 Personen) als nicht depressiv einzustufen sind, stellen sich 23,21% (13 Personen) als zunehmend depressiv und 3,57% (zwei Personen) als schwer depressiv dar. Die Depressivitätswerte unterschieden sich hinsichtlich Geschlecht (T=.93, p=.359) und Alter (T=1.30, p=.204) nicht signifikant voneinander. Die Fragen 2, 13 und 24 scheinen inhaltlich die Depressivitätswerte durchschnittlich am meisten zu erhöhen, hingegen scheinen die Inhalte der Fragen 1, 3, 14 und 28 die Untersuchten am wenigsten zu belasten.

Hinsichtlich der sozialen Problemlösefähigkeit erreicht die Stichprobe in der Dimensionen Positive Problemorientierung einen Mittelwert von 12,50 (SD=3.45) und in der Dimension rationales Problemlösen durchschnittlich einen Wert von 4,54 (SD=1.70). Die Werte der Skalen Negative Problemorientierung (M=7,84; SD=4.48), Impulsivität/Nachlässigkeit (M=3,98; SD=2.60) und Vermeidung (M=6,68; SD=4.01) zählen zu den negativen Problembewältigungsstilen. Männer und Frauen unterscheiden sich im SPS-Gesamtscore nicht signifikant voneinander (T=.32, p=.749).

Die persönliche Einschätzung ihres Krankheitswissens über Demenz beantworten 17,9% (10 Personen) mit sehr gut, 48,2% (27 Personen) mit gut und 30,4% (17 Personen) mit mittelmäßig. Ein Teilnehmer beurteilt sein Krankheitswissen als schlecht. Während 23,22% (13 Personen) ihre Informationen alleinig aus dem Serviceangebot der M.A.S. Alzheimerhilfe bezieht, geben 76,78% (43 Personen) an zusätzlich alternative

Informationsquellen zu nutzen. Der erreichte Mittelwert des Alzheimer´s Disease Knowledge Scale liegt bei 15,86 (SD=2.91) richtig beantworteten Fragen (79,3%; Minimum bei 5, Maximum bei 20). Das Geschlecht (T=1.68, p=.100) hat keinen signifikanten Einfluss auf das Krankheitswissen der Studienteilnehmer.

Die von den Angehörigen gepflegten Demenzkranken sind zu je 50% (28 Personen) männlich und weiblich. Sie sind durchschnittlich 81 Jahre alt (M=80,91; SD=6.96; Minimum bei 61, Maximum bei 92). Männliche Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 78,82 Jahren (SD=6.14) jünger als Frauen mit einem Durchschnittsalter von 83 Jahren (SD=7.21). Während bei 30,7% der Erkrankten keine ärztliche Demenzdiagnose zur Verfügung steht, leiden 32,1% an Alzheimer-Demenz, 10% an einer Demenz-Mischform und jeweils 7,1% an einer frontotemporalen Demenz oder einer vaskulären Demenz. Jeweils bei 3,6% der Patienten wurde eine Demenz im Rahmen eines organischen Psychosyndroms oder eines Parkinsonsyndroms diagnostiziert. Weitere 3,6% erhielten die Diagnose einer nicht näher bezeichneten Demenz und bei 1,8% wurde eine Lewy-Body-Demenz festgestellt. Insgesamt sind 17 Erkrankte (30,4%) als leicht dement einzustufen, 24 Personen (42,9%) als mittelgradig dement und 15 Patienten (26,8%) als schwer dement.

Bei der statistischen Überprüfung der Hypothesen 1a bis 1f , zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen dem Gesamtscore sozialer Problemlösefähigkeit der pflegenden Angehörigen und dem subjektiven Belastungserleben dieser (r=-.190;p=.080). Gleiches gilt für die Dimension Positive Problemorientierung (r=-.173;p=.101). Die Subskala Negative Problemorientierung hingegen wird mit einem positiven Zusammenhang von r=.248 (p=.033) statistisch signifikant. Hinsichtlich der Subskalen rationaler Problemlösestil (r=.002;p=.493), Impulsivität/Nachlässigkeit (r=.009;p=.474) und Vermeidung (r=.211;p=.060) zeigen sich wiederum keine statistisch signifikanten Zusammenhänge in Bezug auf die erlebte Belastung. Unter Einbezug der Effektstärken

zeigen sich jedoch bei den Dimensionen Positive Problemorientierung und Vermeidung, sowie dem Gesamtscore zumindest kleine Effekte, auch wenn das geforderte Signifikanzniveau nicht erreicht wurde.

Hinsichtlich des Gesamtscore der sozialen Problemlösefähigkeit und den Depressivitätswerten der Angehörigen zeigt sich ein hoch signifikanter negativer Zusammenhang (r=-.383; p=.002). Ebenso korrelieren die Dimensionen Negative Problemorientierung (r=.449;p=.000) und Vermeidung (r=.332;p=.006) hoch signifikant positiv mit den Depressivitätswerten. Positive Problemorientierung (r=.-.280;p=.018) korreliert signifikant positiv mit der Depressivität der Studienteilnehmer.Für die Dimension Rationaler Problemlösestil (r=-.064;p=.321) und Impulsivität/Nachlässigkeit (r=.144; p=.145) konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit den Depressionswerten nachgewiesen werden, wobei zweitere Dimension zumindest einen kleinen Effekt hinsichtlich des Zusammenhanges mit Depressivität aufweist.

Das Krankheitswissen über Alzheimer korreliert in der untersuchten Stichprobe, wie ursprünglich in der Hypothese 3 und 4 formuliert, weder mit dem subjektiven Belastungserleben (r=.169;p=.106), noch mit den Depressivitätswerten (r=-.108;p=.214) der Teilnehmer in einer statistisch signifikanten Weise, obwohl kleine Effekte des Zusammenhanges festzustellen waren. Auch war kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem selbst eingeschätzten Krankheitswissen und der Belastung der Angehörigen festzustellen (r=.101;p=.230).

Im Rahmen der formulierten Hypothesen 5 und 6 konnte die postulierte Wechselwirkung vorhandener sozialer Problemlösefähigkeit und des Krankheitswissens nicht bestätigt werden. Ein zusätzlicher positiver Effekt einer Wechselwirkung der beiden Kompetenzen konnte weder im Zusammenhang mit dem Belastungserleben (r=-.073;p=.297), noch bezogen auf die Depressivitätswerte (r=-.315;p=.009), gefunden werden.

9. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden zuerst die Ergebnisse der gegenständlichen Untersuchung diskutiert und interpretiert. Danach werden die Grenzen der Studie erläutert, Schlussfolgerungen gezogen und ein Ausblick auf mögliche weitere Untersuchungen dargestellt.

9.1. Diskussion und Interpretation

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der oben dargestellten Studie interpretiert und diskutiert. Anliegen der Studie war er zu überprüfen, wie sich die Fähigkeit soziale Probleme zu lösen, sowie vorhandenes Krankheitswissen, auf die Belastung Angehöriger durch die häusliche Pflege eines Demenzkranken auswirkt.

Nach Gutzmann und Zank (2005) sind über 80% der pflegenden Angehörigen weiblich, wobei es sich dabei zu 61% um Ehepartner und zu 24% um Töchter handelt. Dieses unausgewogene Geschlechterverhältnis, wie auch die Zahlen zum Verwandtschaftsverhältnis, spiegeln sich deutlich in der untersuchten Stichprobe wieder. Die Hauptpflegepersonen der beschriebenen Studie sind zu 75% weiblich. Bezogen auf das Verwandtschaftsverhältnis handelt es sich in der Studie zu 66% um Ehepartner und 23,3% Töchter. Damit wird auch die Aussage von Gäßel (1998) gestützt, wonach die häusliche Pflege Demenzkranker fast ausschließlich von engen Verwandten übernommen wird. In der Stichprobe stellen Schwiegertöchter und –söhne mit einem Anteil von insgesamt 8,9% die am weitest entfernt verwandte Personengruppe dar. Bezüglich des von Pinquart und Sörensen (2005) angegebenen Durchschnittsalters der Pflegepersonen von 58,9 Jahren, liegt das durchschnittliche Alter der pflegenden Angehörigen in dieser Stichprobe etwas höher bei 68,86 Jahren. Grund dafür könnte sein, dass es sich bei der gezogenen Stichprobe um keine Zufallsstichprobe handelt und alle Personen die Serviceeinrichtung der M.A.S.

Alzheimerhilfe in Anspruch nehmen. Möglicherweise nutzen ältere Personen eher Serviceangebote, da sie durch ihr eigenes hohes Alter zunehmende Belastung durch die Pflegesituation erfahren und daher eher Unterstützungsmöglichkeiten von Außen wahrnehmen und nutzen.

Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2003) stellen fest, dass 34,1% der pflegenden Angehörigen das Gefühl haben, ihre Gesundheit sei angegriffen. Auch in der untersuchen Stichprobe sind es nur 12 Personen (21,4%) von 56 Untersuchten, die im ZBI angeben, niemals durch die Pflege negativ in ihrer Gesundheit beeinflusst worden zu sein. Der negative Einfluss der Pflegetätigkeit auf die eigene Gesundheit spiegelt sich zumindest nach Angaben der Pflegepersonen deutlich wieder, nachdem die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer angibt, *manchmal* bis *fast immer* durch die Pflegesituation ihrer Gesundheit beeinträchtigt zu sein.

