

Rush hour of life

- Übergang zur Elternschaft und Geschlechterrolleinteilung
- Kinderbetreuung
- Familien und Erwerbsarbeit, Vereinbarkeit, Karenzregelungen, Care-Tätigkeit
- Beziehungsgestaltung und Aushandlungsprozesse
- Ältere Beschäftigte, altersgerechte Arbeitsplätze

Kindheit und Jugend

- Kinder in ihren Familien
- Kinderrechte
- Partizipation von Kindern und Jugendlichen
- Transitionsprozesse und ihre Auswirkungen
- Pflegende Kinder und Jugendliche

Drittes Lebensalter

- Pensionierung, Transitionsprozesse
- Wohnformen und Lebensqualität
- Lebenslanges Lernen
- Beautification und Anti-Ageing
- Freiwilligenarbeit

Hochaltrigkeit

- Pflegeaspekte, 24-Stunden-Betreuung
- Soziale Effekte von Frailty
- Wirkungen von Pflegeinterventionen
- Assistive Technologien, AAL
- Soziale Inklusion

Lebenslauf und Gesundheit als Forschungsperspektiven

Im Forschungsschwerpunkt „Familien, Generationen, Gesundheitsprävention“ werden soziale und sozialpolitisch relevante Probleme theoretisch und empirisch mittels eines interdisziplinären Zugangs erforscht. Im Fokus stehen gesellschaftlich relevante Themen wie demographische Herausforderungen, sozio-demographische Entwicklungen, Dynamiken und Veränderungen im Lebens- und Familienverlauf.

Untersucht werden die Auswirkungen aktueller gesellschaftlicher Prozesse auf Lebensverläufe, Familien und Familienleben, Generationenbeziehungen, Gesundheit und Gesundheitsförderung. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang die Entstehung von Langlebigkeit und die Analyse wohlfahrtsstaatlicher Maßnahmen.

Der Lebenslauf bildet den institutionellen Rahmen für die in einzelnen Lebensphasen bestehenden Wahlmöglichkeiten, Erwartungen und Restriktionen. Dabei werden Fragen der Veränderungen der unterschiedlichen Familien- und Altersphasen behandelt, der Differenzierung nach Zugangswegen, Erwerbsbiografien, sozialer Absicherung, individueller Lebenserwartung und Lebensformen, sowie Fragen der Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. der Unterstützung bei gegebenem Pflegebedarf.

FORSCHUNGSSCHWERPUNKT

Familien, Generationen, Gesundheitsprävention



Andreas Baierl | Gudrun Bauer | Caroline Berghammer | Sonja Dörfler | Anna Fassl | Eva Faul | Sabine Buchebner-Ferstl | Vera Gallistl | Christine Geserick | Julia Hauprich | Christiane Hildebrandt | Olaf Kapella | Markus Kaendl | Franz Kolland | Wolfgang Mazal | Hanna Mayer | Martin Nagl-Cupal | Norbert Neuwirth | Sophie Psihoda | Irene Rieder | Rudolf Richter | Christiane Rille-Pfeiffer | Rudolf Karl Schipfer | Eva-Maria Schmidt | Sabine Schrank | Tatjana Thelen | Susanne Vogl | Ulrike Waginger | Anna Wanka | Georg Wernhart | Ulrike Zartler



Die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Unterstützung pflegender Kinder und Jugendlicher und deren Familien

Martin Nagl-Cupal, Maria Daniel, Julia Hauprich

Kontakt martin.nagl-cupal@univie.ac.at

Hintergrund

In den letzten Jahren ist eine starke Zunahme an Forschung über Kinder und Jugendliche, die regelmäßig ein chronisch krankes oder behindertes Familienmitglied pflegen (Young Carers), zu beobachten. Kindliche Pflege zeigt verschiedene negative Auswirkungen wie ein Mangel an Freizeit, soziale Isolation sowie eine Vielzahl von physischen und psychischen Belastungen. Obwohl in Österreich 3.5% der Kinder und Jugendlichen als Young Carers bezeichnet werden können, gibt es einen Mangel an Bewusstsein gegenüber dieser Gruppe und es sind nur wenig bis keine Unterstützungsmaßnahmen verfügbar.

Forschungsfragen und Ziel

Welche Bedürfnisse haben Young Carers und ihre Familien?
Was sind hilfreiche Maßnahmen um Young Carers und ihre Familien zu unterstützen?
Was sind Bedingungen für die Implementierung und den Erhalt eines Young-Carers-Projekts?
Welche Effekte von Young Carers Projekten auf Betroffen und deren Familien werden in der Literatur beschrieben?

Ziel

Das Ziel dieses Projektes war die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes, um hilfreiche Unterstützungsmaßnahmen für Young Carers und deren Familien aufzuzeigen.

Methode

- State-of-the-art Literaturrecherche in Datenbanken
- Sichtung der Internetauftritte von bestehenden Young-Carers-Projekten
- Site-visits von ausgewählten Young-Carers-Projekten und Interviews mit den Verantwortlichen
- Nationales und internationales Expertenwissen – Workshops und Enquete

Die Logik des Rahmenkonzeptes

Es wurde ein „logisches Modell“ entwickelt, welches die Verbindungen zwischen den zentralen Bestandteilen des Rahmenkonzeptes, voraussetzende Faktoren, Ressourcen, Maßnahmen, direkte Aktivitäten, Outcomes, Impact, visualisiert.

Das Rahmenkonzept zeigt Aktivitäten, die das Bewusstsein für Young Carers in unterschiedlichen Settings erhöhen, sowie direkte Unterstützungsmaßnahmen für Young Carers und ihre Familien.

Resümee

- Das Rahmenkonzept kann eine wichtige Unterstützung für Sozial- und Pflegedienste sein um Young-Carers-Projekte erfolgreich zu implementieren.
- Es gibt wenig Literatur darüber wie und in welchem Ausmaß umgesetzte Maßnahmen die Situation von Young Carers und ihren Familien verbessern.
- Wohnortnahe Implementierung von Projekten ist für die Erreichbarkeit von Young Carers wichtig.
- Bewusstseinsbildung für die Etablierung und Nutzung von Young-Carers-Projekten von zentraler Bedeutung.
- Viele Young Carers und ihre Familien leben im Verborgenen – ein Recht auf Identifizierung ist ein wichtiger Schritt dies zu Verhindern.

Literatur

die zur Erstellung des Rahmenkonzeptes verwendet wurde



Finanzierung



OJRK/Franz Neumayr

Assessment der Bedürfnisse
Ermöglichen nur "Kind zu sein"
Anregung von Austausch mit Peers
Physische Entlastung
Unterstützung im „Notfall“

Individuelles Assessment
Freizeitaktivitäten, Clubs
Gespräche mit Gleichgesinnten
Altersentsprechende Informationen
Aufzeigen von Ressourcen im Umfeld
Pflegetelefon oder Telefonhotline



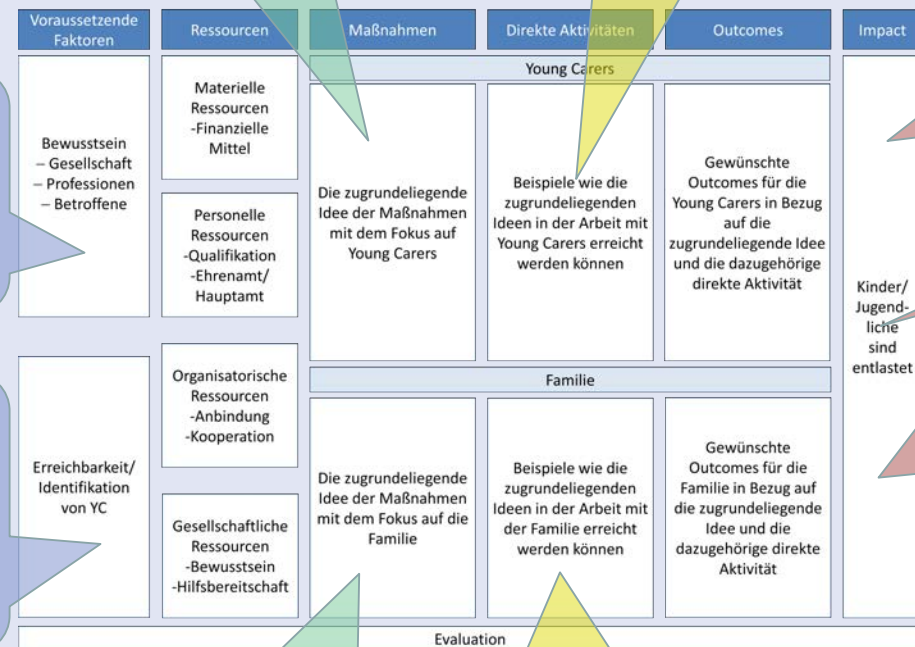
The Children's Society

Mediale Berichterstattung
Lokale Kampagnen in Schulen, Hausarztpraxen, ambulante Pflege
'Role Models' – 'YC Champions'
Young carer awards