Die im Theorieteil erwähnten sozialen Einschränkungen durch die Pflege (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2003; Pinquart & Sörensen, 2003; Burns & Rabins, 2000; Chenier, 1997) werden in der Stichprobe offensichtlich als weniger belastend erlebt. 75% der Teilnehmer geben an, dass die erkrankte Person *niemals* oder *selten* Beziehungen der Pflegeperson zu anderen Familienmitgliedern oder Freunden negativ beeinflusst. Etwas häufiger scheint das Sozialleben als übergreifendes Konstrukt eingeschränkt erlebt zu werden. Immerhin fast die Hälfte der Befragten (48,2%) fühlt sich durch die Pflege in ihrem Sozialleben *manchmal* bis *fast immer* eingeschränkt. Ein möglicher Grund dafür, dass das Sozialleben übergreifend als beeinträchtigt beschrieben wird, während ein geringerer negativer Einfluss auf familiäre und freundschaftliche Beziehungen angegeben wird, mag an der Formulierung der Fragen liegen. Möglicherweise empfinden die Teilnehmer es eher als eine Anschuldigung oder Vorwurf an den Erkrankten, wenn sie angeben, dass Beziehungen zu nahestehenden Personen, wie die explizit erwähnten Freunde und Familie, unter dessen

Erkrankung leiden würden, als wenn der Überbegriff *Sozialleben* verwendet wird. Auffallend ist, dass Schamgefühle aufgrund des Verhaltens der erkrankten Angehörigen gegenüber Dritten, die Depressionsneigung in der Stichprobe nicht wesentlich erhöhen. Diese Tatsache könnte durch die zunehmende Aufklärung über Demenz durch die Medien und der zunehmenden Zahl Betroffener bedingt sein.

Finanzielle Einbußen durch die Pflege werden nach Angaben von Rainer, Krüger-Rainer und Croy (2002) von 30% der Angehörigen erlebt, so geben in der hier untersuchten Stichprobe ebenfalls 33,9% der Befragten an *manchmal* oder sogar *ziemlich häufig* zusätzlich zu den restlichen Ausgaben nicht ausreichend Geld für die Pflege aufbringen zu können.

In der globalen Einschätzung ihres Belastungserlebens, stellt sich die Stichprobe als mittelstark bis stark belastet dar. Das Belastungserleben stellt sich anhand der einzelnen Fragen des ZBI im selben Ausmaß dar. Demnach sind die Angehörigen dazu fähig, ihre individuelle Belastung realistisch einzuschätzen.

Die erhöhte Depressionsprävalenz von 36% bei pflegenden Angehörigen in einer Studie von Buckholtz, DeKosky, Ferris et al. (1997, zitiert nach Engel, 2007, S. 93) spiegelt sich auch in dieser Studie mit einem Prozentsatz von 26,79% wieder. Besonders durch die Aufgabe von Interessen und Aktivitäten, durch Zukunftssorgen und durch die eigene Aufregung aufgrund von Kleinigkeiten, scheinen sich pflegende Angehörige beeinträchtigt zu fühlen. Bezogen auf die häuslichen Pflegesituation kann dies so interpretiert werden, dass eine Einschränkung eigener Freizeitaktivitäten, der ungewisse Krankheitsverlauf des erkrankten Angehörigen, sowie eine verringerte Frustrationstoleranz, möglicherweise verursacht durch die andauernde Pflegebelastung, wesentlich zur erhöhten psychischen Beeinträchtigung der Pflegepersonen beitragen. Weniger beeinflusst scheint die grundsätzliche Lebenszufriedenheit zu bleiben. Ebenso wirken sich Gefühle der Leere im

Leben, Probleme mit dem Gedächtnis oder ein Mangel an sozialen Zusammenkünften weniger stark auf Depressivität aus. Möglicherweise ist es so, dass die Pflege eines Angehörigen selbst zum Lebensmittelpunkt einer Pflegeperson wird und somit als sinnerfüllend zu verstehen ist.

Hinsichtlich der Fähigkeit soziale Probleme zu lösen zeigt sich eine eindeutige Tendenz der Teilnehmer, wonach diese sich vorwiegend als gute Problemlöser darstellen. Dies ist aufgrund der hohen Werte in der Dimension der Positiven Problemorientierung und Rationaler Problemlösestil zu schließen, welche in Relation zu den maximal zu erreichenden Scorewerten die höchsten Ausprägungen zeigen. Da zur Interpretation der erreichten Werte keine Richtlinien zur Verfügung stehen, können die erreichten Werte nur im Verhältnis zu anderen Werten interpretiert werden, was bei der Überprüfung der Hypothesen mittels Korrelationen gemacht wurde.

Pflegende Angehörigen Demenzkranker geben an, dass es für sie besonders wichtig ist, Informationen über die Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten, sowie über biomedizinische und genetische Aspekte zu erhalten (Fortinsky & Hathaway, 1990). Dieses Bedürfnis nach Information zeigt sich in der untersuchten Stichprobe insofern, dass der Großteil der Angehörigen (76,78%) sich bereits über mehrere Quellen zur Informationsbeschaffung bezüglich Demenz herangezogen hat. Aussagen einer Untersuchung von Werner (2007), wonach pflegende Angehörige Demenzkranker ein sehr geringes Wissen über die Krankheit verfügen, insbesondere was das Wissen über Prävalenz, Ursachen und Symptome der Erkrankung betrifft, kann nicht auf die untersuchte Stichprobe übertragen werden. 79,30% der Fragen zum Krankheitswissen wurden in der Studie richtig von den Angehörigen beantwortet. So schätzt auch der Großteil der Untersuchungsteilnehmer (66,1%) das eigene Wissen über die Krankheit als *sehr gut* bis *gut* ein. Ausschlaggebend für dieses relativ hohe Wissen über die Demenz könnte auch sein,

dass als ein Einschlusskriterium zur Teilnahme an der Studie ein häusliches Betreuungsverhältnis von mindestens einem halben Jahr festgelegt wurde. Personen, die ihre Angehörigen erst seit einem kürzeren Zeitraum versorgen, hätten vielleicht noch nicht ausreichend Zeit und Informationsmöglichkeiten ausgeschöpft um das selbe Maß an Wissen zu erreichen. Ebenso sei darauf hingewiesen, dass es ich um eine vorselektierte Stichprobe handelt, die eine Serviceeinrichtung nutzt, welchen regelmäßig und umfangreich Informationen in Form von Vorträgen und Einzelgesprächen zur Verfügung stellt. Interessant ist weiter, dass es ich bei den drei Items, welche am wenigsten oft von den Befragten richtig beantwortet wurden, um Risikofaktoren von Demenzerkrankungen, nämlich erhöhter Cholesterin, Blutdruck und schlechte Ernährung, handelt. Diese Tatsache ist aber insofern nachvollziehbar, da sich aus Gründen der Relevanz betroffene Pflegepersonen weniger mit den präventiven Aspekten dieser Erkrankung beschäftigen dürften, da ja diese bereits beim Angehörigen ausgebrochen ist. Ebenso gilt es das Antwortformat und einzelne Items des verwendeten Wissensfragebogens kritisch zu hinterfragen (Kapitel 9.2.).

Die Demenzformen in der Stichprobe der durchschnittlich 80,91 Jahre alten Patienten konnten nur zu einem Teil miterhoben werden. Bei rund einem Drittel der Erkrankten konnte eine ärztliche Demenzdiagnose während des Erhebungszeitraums nicht eingeholt werden. Auch Befunde von Hausärzten, welche lediglich Werte der Mini-Mental-State-Examination zur Diagnosestellung einer Demenz heranziehen, erlauben keine Kategorisierung der Krankheit in eine der Demenzformen. Dabei stellt eine ausführliche Diagnosestellung eine Grundvoraussetzung für weiter folgende medizinische und psychologische Empfehlungen dar. Von den 69,6% der Patienten, welchen eindeutig eine Demenzform zugeordnet werden können, ist, wie nach Angaben von Bickel (2002), der Großteil an einer Alzheimer-Demenz erkrankt. Ebenfalls wie von Bickel (2002) beschrieben, findet sich an zweiter Stelle die

Mischdemenzen. Rein vaskuläre Demenzen wurden jedoch seltener gestellt, als sie üblicherweise auftreten. Da aber nur einem Teil der untersuchten Stichprobe eine Demenzform zugeordnet werden konnte, sind diese Angaben nur eingeschränkt interpretierbar. Das postulierte Verhältnis der Demenzschweregrade (leicht, mittel und schwer) von 3:4:3 spiegelt sich in der Stichprobe eindeutig wieder.

Der postulierte negative Zusammenhang von subjektiv empfundenem Belastungserleben und dem Gesamtscore sozialer Problemlösekompetenz konnte statistisch nicht abgesichert werden, der berechnete Korrelationskoeffizient zeigt jedoch eine kleine bis mittlere Effektstärke, was auf die Tendenz hindeutet, dass bei optimalen Stichprobenumfang die Alternativhypothese möglicherweise beibehalten werden könnte. Diese Vermutung gilt ebenfalls für die Dimension positive Problemorientierung, da auch hier in der Stichprobe ein kleiner bis mittlerer Effekt festzustellen war. Ein eindeutig positiver Zusammenhang zeigte sich hingegen zwischen negativer Problemorientierung und dem Belastungserleben der Pflegepersonen. Diese Problemlösetendenz scheint eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Belastung der pflegenden Angehörigen zu spielen, wobei keine Aussagen darüber möglich sind, ob Personen die vermehrt über eine negative Problemorientierung verfügen sich eher belastet fühlen, oder ob durch eine übermäßige Belastung die Problemorientierung negativ beeinflusst wird. Dazu würde es Längsschnittstudien benötigen, in welchen pflegende Familienmitglieder bereits vor Pflegeübernahme auf ihre Problemlösefähigkeit hin untersucht werden würden und durch welche so die spätere Entwicklung dieser in der Pflegesituation erfasst werden könnte.