Professions Netzwerke
Bedarfs- und Bedürfniserhebung der zu pflegenden Person zu Hause
Entlassungsmanagement
Selbstidentifikation

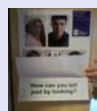


Everycare UK



Assessment der Bedürfnisse
Unterstützung der Familie bei der Organisation ihrer Situation
Information und Beratung
Anregung von Austausch mit Peers

Familien Assessment
Offenes Informations- und Beratungsangebot
Case und Care Management
Family Group Conference
Eltern Café



The Children's Society





Entwicklung und Evaluation eines speziellen Pflegeberatungskonzeptes

zur Verbesserung des Selbstmanagements von postoperativen Symptomen bei Frauen mit vulvären Neoplasien

Silvia Raphaelis, Hanna Mayer, Beate Senn
Kontakt: silvia.mona.raaphaelis@univie.ac.at

Einleitung

Krebsvorstufen oder Krebs an den äußeren weiblichen Genitalien (= vulväre Neoplasien) sind seltene Erkrankungen mit einer weltweit steigenden Inzidenz in den letzten drei Jahrzehnten. In den deutschsprachigen Ländern treten jährlich zwei bis sieben Neuerkrankungen bei 100 000 Frauen auf. Eine **operative Behandlung** ist die **Standardtherapie**. Die chirurgischen Eingriffe verursachen **zahlreiche** wundbedingte und psychosoziale **Symptome** sowie Schwierigkeiten im täglichen Leben.

Besonders häufig sind Frauen von Ungewissheit in Zusammenhang mit der Erkrankung als psychosoziales Symptom betroffen. **Im Krankheitsverlauf** (z.B. nach der Entlassung) müssen die betroffenen Frauen ihre **Symptome eigenständig beobachten, einschätzen und behandeln**. Eine Sichtung der Literatur macht deutlich, dass die Patientinnen eine Beratung zum Selbstmanagement von postoperativen Symptomen benötigen, jedoch **bisher keine entsprechenden Interventionen** entwickelt oder getestet wurden.

Forschungsziele & Forschungsfragen



Ziel ist es, ein Konzept für eine Pflegeberatung zum Selbstmanagement von postoperativen Symptomen für Frauen mit vulvären Neoplasien zu entwickeln und anschließend deren Effektivität hinsichtlich der Symptomprävalenz im Allgemeinen und vertiefend hinsichtlich der krankheitsbezogenen Ungewissheit zu überprüfen.

1. Welche **Komponenten** sollte eine **Pflegeberatung** zur Verbesserung des Selbstmanagements von postoperativen Symptomen bei Frauen mit vulvären Neoplasien enthalten?
1. Wie wirkt sich die **Pflegeberatung** auf die **Anzahl postoperativer Symptome** bei Frauen mit vulvären Neoplasien aus?
2. Wie **wirkt** sich die **Pflegeberatung** auf die **krankheitsbezogene Ungewissheit** von Frauen mit vulvären Neoplasien aus?



© WOMAN-PRO 2012

Konzepte & Theorien

Symptome

Wahrgenommene Veränderungen von bio-psychosozialen Funktionen, Empfindungen oder Kognitionen (Dodd et al. 2001)

Krankheitsbezogene Ungewissheit

Ereignis oder Situation in Zusammenhang mit der Erkrankung wird aufgrund von mangelnden Hinweisen als ungewiss (= psychosoziales Symptom nach Dodd et al. 2001) beurteilt (Mishel 1990)

Pflegeberatung zum Symptom Selbstmanagement

Beratung zur Unterstützung der Selbstmanagement-Kompetenzen von Betroffenen (Lorig & Holman 2003)

Forschungsmethoden

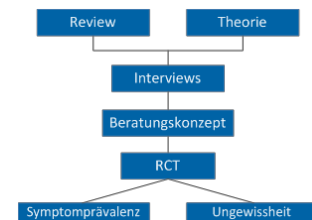
Die Entwicklung und Evaluation der Pflegeberatung orientiert sich an dem Framework des UK Medical Research Councils für komplexe Interventionen (Craig et al. 2013)

Entwicklung des Pflegeberatungskonzeptes

- Literaturreview
- Theoretisches Verständnis der Interventionswirkung
- Thematische Analyse Qualitativer Interviews nach Braun & Clark (2006)

Evaluation des Pflegeberatungskonzeptes

- Randomisiert kontrollierte Studie (RCT)



Relevanz der Forschung

Durch die Studienergebnisse können erste Einsichten in die Konzeptualisierung und Effektivität von Pflegeberatung bei Frauen mit dieser seltenen Krebserkrankung gewonnen werden. Dadurch können künftige Prioritäten für das Symptom Management von Frauen mit vulvären Neoplasien und für weitere Studien in diesem Feld identifiziert werden.





Entstehung von Bettlägerigkeit in der Langzeitpflege

Einflüsse auf die zunehmende Immobilisierung älterer Menschen

Sabine Schrank, Hanna Mayer (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien), Angelika Zegelin (Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke)
Kontakt: sabine.schrank@univie.ac.at

Bettlägerigkeit stellt neben kognitiven Beeinträchtigungen eines der größten pflegerischen Probleme im Langzeitpflegebereich dar und wird als zentrales Element der Pflegebedürftigkeit beschrieben. Erste Studien zum Thema Bettlägerigkeit (Zegelin 2013) zeigen, dass es sich dabei um einen schleichenden Prozess handelt. Entscheidend ist dabei der Eintritt in die Ortsfixierung, d.h. der Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich selbst zu transferieren. Er kann nicht mehr gehen, oft auch nicht mehr stehen, er bleibt „am Ort sitzen“ und benötigt für den Wechsel Hilfe. Dass Menschen in Pflegeheimen verhältnismäßig viel Zeit im Bett verbringen, ohne dass die Gründe hierfür geklärt sind – einer ersten Prävalenzstudie aus Österreich zufolge 49,8%, bleibt bislang ebenso völlig ungeachtet wie die Zahl älterer ortsfixierter Menschen – 61,8%, die zwar aus dem Bett „herausgesetzt“ werden, aber nicht über ihren eigenen Bewegungsradius bestimmen können (Schrank et al. 2013).

Ziel und Forschungsfragen

Ziel dieser Studie ist es, die Entstehung von Ortsfixierung und Bettlägerigkeit im Fokus **institutioneller Langzeitpflege** anhand **retrospektiver Fallrekonstruktionen** des **Mobilitätsverlaufs** ausgewählter BewohnerInnen zu betrachten und zu rekonstruieren und den Einfluss der **Institution & professionellen AkteurInnen** auf den Entstehungsprozess allmählicher Immobilisierung älterer Menschen zu untersuchen.

Forschungsfragen:

- ❖ **Wie entstehen Ortsfixierung und Bettlägerigkeit im Kontext institutioneller Langzeitpflege?**
 - ❖ Was beeinflusst den Entstehungsprozess auf eine allmähliche Immobilisierung und die Entstehung von Ortsfixierung und Bettlägerigkeit bei älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen?
 - ❖ Welchen Einfluss haben die Institution und die professionellen AkteurInnen der Langzeitpflege auf eine allmähliche Immobilisierung älterer Menschen?

Methodisches Vorgehen/ Datenerhebung

Qualitatives multiple holistic Case Study Design

Retrospektive Fallrekonstruktionen des Mobilitätsverlaufs von acht Langzeitpflegeheimbewohnern

Multiple Erhebungsmethoden:

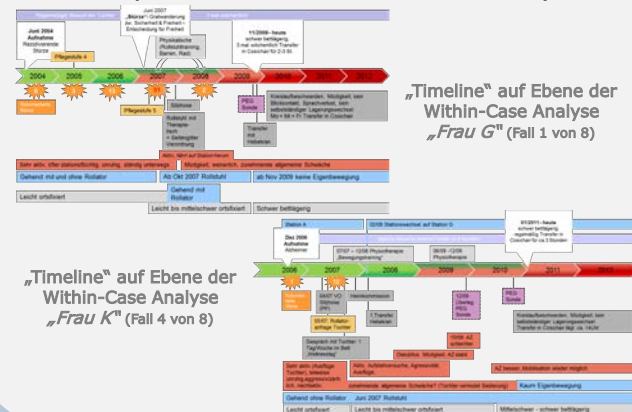
Teilnehmende Beobachtungen, **problemzentrierte Interviews** aus drei verschiedenen Perspektiven, **Analysen** der **Pflegedokumentationen** seit Heimeinzug

Datenauswertung

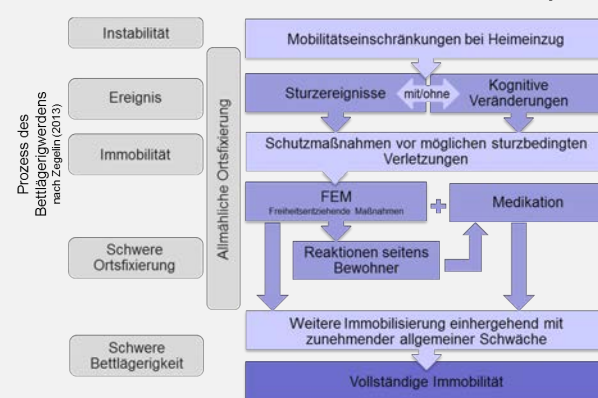
- 1. Within-Case Analysen:** Fallbeschreibungen, Timelines, Einflussfaktoren auf Ebene jedes einzelnen Falles
- 2. Gemeinsamkeiten aus Within-Case Analysen**
- 3. Cross-Case Analyse:** übergeordnete Einflussfaktoren auf professioneller und institutioneller Ebene

Ergebnisse

Beispiele auf Ebene der Within-Case Analysen



Gemeinsamkeiten aus den 8 Within-Case Analysen



Einflussfaktoren auf Ebene der Cross-Case Analyse



Implikationen für die Praxis

Immobilie Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen erfahren oftmals zu wenig Berücksichtigung in der täglichen Pflege und Mobilisierung ist reduziert auf die Vorbeugung von Dekubiti bzw. Stürzen. Die Entstehung von Bettlägerigkeit ist jedoch ein multifaktorielles Phänomen, welches nicht alleine auf physiologische Einflussfaktoren (z.B. Alter) zurückzuführen ist, zu einem großen Teil institutionell beeinflusst wird und dessen Entwicklung keinesfalls zwangsläufig ist. Wirksame Mobilitätsförderung kann nicht nebenbei erfolgen sondern setzt einen expliziten Auftrag an die Institutionen bzw. professionellen AkteurInnen voraus. Die Ergebnisse der Studie leisten eine begründete Basis für eine multidimensionale Interventionsentwicklung um die Qualität der Pflege im Hinblick auf die Entstehung von Bettlägerigkeit zu verbessern.



EthniCityHeat - Vulnerability of and adaption strategies for migrant groups in urban heat environments

Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland, Mag. Anna Wanka, Laura Wiesböck, M.A.



Research Topic

Heat island effect

Urban population particularly exposed to heat (wave) risks

Intra-urban differences

Specific sub-populations more vulnerable than others: elderly, chronically ill, children, socially deprived groups well-covered by literature, research addressing migrant background remains scarce

Why is migrant background a risk factor?

Cumulating effects of low socio-economic status, occupational exposure, spatial vulnerability, limited access to the healthcare system or language barriers

Focus

Persons with Turkish background

Main research question

To what extent are persons with Turkish background residing in Vienna exposed to specific heat vulnerabilities?

Data and Methods

Mixed-methods design

(1) Two case studies

consisting of participant observation and semi-structured interviews with a family with Turkish migrant background in comparison with a family with Austrian background residing in heat-vulnerable environments,

(2) 25 qualitative interviews

with persons of Turkish background residing in heat-vulnerable environments,

(3) 15 expert interviews

with stakeholders, decision-makers and intermediaries on their awareness, opinions and actions regarding the effects of heat on persons with migrant background,

(4) Two standardised face-to-face surveys (each N=400).