Auffallend ist der äußerst geringe positive Zusammenhang der Dimensionen rationaler Problemlösestil, sowie der Dimension Impulsivität/Nachlässigkeit mit der erhobenen Belastung der Pflegepersonen. Eine wesentliche Rolle dürfte dabei die vorgenommene Reduktion der Items in diesen Skalen, die aufgrund zu geringer

Trennschärfen vorgenommen werden musste. Die Skala rationaler Problemlösestil wurde lediglich durch zwei Items dargestellt, Impulsivität/Nachlässigkeit anhand von drei Items. Auch der Problemlösestil Vermeidung weist in Zusammenhang mit der Belastung keine statistische Signifikanz auf, obwohl hier zumindest ein kleiner Effekt des Zusammenhanges feststellbar ist. Eine weitere Interpretation dieser einzelnen Zusammenhänge erfolgt nun auf einer wesentlichen Behauptung von Graf (2003), welche in ihrer Arbeit die Einteilung der Problemorientierung und –strategien in *positiv* und *negativ* stark kritisiert. Ihrer Meinung nach sind die verschiedenen Dimensionen in unterschiedlicher Problemsituation auch unterschiedlich wirksam, also mehr oder weniger funktional bzw. dysfunktional. Es macht also den Anschein, als sei in Bezug auf erlebe Belastung die Negative Problemorientierung von besonderer Bedeutung, während die übrigen Dimensionen im Kontext der erlebten Belastung aufgrund der häuslichen Pflege Demenzkranker einfach eine weitaus geringere Rolle spielen könnten. Ähnlich entdeckten auch Elliott und Shewchuk (2003) einen Zusammenhang zwischen der Problemorientierung und den Stresswerten pflegender Angehöriger von Personen mit schweren körperlichen Einschränkungen, jedoch keine Korrelation zwischen den drei Problemlösestilen und dem erlebten Stress, der mittels psychischer Gesundheit, sozialer Funktionsfähigkeit und Vitalität operationalisiert wurde. Bedenkt man, dass auch in der vorliegenden Studie keine der drei Problemlösesteile mit dem Belastungserleben signifikant zusammenhängt, liegt die Vermutung nahe, dass die Komponente der Problemorientierung eine tragendere Rolle im Rahmen des Konstrukts der sozialen Problemlösefähigkeit spielt, als die Problemlösestile.

So finden Elliott, Shewchuk und Richards (2001) bei pflegenden Angehörigen von Patienten mit Rückenmarksverletzungen hinsichtlich derer Depressionswerte ebenfalls ausschließlich Zusammenhänge zwischen Depressivität und einer negativen Problemorientierung, nicht aber zwischen der Depressivität und den Problemlösestilen.

Diese Ergebnisse zur Depressivität finden sich in der vorliegenden Arbeit bei pflegenden Familiengehörigen Demenzkranker wieder. Anders als das Belastungserleben, korreliert die Depressivität der Pflegepersonen mit beiden Dimensionen der Problemorientierung, aber auch der Problemlösestil Vermeidung spielt hier eine Rolle. Dies mag auf die Unterschiedlichkeit der beiden Konstrukte Belastung und Depressivität zurückzuführen sein. Der Stil der Vermeidung ist geprägt durch Zögern, Passivität und Abhängigkeit (Graf, 2004), was gut zum Krankheitsbild einer Depression passt. Selbes gilt auch für den gefundenen Zusammenhang positiver Problemorientierung und Depressivität. Es erscheint schlüssig, das depressive Pflegepersonen weniger an ihre eigenen Fähigkeiten Probleme zu lösen glauben, da eine verminderte Selbstwirksamkeitserwartung und ein gedrückter Selbstwert häufig zu den depressiven Symptomen zählen. Und wie auch bei der Auswertung zum Belastungserleben zeigt sich der größte Zusammenhang zwischen den Depressivitätswerten und der Negativen Problemorientierung. Es kann dabei von einem starken Effekt ausgegangen werden und die Rolle dieser Problemorientierung im Rahmen der Pflege demenzkranker Angehöriger wird erneut bestätigt. Da die statistische Analyse mittels Korrelationen erfolgte, dürfen keine kausalen Schlüsse gezogen werden. Möglicherweise würden Interventionen, die explizit auf eine Verbesserung der Problemorientierung und eine Verringerung von Vermeidung ausgerichtet sind, die Depressivität Betroffener positiv beeinflussen, genauso wie Interventionen zur Behandlung der Depression die Problemlösefähigkeiten verbessern könnten. Wie auch bei der Belastung, korreliert ein rationaler Problemlösestil und die Impulsivität/Nachlässigkeit mit der Depressivität in vermuteter Richtung, jedoch in statistisch nicht signifikantem Ausmaß. Die Interpretation dieser Ergebnisse erfolgt analog zu den weiter oben angeführten möglichen Begründungen in Zusammenhang mit dem Belastungserleben

Die geringe positive Korrelation von Krankheitswissen und Belastung könnte ähnlichen Ursprung haben, wie das von Graham, Ballard & Sham (1997) entdeckte Phänomen, wonach Krankheitswissen zwar die Depressivität senkt, jedoch die Ängstlichkeit der Pflegepersonen erhöht. Wissen über die Krankheit und damit verbundene Risiken und Gefahren kann auch Stress erhöhen und folglich auch die Belastung vergrößern. Hier wären weitere Studien sinnvoll, welche die informationssuchenden und –vermeidenden Copingstile (Miller, 1995) miteinbeziehen und möglicherweise eine genauere Erklärung dieses Phänomens liefern könnten. Der von Werner (2001) festgestellte negative Zusammenhang von Krankheitswissen und Depression der Pflegepersonen von Demenzkranken konnte in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden. Insgesamt ist also in der untersuchten Stichprobe kein Zusammenhang zwischen Krankheitswissen und der Belastung bzw. Depressivität der Pflegepersonen festzustellen. Als ausschlaggebend wird dabei das verwendete Instrument zur Erhebung des Krankheitswissens angesehen. Die Kritik dazu folgt wie weiter oben bereits erwähnt im nächsten Kapitel.

Die postulierten positiven Effekte einer Wechselwirkung von Krankheitswissen und sozialer Problemlösefähigkeit im Zusammenhang mit Belastung und Depression konnten in der Studie ebenfalls nicht bestätigt werden. Der günstige Einfluss von vorhandenem Wissen über Demenz, kombiniert mit einer hohen sozialen Problemlösefähigkeit auf die Überwindung von Dörner (1976) beschriebenen möglichen Problembarrieren bleibt aus. Eine Untersuchung mit optimierter Erfassung des Krankheitswissens, den Inhalt und das Antwortformat betreffend, könnte nicht nur möglicherweise doch vorhandene Zusammenhänge von Krankheitswissen und Belastung bzw. Depression erfassen, sondern auch eventuell vorhandene Wechselwirkungen dieser beiden Konstrukte aufzeigen. Eventuell entsprechen die im Wissensfragebogen abgefragten Inhalte schlichtweg nicht

jenen Wissensinhalten, welche sich auf die Belastung bzw. Depressivität der Angehörigen auswirken.

9.2. Grenzen und Kritik der Studie

Die Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Studie ist durch unterschiedliche Aspekte eingeschränkt. Diese Aspekte und die damit einhergehende Kritik finden nachfolgend Erwähnung.

Grundsätzlich handelt es sich bei den Untersuchungsteilnehmern um eine vorselektierte Stichprobe, da sämtliche Teilnehmer, ausgeschlossen der sechs Befragten aus dem privaten Umfeld der Autorin, Nutzer einer Serviceeinrichtung für Demenzerkrankte und deren Angehörigen waren. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte zum einen nach demographischen Gesichtspunkten, da die Nutzer der M.A.S. Demenzservicestelle Bad Ischl zur Stichprobenziehung herangezogen wurden, zum anderen spielten Vorerfahrungen der Mitarbeiter der Servicestelle hinsichtlich der Kooperation mit den pflegenden Angehörigen eine entscheidende Rolle. Vorrangig wurden Personen um eine Teilnahme an der Studie gebeten, die häufigeren und intensiveren Kontakt zu der Einrichtung pflegten, da bei diesen Angehörigen eine erhöhte Teilnahmebereitschaft zu erwarten war. Die Teilnahme der telefonisch kontaktierten Angehörigen erfolgte freiwillig. Aufgrund dieser Kriterien ist die untersuchte Stichprobe nicht als eine Zufallsstichprobe, sondern als eine Ad-hoc-Stichprobe zu bezeichnen (Bortz & Döring, 2006). Dadurch sind die externe Validität und die Interpretationsmöglichkeit eingeschränkt.

Es darf weiter nicht außer Acht gelassen werden, dass die Erhebung nicht anonym erfolgte, da Untersuchungsteilnehmer dadurch in ihrem Antwortverhalten stark beeinflusst werden können. Man denke dabei an die Fehlerquelle *soziale Erwünschtheit* (Bortz & Döring, 2006), die bei der behandelten Thematik der Untersuchung nicht unterschätzt werden darf.

Die Tatsache, dass psychische Verhaltensstörungen der Demenzerkrankten das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen stark beeinträchtigen (Engel, 2007), führt dazu, dass diese Symptomgruppe im Rahmen der vorliegenden Studie als Kontrollvariable gehandhabt werden sollte. Aus ethischer Sicht, konnte den bereits durch die Pflege belasteten Teilnehmer eine Erweiterung des ohnehin schon sehr umfangreichen Fragebogens nicht zugemutet werden.

Zusätzliche physische und psychische Erkrankungen der Patienten wurden als Ausschlusskriterium angedacht, musste jedoch aus Gründen der Stichprobengröße, die es zu erreichen galt, vernachlässigt werden. Da es sich bei den Erkrankten naturgemäß um Personen hohen Alters handelt, schien es nicht zielführend, Angehörige von Demenzpatienten mit psychiatrischen oder schweren körperlichen Zusatzerkrankungen auszuschließen. Es zeigten sich bei einem Großteil Erkrankter Zusatzerkrankungen, sodass es kaum möglich gewesen wäre, eine ausreichend große Stichprobe zu rekrutieren. Die Belastung der Pflegepersonen könnte durch mögliche vorliegende Zusatzerkrankungen der Dementen beeinflusst werden. Diesem Kritikpunkt ist jedoch entgegenzuhalten, dass die externe Validität durch das Vorhandensein von Komorbiditäten erhöht wird.

Möglicherweise wäre es sinnvoll gewesen, bei der Berechnung der Stichprobengröße von einem kleinen Effekt auszugehen und folglich eine größere Stichprobe anzustreben. Die kleinen bis mittleren Effektstärken, die bei der Hypothesentestung festzustellen waren, sprechen dafür, dass durch einen größeren Stichprobenumfang signifikante Ergebnisse zu erwarten wären. Der finanzielle Aufwand durch die postalische Befragung jedoch setzte der Aussendung von Fragebögen Grenzen.

Ebenfalls sei auf die eingeschränkte Interpretierbarkeit der Demenzschweregrade laut Global Deterioration Scale in Kapitel 7.1.2.3. hingewiesen. Bei der Einordung der sechs Untersuchungsteilnehmer, die nicht aus dem Nutzerkreis der Demenzservicestelle rekrutiert

wurden, mussten zur Einstufung des Demenzschweregrades der betreuten Personen auf die Angaben von den pflegenden Angehörigen zurückgegriffen werden. Wie sehr die Angaben darüber den tatsächlichen Schweregrad der Krankheit wiederspiegeln konnte nicht überprüft werden.

Schließlich gilt neben den Einschränkungen der Stichprobenziehung der Fragebogen zum Krankheitswissen (ADKS) als wesentlicher Kritikpunkt der Studie. Bedenkt man, dass lediglich *Richtig* und *Falsch* die Antwortmöglichkeiten sind, besteht für eine Person, welche die Antwort nicht weiß, eine Chance von 50% diese richtig zu erraten. Die Einführung der Antwortalternative ich weiß nicht, könnte die Reliabilität wesentlich verbessern. Der von Carpenter et al. (2009) genannte Deckeneffekt des Fragebogens bei gut informierten Personen, konnte zwar in der untersuchten Stichprobe nicht festgestellt werden. Durch Anmerkungen einiger Befragten am Fragebogen, war jedoch herauszulesen, dass bei einem sehr umfangreichen Wissen der Befragten, es für diese teilweise durch ihr differenziertes Wissen schwieriger war eine Frage mit einem klaren *Richtig* oder *Falsch* zu antworten, da einzelne Fragen oft sehr undifferenziert gestellt wurden. Dies soll aber nicht ausschließlich den Autoren des Fragebogens angelastet werden. Diverse Mängel in der Übersetzung können nicht ausgeschlossen werden. Ein weiterer Kritikpunkt des Fragebogens ist, dass sich die Inhalte lediglich auf die Demenz des Alzheimertypus beziehen. Sollten Angehörige Informationen über andere Demenzformen erhalten haben, die nicht mit den Inhalten der ADKS übereinstimmen, würde dies zu einer falschen Antwort führen, obwohl der Betroffene über richtiges Krankheitswissen verfügt. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass die mittels der ADKS ermittelten Wissensinhalte für eine erfolgreiche Bewältigung der Pflegesituation nicht relevant ist und vielmehr andere Wissensinhalte, beispielsweise zum adäquaten Umgang mit Symptomen, eine wesentliche Rolle für die Pflegepersonen spielt.

Ein weiterer Kritikpunkt hinsichtlich der Erhebungsinstrumente stellen die grenzwertigen Reliabilitäten der Subskalen rationaler Problemlösestil und Impulsivität/Nachlässigkeit dar, ebenso wie deren geringe Itemanzahl. Dieser Aspekt wurde bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

9.3. Konklusion und Ausblick

In der durchgeführten Studie zeigten sich eindeutige Zusammenhänge zwischen einzelnen Dimensionen der sozialen Problemlösefähigkeit pflegender Angehöriger Demenzkranker und deren Belastungserleben bzw. Depressivität. Eine entscheidende Rolle im positiven Zusammenhang sozialer Problemlösefähigkeit mit der erlebten Belastung und der Depressivität pflegender Angehöriger spielt die negative Problemorientierung. Mit der Depressivität korrelieren ebenfalls die positive Problemorientierung negativ und der Problembewältigungsstil Vermeidung positiv. Diese Zusammenhänge zeigen sich bezogen auf das Belastungserleben der Pflegepersonen zumindest im Ausmaß kleiner Effekte, fallen jedoch nicht signifikant aus. Dies legt die Vermutung nahe, dass nicht alle konstruktiven, wie dysfunktionalen Dimensionen des Konstrukts *soziales Problemlösen* für die Entstehung von Belastung bei Pflegepersonen von gleicher Bedeutung sind. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Problemorientierung eine tragende Rolle in Bezug auf Belastung und Depressivität zuzuschreiben ist, wohingegen die Problemlösestile hier zu weniger beizutragen scheinen, wobei hier wie bereits erwähnt auch mangelnde psychometrische Qualitäten des SPSI-R mitverantwortlich sein könnten. Um diese Vermutung bestätigen zu können, wäre es sinnvoll, die gefundenen Zusammenhänge in experimentellen Studiendesigns auf ihre Kausalität hin zu untersuchen und durch eine Optimierung des Stichprobenumfangs die in der vorliegenden Studie gefundenen Effekte erneut auf mögliche Signifikanzen zu überprüfen. Möglicherweise könnte beim praktischen Einsatz von Trainings zur Verbesserung sozialen Problemlösen in Gruppen belasteter Angehöriger der

Trainingsaufbau auf diejenigen Inhalte fokussiert werden, welche das Risiko der Entstehung von Belastungsreaktionen senken (Aufbau von positiver Problemorientierung, Abbau von negativer Problemorientierung und Vermeidung). So wäre es möglich die Ressourcen belasteter Angehöriger mit geringerem Zeitaufwand effektiver zu stärken.

Obwohl die untersuchte Stichprobe über ein hohes Krankheitswissen verfügt, scheint dieses nicht wesentlich bedeutsam für das Belastungserlebens oder der Depressivität von pflegenden Angehörigen zu sein. Zumindest gilt dies für Art und Beschaffenheit des erhobenen Krankheitswissens. Folglich zeigen gleichzeitig vorhandene Problemlösefähigkeit und vorhandenes Krankheitswissen keine positive Wechselwirkung auf die Belastung bzw. die Depressivität der Angehörigen.

Um mögliche Auswirkungen des Krankheitswissens auf die Belastung besser untersuchen zu können, sind weitere Studien notwendig, um diejenigen Wissensinhalte und -bereiche zu identifizieren, welche Belastung und Depression von pflegenden Angehörigen Demenzkranker beeinflussen. Ein nach diesem Vorgehen konzipierter Fragebogen könnte es ermöglichen, potentiell bestehende Einflüsse bestimmter Wissensinhalte auf die Pflegebelastung und die daraus resultierenden Belastungsreaktionen besser zu verstehen. Dementsprechend wäre es weiter vorstellbar, dass sich postulierte Wechselwirkungen von Krankheitswissen und sozialer Problemlösekompetenz in Untersuchungen zeigen.

10. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV-TR (4 th edition)*. Washington: American Psychiatric Association.

Arbinger, R. (1997). *Psychologie des Problemlösens. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Darmstadt: Primus.

Assem-Hilger, E. & Pirker, W. (2010). In H. Schloffer, E. Prang & A. Frick-Salzmann (Hrsg.), *Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen* (S. 60-76). Heidelberg: Springer.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Heidelberg: Springer.

Bambara, J. K., Owsley, C., Wadley, V., Martin, R., Porter, C. & Dreer, L. E. (2009). Familiy caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Investigative Ophthalmology & Visual Science, 50* (4), 1585-1592.

Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen.* Stuttgart: Schattauer.

Bell, A. C. & D´Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research, 33* (5), 439-448.

Bickel, H. (1999). Epidemiologie der Demenzen. In H. Förstl, H. Bickel & A. Kurz (Hrsg.), *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie* (S. 9-32). Berlin: Springer.

Bickel, H. (2002). Stand der Epidemiologie. In: J. Hallauer & A. Kurz (Hrsg.), *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland* (S. 10-14). Stuttgart: Georg Thieme.

Boetsch, T. Diagnose (2003). Diagnose. In H. Hampel, F. Padberg & H. J. Möller (Hrsg.), *Alzheimer Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien* (S. 99-133). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer.

Braak, H. & Braak, E. (1996). Evolution oft he neuropathology of Alzheimer´s disease. Acta *Neurologica Scandinavica Supplementum*, 165, 1-3.

Brand, M. & Markowitsch, H. J. (2005). Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen. In M. Martin & H. R. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige* (S. 11-58). Hogrefe: Huber.

Braun, M., Scholz, U., Hornung, R. & Martin, M. (2010). Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken. Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43* (2), 111-119.