First findings of case studies

Health Condition and Behaviour

Turkish household: mother reports exhausting double burden (household duties and labour with high physical strain), existential pressure due to insecure job status and limited access to health system:

"I always go to the same doctors, my daughter in law or my daughters accompany me. It occurs that I change doctors if my daughters think it is right or if they get recommendations for a certain doctor. [...] I trust them and I let them decide for me. [...] Once I was in pain for 2-3 weeks and waited, because I cannot go alone and I am uncomfortable if my children have to come with me every time and I am a burden to them."

Austrian household: Adults report good health condition, consciously spend time and energy to accompany the food process from harvesting to preparing meals, for four months of the year they solely subsist on vegetables from their field

Research Framework

Interdisciplinary research project based at the Department of Sociology, University of Vienna

Partners

University of Natural Resources and Life Sciences Vienna
Institute of Landscape Development, Recreation and Conservation Planning

Medical University Vienna, Centre of Public Health, Institute for Environmental Health & Unit Ethnomedicine and International Health

Funding

Climate and Energy Fund

Duration

2014-2017

First findings of case studies

Living Environment

Turkish household: Four adults (parents and two adult children), 75qm apartment on the ground floor, four rooms, category D

Austrian household: Three adults (Father, partner and son), 125qm apartment, five rooms, courtyard garden

Socio-economic condition

Turkish household: Mother works as cleaning staff, two adult sons not employed: one is in early retirement due to his critical health condition, the other one is unemployed

Austrian household: Both adults are freelancers, the son attends secondary school, the father prefers to devote less time to wage labour and more to other activities like harvesting

Conclusion

Building up on these first explorative case studies it is shown that

- Micro unit family reflects larger societal patterns e.g. persistent ethnic segmentation in employment which carries negative health consequences,
- Poverty alone cannot be taken as a risk factor to heat related stress: In both families access to economic capital is limited, yet in one case it is out of hardship (push factor) and in the other case it is out of self-fulfillment and cultivation of a certain lifestyle (pull factor),
- Mixed-methods design crucial to investigate heat-related health outcomes from differentiated qualitative perspective.

(How) do children participate?

Legislation, policy and practice of child participation in Austria

Background

The **UN Convention on the Rights of the Child (UNCRC)** enshrines children's right to express and have their views heard in all matters that affect their lives.

Article 12, UNCRC

1. States Parties shall assure to the child who is capable of forming his or her own views the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child.
2. For this purpose, the child shall in particular be provided the opportunity to be heard in any judicial and administrative proceedings affecting the child, either directly, or through a representative or an appropriate body, in a manner consistent with the procedural rules of national law.

The **aim of the study** was to map the existing situation in terms of child participation and to identify enablers and barriers to full implementation of Article 12 UNCRC by providing a comprehensive overview of the legal and policy framework for child participation in the 27 EU Member States and Croatia.

Methods: Analysis of key national policy and legislative documents
Interviews with 19 key stakeholders

The Austrian situation

The Austrian situation is characterized by inconsistencies: in international comparison, children have comprehensive participation rights in some areas (e.g. political or educational system), while others like asylum/immigration or health remain neglected.

Austria signed the UNCRC in 1990 and adopted a reservation as to its execution, regulating that the UNCRC is not directly applicable at court but implemented in separate laws.

Due to the Austrian decentralized state structure, the federal government is only responsible for enacting basic legal regulations, while legislation on implementation and enforcement remains with the nine Austrian provinces. This results in divergent standards (e.g. age limits, definitions of terms). Areas under the competence of the provinces or communities include, for instance, general child and youth welfare/protection, social assistance, housing and compulsory education.