Breidert, U. (2000). *Demenz–Pflege-Familie. Hilfen zur Bewältigung emotionaler Belastungen in der ambulanten Pflege*. Stuttgart, Berlin, Köln.

Burns, A. & Rabins, P. (2000). Carer burden in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 9-13.

Carpenter, B. D., Balsis, S., Otilingam, P. G., Hanson, P. K. & Gatz, M. (2009). The Alzheimer´s Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist, 49* (2), 236-247.

Chenier, M. C. (1997). Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement. Geriatric Nursing, 18 (3), 121-126.

Coen, R.F., Swanwick, G. R, O´Boyle, C. A. & Coakley, D. (1997). Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 331-336.

Coppel, D. B., Burton, C., Becker, J. & Fiore, J. (1985). Relationships of cognitions associated with coping reactions to depression spousal caregivers of Alzheimer´s disease patients. *Cognitive Therapy and Research, 9* (3), 253-266.

Crick, N. R. & Didge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processingmechanismus in children´s social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.

D´Zurilla, T. J. & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy (2nd ed.).* New York: Springer.

D´Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. In P. C. Kendall (Hrsg.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (S. 201-274). New York: Academic Press.

D´Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention (3rd ed.).* New York: Springer.

D´Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J. & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in collegue students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 54 (8)*, 1092-1107.

D´Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): technical manual.* North Tonawanda: NY:Multi-Health Systems.

D´Zurilla, T.J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal Psychology*, 78, 107-126.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and Assessment. In E.C. Chang, T.J. D'Zurilla, & L.J. Sanna (Hrsg.), *Social Problem*

Solving: Theory, research, and training (S. 10-25). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Decker, S. D., Schultz, R. & Wood, D. (1989). Determinants of well-being in primary caregivers of spinal cord injured persons. *Rehabilitation Nursing, 14* (1), 6-8.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993*). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).* Bern: Huber.

Dörner, D. (1976). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Elliott, T. R. & Shewchuk, R. (2003). Social problem-solving abilities and distress among family members assuming a caregiving role. *British Journal of Health Psychology, 8,* 149-163.

Elliott, T. R., Berry, J. W. & Grant, J. S. (2009). Problem-solving training for family caregivers of woman with disabilities: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 47* (7), 548-558.

Elliott, T. R., Schewchuk, R. M. & Richards, J. S. (1999). Caregiver social problem-solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology, 44* (1), 104-123, 104-123.

Elliott, T. R., Shewchuk, R & Richards, J. S. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology, 48* (2), 223-232.

Engel, S. (2007). *Das Belastungserleben von pflegenden Angehörigen aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Berlin: Lit.

Evans, J., Williams, J. M. G., O´Loughlin, S. & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicidal patients. *Psychological Medicine, 22 (2),* 399-405.

Falk, J. (2009). *Basiswissen Demenz.* Weinheim: Juventa.

Faust, V. (1999). *Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man dagegen tun kann.* München: Beck.

Forntinsky, R. H. & Hathaway, T. J. (1990). Information and service needs among active and former caregivers of persons with Alzheimer´s disease. *Gerontologist, 30* (5), 604-609.

Förstl, H., Calabrese, P. & Hartmann, T. (2001). Alzheimer-Demenz. In H. Förstl (Hrsg.), *Demenz in Theorie und Praxis* (S. 43-61). Berlin: Springer.

Frauenknecht, M. & Black, D. R. (2003). *The Social Problem-Solving Inventory for Adolescents (SPSI-A): A manual for application, interpretation, and psychometric evaluation.* Morgantown, WV: PNG.

Gellis, Z. D.McGinty, J., Tierney, L, Jordan, C., Burton, J. & Misener, E. (2008). Randomized controlled trial of problem-solving therapy for minor depression in home care. *Research on Social Work Practice, 18* (6), 596-606.

Gibbs, L. M., Dombrovski, A. Y., Morse, J., Siegle, G. J., Houck, P. R. & Szanto, K. (2009). When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24 (12),* 1396-1404.

Goodman, S. H., Gwendell, W. G. & Kaslow, N. J. (1995). Social problem solving: A moderator of the relation between negative life stress and depression symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23* (4), 473-485.

Graf, A. (2003). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Übersetzung des SPSI-R. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie,* 24 (4), 277-291.

Graf, A. (2004). *Interkulturelle Kompetenzen im Human Ressource Management.* Wiesbaden: Gabler.

Graham, C., Ballard, C. & Sham, P. (1997). Carers´ knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12* (9), 931-936.

Gräßel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31* (1), 57–62.

Gräßel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 13* (2), 85-94.

Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W. Monteith, L. L., Garza, M. J. & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology, 65* (12), 1281-1290.

Gutzmann, H, & Zank, S. (2005). *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Gutzmann, H. (1992). *Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik. Ursachenforschung. Therapie. Betreuung*. Bern: Huber.

Hebert, R., Bravo, G., & Preville, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging, 19* (4), 494-507.

Hejda, M. (2002). Was belastet Angehörige dementierender alter Menschen? In W. Schnepp (Hrsg.), *Angehörige pflegen* (S. 197–218). Bern: Huber.

Ihl, R. & Fröhlich, L. (1991). *GDS, BCRS, FAST. Die Reisberg Skalen*. Weinheim: Beltz.

Jacobson, N. S & Margolin, G (1979). *Marital therapy: Strategies bused on social learning and behavior exchange principles.* New York: Brunner/Mazel.

Kalra, S., Bergeron, C. & Lang, A. E. (1996). Lewy body disease and dementia. *Archives of Internationale Medicine, 156* (5), 487-493.

Kastner, U. & Löbach, R. (2007*). Handbuch Demenz*. München: Elsevier.

Klostermann, J. (2004). Den Angehörigen im Blick. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Teil II. *Pflegen Ambulant, 15* (6), 21–22.

Köther, I. & Gnamm, E. (2000). *Altenpflege in Ausbildung und Praxis.* Stuttgart: Thieme.

Kurz, A. (1995). *Alzheimer-Patienten erkennen und behandeln*. Frankfurt a.M.: Höchst.

Kurz, A. (2002*). Das Wichtigste über die Alzheimerkrankheit. Ein kompakter Ratgeber*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York:Springer.

Lazarus, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman & P. Maxim (Hrsg.), *Models for clinical psychopathology* (S. 177-214). New York: Spectrum.

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse (6. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags union.

Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (2009). *Practical Meta-Analysis (9. Auflage).* Thousand Oaks: Sage.

Loeb, C. & Meyer, J. S. (1996). Vascular dementia: Still a debatable entity? *Journal of Neurological Science, 143* (1), 31-40.

Londahl, E. A., Tverskoy, A. & D´Zurilla, T. J. (2005). The relations of internalizing symptoms to conflict and interpersonal problem solving in close relationships. *Cognitive Therapy and Research, 29* (4), 445-462.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer´s disease: report oft he NINCDS-ADRDA work group

under auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer´s Disease, *Neurology, 34* (7), 939-944.

Miller, S. M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer, 76* (2), 167-177.

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G. & Levin, B. (1996). A familiy intervention to delay nursing home placement of patients with alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association, 276* (21), 1725-1731.

Moorhouse, P. & Rockwood, K. (2008). Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. *The Lancet Neurology, 7* (3), 246-255.

Müller, I., Mertin, M., Beier, J. & Them, C. (2010). *Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige - eine Literaturübersicht* [Online im Internet]. URL: http://www.demenzhilfetirol.at/fileadmin/userdaten/dokumente/Haeusliche_Betreuung_bei_Demenz.pdf [13.08.10].

Müller, I., Mertin, M., Beier, J. & Them, C. (2010). *Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige - eine Literaturübersicht* [Online im Internet]. URL: http://www.demenzhilfetirol.at/fileadmin/userdaten/dokumente/Haeusliche_Betreuung_bei_Demenz.pdf [13.08.10].

Nakawaga, S. (2004). A farewell to Bonferroni: the problems of low statistical power and publication bias. *Behavioral Ecology, 15* (6), 1044-1045.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2002). Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 15* (2), 85-100.

Pinquart, Martin und Sörensen, Silvia (2005). Belastungen pflegender Angehöriger. Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Band 1* (S. 617-635). Tübingen: DGVT.

Pollock, L. R. & Williams, J. M. G. (1998). Problem solving and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28* (4), 375-387.

Popp, I. (1999). *Pflege dementer Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Proctor, R., Martin, C. & Hewison, J. (2002). When a little knowledge is a dangerous thing…: A study of carers´ knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17* (12), 1133-1139.

Rainer, M., Krüger-Rainer, C. & Croy, A. (2002). Angehörigenhilfe und Selbsthilfe bei Alzheimer-Demenz. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 3* (4), 107-112.

Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2003). Vollzeitjob Angehörigenpflege. *Häusliche Pflege, 7*, 28-31.

Reisberg, B. (1986): *Hirnleistungsstörungen: Alzheimersche Krankheit und Demenz.* Weinheim: Beltz.

Reisberg, B., Ferris, S. H., Steinberg, G., Shulman, E., de Leon, M. J. & Sinaiko, E. (1989). Longitudinal study of dementia patients and aged controls. In M. P. Lawton, M. P. & A. R. Herzog (Hrsg.), *Special research methods for gerontology* (S. 195 – 231). NY: Baywood.

Saad, K., Hartman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C. & Wilcock, G. (1995). Coping by the carers of dementia sufferers. *Age and Ageing, 24* (6), 495-498.

Sadowski, C. & Kelley, M. L. (1993). Social problem solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (1),* 121-217.

Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schacke, C., Zank, S. (1998). Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differenzierte Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31* (5) 355-360.

Schäufele, M., Köhler, L., Lode, S. & Weyerer, S. (2007). Welche Faktoren sind mit subjektiver Belastung und Depressivität bei Pflegepersonen kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen assoziiert?: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 20* (4), 197-210.

Speckens, A. E. M., Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (4), 365-387.

Stern, M. J. (1993). Group therapy with medically ill patients. In A. Alonso & H. I. Swiller (Hrsg.), *Group Therapy in Clinical Practice* (S. 185-199). Washington: American Psychiatric Association Press.

Stoppe, G. (2007). *Demenz.* München: Reinhardt.

Valenzuale, M. J. & Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychological Medicine, 36*, 441-454.

Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M. & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 348*, 2508-2516.

Wada, H., Nakajoh, K., Satoh-Nakagawa, T., Suzuki, T., Ohrui, T., Arai, H. & Sasak, H. (2001). Risk Factors of Aspiration Pneumonia in Alzheimer's Disease Patients. *Gerontology, 47* (5), 271-276.

Walker, A. J., Martin, S. S. & Jones, L. L. (1992). The benefits of costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology, 47* (3), 130-139.

Wancata, J. (2002). Die Epidemiologie der Demenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 152* (3-4), S. 52-56.

Werner, P. (2001). Correlates of family caregivers´knowledge about Alzheimer´s disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16* (1), 32-38.

Werner, P. (2003). Knowledge about symptoms of Alzheimer´s disease: Correlates and relationship to help-seeking behavior. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18* (11), 1029-1036.

Wettstein, A. (2004). Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. *Schweizerisches Medizinforum, 4* (23), 607–610.

Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A. & Bennett, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association, 287* (6), 742-748.

Wilz, G. (2002). *Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Eine Tagebuchstudie.* Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17* (1), 37-49.

Zarit, S. H., Reever, K. E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlated of feelings of burden. *Gerontologist, 20* (6), 649-655.

11. Anhang

Im Anhang finden sich ein Tabellenverzeichnis, ein Abbildungsverzeichnis, das Informationsblatt und die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie. Weiter sind der verwendete Fragebogen und die Global Deterioration Scale angeführt.

11.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Diagnosekriterien Alzheimer-Demenz nach ICD-10 und DSM-IV* 9

Tabelle 2.: *Drei Prägnanztypen der frontotemporalen Demenz* 13

Tabelle 3: *Formen vaskulärer Demenz* 14

Tabelle 4: *Anzahl Demenzkranker in Österreich* 17

Tabelle 5: *Stadien der Global Deterioration Scale* 21

Tabelle 6: *Auftretenshäufigkeit nicht-kognitiver Symptome* 29

Tabelle 7: *Taxonomie der Problembarrieren nach Dörner* 50

Tabelle 8: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Positive Problemorientierung“* 73

Tabelle 9: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Negative Problemorientierung“* 74

Tabelle 10: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Impulsivität/Nachlässigkeit“* 74

Tabelle 11: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Vermeidung“* 75

Tabelle 12: *Reliabilitätsstatistiken der Skala „Rationaler Problemlösestil“* 75

Tabelle 13: *Reliabilitätsstatistiken der Alzheimer´s Disease Knowledge Scale* 77

Tabelle 14: *Reliabilitätsstatistiken des Zarit Burden Interviews* 78

Tabelle 15: *Reliabilitätsstatistiken der Geriatric Depression Scale* 79

Tabelle 16: *Statistische Werte SPSI-R* 92

Tabelle 17: *Bezogene Informationsquellen* 94

Tabelle 18: *Items ADKS* 95

Tabelle 19: *Soziales Problemlösen und subjektive Belastung* 103

Tabelle 20: *Soziales Problemlösen und Depressivität* 105

11.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Relational/Problem-Solving Model of Stress* 39

Abbildung 2: *Fragebogenaussendung und –rücklauf* 68

Abbildung 3: *Alter der pflegenden Angehörigen* 82

Abbildung 4: *Verwandtschaftsverhältnis zur erkrankten Person* 83

Abbildung 5: *Zarit Burden Interview* 85

Abbildung 6: *Geriatric Depression Scale* 87

Abbildung 7: *konfirmatorische Faktorenanalyse* 89

Abbildung 8: *Dimensionen sozialer Problemlösefähigkeit* 91

Abbildung 9: *Selbsteinschätzung des Krankheitswissens* 94

Abbildung 10: *Alter der Demenzerkrankten* 97

Abbildung 11: *Häufigkeiten der Demenzformen* 98

Abbildung 12: *Schweregrade der Demenz* 99

10.3. Informationsblatt

Sehr geehrte Damen und Herren!

Um das Service-Angebot der M.A.S-Demenzservicestellen laufend entsprechend den Bedürfnissen pflegender Angehöriger weiter zu entwickeln und zu verbessern, haben wir uns erlaubt, Ihnen zum erhaltenen Schreiben einen Fragebogen beizulegen. Dieser wurde im Rahmen einer Diplomarbeit von Fr. Stefanie Unter (Diplomandin im Studienfach Psychologie) in Zusammenarbeit der M.A.S. Servicestelle Bad Ischl entworfen.
Dieser Fragebogen erhebt Aspekte der Sozialkompetenz, sowie den Wissenstand über dementielle Erkrankungen pflegender Angehöriger. Wissenschaftliche Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass die Art an Probleme heranzugehen, einen wesentlichen Einfluss auf die menschliche Gesundheit haben kann.

Für pflegende Angehörige besteht durch die täglichen Herausforderungen in der häuslichen Pflege ein erhöhtes Risiko unter körperlichen oder psychischen Beschwerden zu leiden. Daher wollen wir herausfinden, ob Trainings zur Verbesserung von Fähigkeiten im Umgang mit problematischen Situationen, auch für pflegende Angehörige hilfreich sein könnten.
Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, sind wir auf die Mithilfe von Ihnen angewiesen und möchten Sie herzlich bitten, den beigefügten Fragebogen auszufüllen.

Den ausgefüllten Fragebogen geben Sie bitte einfach in das adressierte und frankierte Rücksende-Kuvert und werfen es entweder in den nächsten Postkasten, oder geben es beim nächsten Postamt ab!

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

Dr. Stefanie Auer
Wissenschaftliche Leitung
M.A.S. Alzheimerhilfe

10.4. Einverständniserklärung





Einverständniserklärung

zur Mitwirkung an der psychologischen Studie

„Das subjektive Belastungserleben pflegender Angehöriger Demenzkranker: Soziale Problemlösefähigkeit und Krankheitswissen als Ressource zur Bewältigung der Pflegesituation.“

Ich wurde von der verantwortlichen Person hinsichtlich der oben genannten Studie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt.

Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen. Ich habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.

Ich hatte ausreichend Zeit mich für die Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Mitwirkenden

_____

Unterschrift der Forscherin

10.5. Fragebogen

Sehr geehrte Studienteilnehmerin!

Sehr geehrter Studienteilnehmer!

Zuerst möchte ich mich recht herzlich für Ihre Mitarbeit an meiner Untersuchung bedanken!

Ich hoffe mithilfe der von Ihnen gewonnen Daten, Aufschluss darüber zu erhalten, welche Faktoren zur Verringerung des Belastungserlebens pflegender Angehöriger Demenzkranker beitragen können.

Das Ausfüllen der folgenden Fragen beansprucht in etwa 20 Minuten.
Ich möchte Sie höflich bitten, darauf zu achten, **jede der gestellten Fragen zu beantworten**. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können oder sich unsicher sein, bitte ich Sie die Antwort aufgrund einer groben Schätzung oder dem sogenannten „Bauchgefühl“ zu fällen.

Name: _____ Geburtsjahr: _____

Ich habe mir zusätzlich zu den Serviceangeboten der M.A.S. Alzheimerhilfe über das Internet, Bücher, Zeitschriften, Vorträge etc. Wissen über die Alzheimer-Erkrankung angeeignet:

☐ Ja Wo haben Sie sich informiert?_____
☐ Nein

Stufen Sie bitte Ihr Wissen über die Alzheimer-Erkrankung **zum aktuellen Zeitpunkt** ein:

☐ sehr gut
☐ gut
☐ mittelmäßig
☐ schlecht
☐ sehr schlecht

Im Folgenden sind verschiedene Möglichkeiten aufgeführt, wie Sie denken, fühlen und handeln könnten, wenn Sie im täglichen Leben mit PROBLEMEN konfrontiert sind. Es geht dabei nicht um die gewöhnlichen Auseinandersetzungen und den üblichen Druck, den Sie täglich erfolgreich bewältigen. In diesem Fragebogen ist mit "Problem" etwas Besonderes in ihrem Leben gemeint, das Sie sehr stört - Sie wissen aber momentan nicht, wie Sie es besser machen oder ändern könnten, damit es Sie nicht mehr so beeinträchtigt. Das Problem könnte in Ihnen liegen (z.B. Ihre Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, Gesundheit oder Erscheinung), in Ihrer Beziehung zu anderen Menschen (z.B. Ihre Familie, Freunde, Lehrer oder Ihr Vorgesetzter) oder in Ihrer Umwelt und den Dingen, die Sie besitzen (z.B. Ihr Haus, Auto, Eigentum oder Geld).

Bitte lesen Sie jede Aussage aufmerksam durch und wählen Sie aus den folgenden Einschätzungen diejenige aus, die am Besten zeigt, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft.

Gehen Sie davon aus, wie Sie gewöhnlich denken, fühlen und handeln, wenn
Sie sich heute wichtigen Problemen in Ihrem Leben gegenüber sehen. Kreuzen Sie die auf Sie zutreffende Nummerierung neben den Aussagen an.