Sector	National, local and regional politics	Justice	Recreation and culture	Asylum and immigration
Examples	- Austria is unique among industrialized countries in giving citizens the right to vote already at the age of 16 (<i>Act amending the Austrian Electoral Law 2007</i>). - Some rights, including the right to participation, were elevated to constitutional status (<i>Federal Constitutional Act on the Rights of the Child 2011</i>). - The Austrian National Youth Council is the political representative body of young people, empowered to have a say in all political decisions (<i>Federal Youth Representation Act 2001</i>). - The Child and Youth Parliaments introduce pupils to parliamentary work.	- The children's counsellor in custody proceedings enables children to have a say in proceedings on custody and contact rights. (S)he acts as a 'mouthpiece' and communicates the child's position in court (<i>Children's Counsellors Act 2009, Parent and Child Relation and Naming Rights Amendment Act 2013</i>). - The Victim Assistance Service gives victims of violence or sexual abuse the right to get psychological and judicial accompaniment free of charge. It aims at informing children about their rights promptly, adequately and in a child-friendly manner. Contact rights are regulated as rights of the child: children have the right to demand or to refuse contact with their parent once they are 14 years old.	Various established and well-known activities such as: - Children's universities - Playground initiatives - Children and youth's theatre projects - Pupil's radio - Dedicated space to children in newspapers - Free admission to some museums and public libraries (dependent on communities/provinces)	- Asylum-seeking children, unaccompanied minors and children with asylum-seeking parents experience limited possibilities of participation (e.g. questions of placement and accommodation, information on proceedings). Age limits: in alien law proceedings, children are considered as having full legal capacity already at the age of 16, which is not in line with the UNCRC. Allocation of a legal guardian (usually welfare authorities) is mandatory for unaccompanied minors immediately upon arrival. Legal guardians shall ensure provision of information and children's participation in all regards.
Barriers	- Difficult to reach young people after compulsory education - Difficult to reach children from underprivileged social backgrounds - Limited resources - Limited enshrinement of children's rights at a constitutional level (incomplete consideration of rights protected under the UNCRC; general reservation).	- No enforceable right to consult a children's counsellor - Age restrictions: children's counsellor only up to 14 years (not consistent with UNCRC provisions) - Geographical restrictions: huge differences in availability and implementation of measures - Lack of time and resources - Reservation as to the child's best interest (assessed by adults)	- Considerable geographical diversity of measures - Difficult to reach children on the countryside - Difficult to reach children from socio-economically disadvantaged families - Many projects are private sector driven (e.g. entertainment industry, marketing, product testing) - Participation is often conceptualized in the sense of consumption.	- Long retardation in admission of guardianship - Insufficient or inadequate information regarding asylum and foreign law proceedings - Lack of participation with regard to placement - Considerable language barriers - Remarkable differences on a regional level - Residence in initial reception centers is often much longer than foreseen by the law.

Funding

The study 'Evaluation of the legislation, policy and practice on child participation in the EU' was funded by the European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers

Contact

ulrike.zartler@univie.ac.at

Kognitive Beeinträchtigungen bei älteren PatientInnen im Akutkrankenhaus - Eine multizentrische Prävalenzstudie

Hanna Mayer, Martin Wallner, Eva Faul, Martina Koller | Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien

hanna.mayer@univie.ac.at | www.univie.ac.at/pflegewissenschaft

HINTERGRUND

Der demographische Wandel führt zu einer steten Zunahme stationär betreuter PatientInnen in fortgeschrittenem Alter. Parallel zu dieser Entwicklung steigt die Anzahl kognitiv beeinträchtigter bzw. demenziell erkrankter Personen ab dem 65. Lebensjahr rapide an. Im Rahmen einer Krankenhausaufnahme kann dies signifikante Risiken für die Betroffenen sowie Herausforderungen für das Gesundheitspersonal darstellen. Aufgrund der bestehenden Datenlage kann für Österreich aktuell keine verlässliche Aussage über die Größe des betroffenen Patientenkollektivs getroffen werden. Das Ziel dieser Prävalenzerhebung bestand in der Schaffung einer ersten Datenbasis hinsichtlich kognitiver Beeinträchtigungen (CI) bei PatientInnen im Akutkrankenhaus ab dem 65. Lebensjahr.

METHODE

Studiendesign

Die Studie liegt ein multizentrisches Querschnittsdesign mit Erhebung der Punktprävalenz zugrunde. In 5 Wiener Akutkrankenhäusern wurden in einem Zeitraum von drei Wochen (2014) von neu aufgenommenen PatientInnen ab dem 65. Lebensjahr strukturelle und demographische Daten erhoben. Zustimmungsfähige PatientInnen wurden anschließend mittels Mini-Cog gescreent.