0 = trifft überhaupt nicht auf mich zu

1 = trifft geringfügig auf mich zu

2 = trifft mäßig auf mich zu

3 = trifft sehr auf mich zu

4 = trifft besonders stark auf mich zu

1. Ich fühle mich bedroht und ängstlich, wenn ich ein wichtiges Problem lösen muss.	**0 1 2 3 4**
2. Wenn ich Entscheidungen treffe, prüfe ich nicht sorgfältig genug alle meine Möglichkeiten.	**0 1 2 3 4**
3. Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich eine wichtige Entscheidung treffen muss.	**0 1 2 3 4**
4. Wenn meine ersten Bemühungen, eine Lösung zu finden, scheitern, weiß ich, dass ich schließlich in der Lage sein werde, eine gute Lösung zu finden, wenn ich es hartnäckig weiter versuche und nicht zu schnell aufgebe.	**0 1 2 3 4**
5. Wenn ich ein Problem habe, versuche ich es als Chance anzusehen, auf positive Art und Weise davon zu profitieren.	**0 1 2 3 4**

6. Ich warte erst ab, ob sich ein Problem von selbst löst, bevor ich versuche, es von mir aus zu lösen.	**0 1 2 3 4**
7. Wenn meine ersten Bemühungen, ein Problem zu lösen, scheitern, bin ich frustriert.	**0 1 2 3 4**
8. Wenn ich einem schwierigen Problem gegenüberstehe, zweifle ich daran, dass ich in der Lage bin, es selbst zu lösen, egal wie sehr ich es versuche.	**0 1 2 3 4**
9. Wann immer ich ein Problem habe, glaube ich daran, dass es gelöst werden kann.	**0 1 2 3 4**
10. Ich versuche es zu vermeiden, mich mit Problemen in meinem Leben beschäftigen zu müssen.	**0 1 2 3 4**
11. Schwierige Probleme bringen mich sehr durcheinander.	**0 1 2 3 4**
12. Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, versuche ich, die positiven und negativen Folgen jeder Möglichkeit vorherzusehen.	**0 1 2 3 4**
13. Wenn in meinem Leben Probleme auftreten, möchte ich mich so bald wie möglich damit beschäftigen.	**0 1 2 3 4**
14. Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, verfolge ich die erste gute Idee, die mir einfällt.	**0 1 2 3 4**
15. Wenn ich einem schwierigen Problem gegenüberstehe, glaube ich daran, dass ich in der Lage bin, es selbst zu lösen, wenn ich es ernsthaft genug versuche.	**0 1 2 3 4**
16. Wenn ich ein Problem lösen muss, versuche ich zuerst, so viele Informationen wie möglich über das Problem zu bekommen.	**0 1 2 3 4**
17. Wenn ein Problem in meinem Leben auftaucht, schiebe ich den Versuch, es zu lösen, so lange wie möglich auf.	**0 1 2 3 4**

18. Ich verbringe mehr Zeit damit, Probleme zu vermeiden, als sie zu lösen.	**0 1 2 3 4**
19. Bevor ich versuche, ein Problem zu lösen, setze ich mir ein Ziel, so dass ich genau weiß, was ich erreichen möchte.	**0 1 2 3 4**
20. Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, nehme ich mir nicht die Zeit, das Für und Wider jeder Möglichkeit abzuwägen.	**0 1 2 3 4**
21. Nachdem ich eine Lösung für ein Problem umgesetzt habe, versuche ich so sorgfältig wie möglich zu überprüfen, inwiefern sich die Situation zum Besseren hin verändert hat.	**0 1 2 3 4**
22. Ich schiebe es auf, Probleme zu lösen, bis es zu spät ist, etwas zu tun.	**0 1 2 3 4**
23. Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, denke ich mir so viele Lösungsmöglichkeiten wie möglich aus, bis mir keine weiteren Ideen mehr einfallen.	**0 1 2 3 4**
24. Wenn ich Entscheidungen treffe, handle ich aus dem Bauch heraus, ohne lange über die Folgen jeder einzelnen Möglichkeit nachzudenken.	**0 1 2 3 4**
25. Ich bin zu impulsiv, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen.	**0 1 2 3 4**

Nachfolgend sind einige Aussagen zur Alzheimer-Erkrankung angeführt. Bitte lese Sie jede Aussage genau durch und kreisen Sie ein, ob Sie diese für „wahr“ oder „falsch“ befinden!

Wenn Sie sich Ihrer Antwort nicht sicher sind, schätzen Sie! Es ist wichtig, dass Sie jede Frage beantworten, auch wenn Sie sich nicht vollkommen sicher sind.

Bitte ziehen Sie keine externen Informationsquellen wie Internet, Bücher, anwesende Personen usw. zur Beantwortung der Fragen heran! Dies würde zu einem verfälschten Untersuchungsergebnis führen.

1. Alzheimer Patienten sind besonders gefährdet an einer Depression zu erkranken.	**wahr** **falsch**
2. Nachdem Krankheitssymptome auftreten beträgt die verbleibende durchschnittliche Lebenserwartung 6 bis 12 Jahre.	**wahr** **falsch**
3. Wenn eine erkrankte Person agitiertes (=krankhaft unruhiges) Verhalten zeigt, können durch eine medizinische Untersuchung andere gesundheitliche Probleme entdeckt werden, welche die Agitiertheit verursachen.	**wahr** **falsch**
4. Erkrankte können am besten einfachen und langsamen Instruktionen folgen.	**wahr** **falsch**
5. Wenn es für Erkrankte schwierig wird Tätigkeiten zur Selbstversorgung durchzuführen, sollten diese sofort durch eine Pflegeperson übernommen werden.	**wahr** **falsch**
6. Wenn eine erkrankte Person nachts munter ist und sich agitiert verhält, ist es eine gute Strategie dafür zu sorgen, dass sich die Person während des Tages ausreichend körperlich betätigt.	**wahr** **falsch**
7. In seltenen Fällen, konnten Personen von der Alzheimer Krankheit geheilt werden.	**wahr** **falsch**
8. Befindet sich eine erkrankte Person noch nicht im schweren Krankheitsstadium, kann sie von Psychotherapie gegen Angst und Depression profitieren.	**wahr** **falsch**
9. Wenn plötzlich Erinnerungsschwierigkeiten und konfuses Denken auftreten, geschieht dies wahrscheinlich durch eine Alzheimer-Erkrankung bedingt.	**wahr** **falsch**
10. Die meisten Alzheimer-Erkrankten leben in Pflegeeinrichtungen.	**wahr** **falsch**
11. Eine schlechte Ernährung kann Symptome der Alzheimer-Krankheit verschlechtern.	**wahr** **falsch**

12. Auch Personen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr können an Alzheimer erkranken.	**wahr** **falsch**
13. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine erkrankte Person stürzt, nimmt mit Verschlechterung der Symptome zu.	**wahr** **falsch**
14. Wenn Erkrankte mehrmals die gleichen Fragen stellen oder mehrmals die gleichen Geschichten erzählen, sollen sie darauf hingewiesen werden, dass sie sich selbst wiederholen.	**wahr** **falsch**
15. Wenn eine Person an Alzheimer erkrankt ist, ist sie nicht fähig fundierte Entscheidungen bezüglich der eigenen Pflege zu treffen.	**wahr** **falsch**
16. Erkrankte benötigen möglicherweise eine 24-Stunden-Pflege.	**wahr** **falsch**
17. Ein erhöhter Cholesterinspiegel kann das Risiko erhöhen an Alzheimer zu erkranken.	**wahr** **falsch**
18. Zittern oder das Schütteln der Hände oder Arme sind ein häufiges Symptom der Alzheimer-Krankheit.	**wahr** **falsch**
19. Symptome einer schweren Depression können mit Symptomen der Alzheimer-Krankheit verwechselt werden.	**wahr** **falsch**
20. Die Alzheimer-Krankheit ist eine Form der Demenz.	**wahr** **falsch**
21. Schwierigkeiten im Umgang mit Geld oder beim Bezahlen von Rechnungen ist häufig ein frühes Symptom der Alzheimer-Krankheit.	**wahr** **falsch**
22. Ein Symptom, welches im Rahmen einer Alzheimer-Erkrankung auftreten kann, ist, dass erkrankte Personen der Meinung sind, sie würden durch andere Personen bestohlen werden.	**wahr** **falsch**
23. Erinnerungshilfen in Form von Notizen stellen eine Möglichkeit dar, das Fortschreiten der Krankheit positiv zu beeinflussen.	**wahr** **falsch**
24. Es gibt Medikament, welche die Entstehung von Alzheimer verhindern.	**wahr** **falsch**
25. Ein hoher Blutdruck kann das Risiko erhöhen, an Alzheimer zu erkranken.	**wahr** **falsch**
26. Die genetische Veranlagung ist nur zu einem Teil für das Auftreten der Alzheimer-Krankheit verantwortlich.	**wahr** **falsch**

27. In Anwesenheit eines Beifahrers ist das Lenken eines Autos für erkrankte Personen sicher.	**wahr** **falsch**
28. Die Alzheimer-Krankheit kann nicht geheilt werden.	**wahr** **falsch**
29. Die meistern Erkrankten erinnern sich besser an jüngere Ereignisse als an Dinge die in fernerer Vergangenheit liegen.	**wahr** **falsch**

Bitte wählen Sie jene Antworten aus, die am besten beschreiben, wie sie sich in der letzten Zeit gefühlt haben.

1. Sind Sie mit ihrem Leben grundsätzlich zufrieden?	ja	nein
2. Haben Sie viele ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	ja	nein
3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?	ja	nein
4. Langweilen Sie sich oft?	ja	nein
5. Sehen Sie hoffnungsvoll in die Zukunft?	ja	nein
6. Werden Sie von Gedanken belästigt, die Sie nicht aus ihrem Kopf bekommen?	ja	nein
7. Sind Sie meistens gut aufgelegt?	ja	nein
8. Fürchten Sie sich, das Ihnen etwas Schreckliches zustoßen Könnte?	ja	nein
9. Sind Sie meist glücklich?	ja	nein
10. Fühlen Sie sich oft hilflos?	ja	nein
11. Sind Sie oft rastlos und zappelig?	ja	nein
12. Bleiben Sie lieber zu Hause als auszugehen und Neues zu unternehmen?	ja	nein
13. Machen Sie sich oft Sorgen um die Zukunft?	ja	nein
14. Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr Probleme mit ihrem Gedächtnis haben als andere Leute?	ja	nein
15. Glauben Sie, dass es schön ist, in unserer Zeit zu leben?	ja	nein
16. Fühlen Sie sich oft traurig?	ja	nein
17. Fühlen Sie sich ungebraucht?	ja	nein

18. Machen Sie sich über die Vergangenheit viele Gedanken?	ja	nein
19. Finden Sie das Leben aufregend?	ja	nein
20. Ist es schwer für Sie, etwas Neues zu beginnen?	ja	nein
21. Haben Sie das Gefühl, dass sie viel Energie haben?	ja	nein
22. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	ja	nein
23. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen es besser haben als Sie selbst?	ja	nein
24. Regen Sie sich oft wegen Kleinigkeiten auf?	ja	nein
25. Haben Sie oft das Gefühl als ob Sie weinen möchten?	ja	nein
26. Haben Sie Probleme, sich zu konzentrieren?	ja	nein
27. Freuen Sie sich darauf, in der Früh aufzustehen?	ja	nein
28. Vermeiden Sie soziale Zusammenkünfte?	ja	nein
29. Fällt es Ihnen leicht, Entscheidungen zu treffen?	ja	nein
30. Sind Ihre Gedanken so klar wie früher?	ja	nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und kreisen sie die für Sie treffsicherste Antwortmöglichkeit ein. **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten**

1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Angehöriger nach mehr Hilfe verlangt, als er/sie tatsächlich benötigt?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

2. Haben Sie das Gefühl, dass Sie, weil Sie Ihren Angehörigen pflegen, nicht genug Zeit für sich selbst haben?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

3. Fühlen Sie sich hin und hergerissen zwischen dem Bedürfnis, für Ihren Angehörigen zu sorgen und Ihren anderen privaten und beruflichen Verpflichtungen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

4. Schämen Sie sich für das Verhalten Ihres Angehörigen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

5. Sind Sie zornig, wenn Sie mit Ihrem Angehörigen zusammen sind?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Angehöriger die Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern und Freunden negativ beeinflusst?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

7. Fürchten Sie sich davor, was die Zukunft für Ihren Angehörigen bringt?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

8. Haben Sie das Gefühl, Ihr Angehöriger ist von Ihnen abhängig?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

9. Fühlen Sie sich gestresst, wenn Sie mit Ihrem Angehörigen beisammen sind?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

10. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit durch die Pflege Ihres Angehörigen gelitten hat?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

11. Haben Sie das Gefühl, dass Sie aufgrund der Pflege für Ihren Angehörigen weniger Intimsphäre haben als Sie sich wünschen würden?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Sozialleben durch die Pflege Ihres Angehörigen gelitten hat?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

13. Fühlen Sie sich unwohl wegen Ihres Angehörigen, wenn Sie Besuch haben?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

14. Haben Sie das Gefühl, Ihr Angehöriger erwartet dass sie sie/ihn pflegen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

15. Haben Sie das Gefühl, dass Sie zusätzlich zu Ihren restlichen Ausgaben nicht genug Geld für die Pflege haben?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

16. Haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht länger Ihren Angehörigen pflegen können?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

17. Haben Sie das Gefühl, dass Sie die Kontrolle über Ihr Leben verloren haben seit Ihr Angehöriger krank ist?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

18. Würden Sie am liebsten die Pflege für Ihren Angehörigen jemand anderem überlassen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

19. Fühlen Sie sich unsicher darüber, was Sie mit Ihrem Angehörigen tun sollen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

20. Haben Sie das Gefühl, Sie sollten mehr für Ihren Angehörigen tun?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

21. Haben Sie das Gefühl, sie könnten die Pflege für Ihren Angehörigen besser machen?

0. Niemals 1. Selten 2. Manchmal 3. Ziemlich häufig 4. Fast immer

22. Insgesamt betrachtet, wie belastet fühlen Sie sich durch die Betreuung Ihres Angehörigen?

0. Gar nicht 1. Wenig 2. mittelstark 3. Stark 4. Sehr stark

Sie sind nun am Ende der Befragung.

DANKE, dass Sie sich die Zeit genommen und alle Fragen vollständig beantwortet haben!

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:
Stefanie Unter
Telefon: 0650 880 22 24
E-Mail: stefanie_unter@web.de

10.6. Global Deterioration Scale

GDS Stadium	Beschreibung/ Diagnose	Dauer des Stadiums
1	**Keine kognitiven Leistungseinbußen:** Keine subjektiven Hinweise auf ein Gedächtnisdefizit. Im klinischen Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident.	Viele Jahrzehnte
2	**Zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen:** Subjektive Klagen über Defizite, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen: (a) vergisst, wo vertraute Gegenstände abgelegt wurden; (b) vergisst früher gut bekannte Namen. Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im klinischen Interview. Keine objektivierbaren Defizite im Beruf oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik.	Ungefähr 15 Jahre
3	**Geringe kognitive Leistungseinbußen:** Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche: (a) Patient(in) kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden; (b) Mitarbeiter(innen) bemerken die reduzierte Arbeitsleistung; (c) Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern; (d) die/der Patient(in) behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage; (e) die/der Patient(in) kann sich Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken; (f) die/der Patient(in) verlegt oder verliert Wertgegenstände; (g) während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden. Verringerte Leistungsfähigkeit im Beruf oder im sozialen Umfeld. Die/Der Patient(in) beginnt, Defizite zu verleugnen. Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome.	7 Jahre
4	**Mäßige kognitive Leistungseinbußen:** Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen: (a)Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse; b) Erinnern des eigenen Lebenslaufes; (c) Konzentration bei den	2 Jahre

	Aufgaben mit seriellen Subtraktionen; d) Fähigkeit, sich an unbekannten Orten zurechtzufinden oder mit Geld umzugehen, usw. Meist keine Defizite in nachfolgenden Bereichen: (a) Orientierung zu Zeit und Person; (b) Widererkennen vertrauter Personen und Gesichter; (c) Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen. Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Der Affekt verflacht, und die/der Patient(in) beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden.	
5	**Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen:** Die/Die Patient(in) kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen. Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern: z.B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummern, die Namen naher Familienangehöriger (wie die der Enkel), den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat. Häufig ist Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Viererschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen. Patienten dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso gut wie den der/s Ehepartnerin(s) oder der Kinder. Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z.B. Hausschuhe für den Waldspaziergang wählen).	1.5 Jahre
6	**Schwere kognitive Leistungseinbußen:** Kann gelegentlich den Namen der(s) Ehegattin(en) vergessen, von dem ihr (sein) Überleben abhängt. Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit. Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z.B. nicht mehr wahrgenommen. Kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtszählen von 1 bis 10. Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z.B. inkontinent werden oder Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten	2.5 Jahre

	zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe. Der Tag/Nacht-Rhythmus ist häufig gestört. Beinahe immer wird der eigene Name erinnert. Häufig können noch bekannte von unbekannten Personen unterschieden werden. Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten in den Vordergrund. Sehr variable ausgeprägte Störungen sind: a)Verfolgungsgedanken; z.B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen; (b) Zwangssymptome; z.B. wird ständig ein und derselbe Gegenstand gereinigt; (c) Angstsymptome, Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten; (d) fehlender Willensantrieb, z.B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten werden kann.	
7	**Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen:** Häufig totaler Sprachverlust; gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten. Harninkontinenz; ist auf Hilfe beim Toilettengang und Essen angewiesen. Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z.B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können. Häufig finden sich generalisierte und fokale neurologische Symptome.	6 Jahre und mehr

Lebenslauf

Name:	Stefanie Unter
Geburtsdatum:	24. Mai 1986 in Ried/ Innkreis
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Adresse:	Bründlallee 42
	4760 Raab
Tel.:	+43 650 880 22 24
E-Mail:	stefanie_unter@web.de

Ausbildung

seit 10/2006	Psychologiestudium an der Universität Wien
12/2005 – 8/2006	Kanzleiassistentin in Rechtsanwaltskanzlei
9/2000 – 6/2005	Handelsakademie Schärding
9/1996 – 7/2000	Bundesgymnasium Schärding

Berufsbezogene Praktika

7/2010 – 8/2010	Krankenhaus Braunau
	Klinik für Psychische Gesundheit (240 h)
3/2010 – 6/2010	Autistenhilfe Wien (120 h)
7/2009	Bezirksalten- und Pflegeheim Zell an der Pram (160 h)
7/2008	Bezirksalten- und Pflegeheim Zell an der Pram (160 h)
7/2007	Bezirksalten- und Pflegeheim Zell an der Pram (160 h)

Originalitätserklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als
solche gekennzeichnet.

Wien, im September 2011 _____