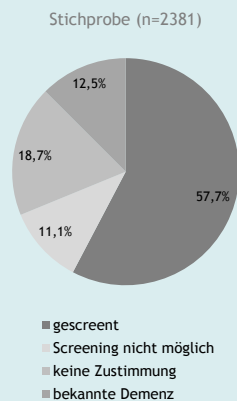
Messinstrument

Zur Datenerhebung kam der Mini-Cog (3-Wörter-Uhrentest) zum Einsatz, eine Kombination aus 3-Wörter-Gedächtnis- und Uhrentest (CDT). Die CDTs wurden von 2 Ratern unabhängig voneinander beurteilt, mit hoher Interrater-Reliabilität ($\kappa=0,839$; $p<0,001$). 2 Punkte wurden für korrekt gezeichnete Uhren, 0 Punkte für fehlerhafte Uhren vergeben. Für jedes richtig wiederholte Wort wurde 1 Punkt vergeben. Die Gesamtpunktzahl erstreckt sich von 0-5, wobei Werte unter 3 Hinweise auf das Vorhandensein kognitiver Beeinträchtigungen geben.

Stichprobe

Die Stichprobengröße auf Basis eines 95%-Konfidenzintervalls berechnet. Dies ergab bei einer Schwankungsbreite von maximal 4% ($\pm 2\%$) eine Mindeststichprobengröße von 2.382 Personen, um ein ausreichendes Datenvolumen für Korrelations- und Vergleichsanalysen sowie die Repräsentativität betreffend der Grundgesamtheit zu gewährleisten.

Es wurden Daten von 2.381 PatientInnen 65+ erhoben: 12,5% hatten eine bestehende Demenzdiagnose ($n=282$); 11,1% waren aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Teilnahme in der Lage ($n=219$), wobei Sprachbarrieren und Sinnesbeeinträchtigungen die häufigsten Hinderungsgründe darstellten. 18,7% stimmten der Teilnahme nicht zu ($n=439$). Insgesamt nahmen $n=1376$ am Screening teil (57,7%). Die gescreenten PatientInnen waren zwischen 65-100 Jahren alt (MW 76,8, MED 75,0). Ein Drittel (32,2%) war 81 Jahre oder älter. 53,3% waren weiblich.



ERGEBNISSE

Mini-Cog Scores, Häufigkeiten

Mini-Cog Score	n	%
0	100	7.3
1	222	16.1
2	400	29.1
3	477	34.7
4	73	5.3
5	104	7.6
Gesamt	1376	100.0

52.5%

probably impaired

probably not impaired

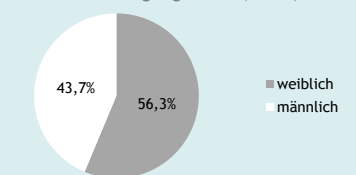
Innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme zeigten 52.5% (95% CI = 49.9 - 55.1%) der PatientInnen über 65 Jahre ($n=1376$) Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen. Der Anteilswert ist allen Krankenhäusern annähernd gleich (51.1 - 53.6%), unabhängig von der Größe des jeweiligen Subsamples ($n=28-486$).

Die Prävalenz nimmt mit steigendem Alter signifikant zu ($r=-0,228$; $p<0,001$): Mehr als ein Drittel (38,4%) der PatientInnen zwischen 65-70 Jahren und nahezu ein Viertel (22,8%) der PatientInnen über 85 Jahre zeigten Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen.

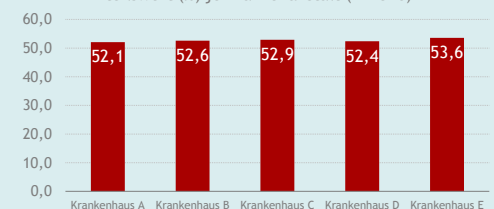
Die Prävalenz ist bei Frauen signifikant höher ($p<0,05$): 55,5% der weiblichen PatientInnen und 49,2% der männlichen PatientInnen zeigten Hinweise auf kognitive Beeinträchtigungen. Frauen machten 56,3% aller positiven Screenings aus.

Während der Anteil von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf Medizinischen (52,5%) und Chirurgischen Abteilungen (54,2%) die Gesamtprävalenz widerspiegelt, zeigen sich bei anderen Abteilungen deutlich höhere bzw. niedrigere Anteilswerte. Die höchsten Anteilswerte sind auf Neurologischen (74,5%), Unfall- (64,1%) und Dermatologischen Abteilungen (62,5%) zu verzeichnen. Auf Urologischen Abteilungen wurde mit 42,1% einer der niedrigsten Anteilswerte beobachtet.

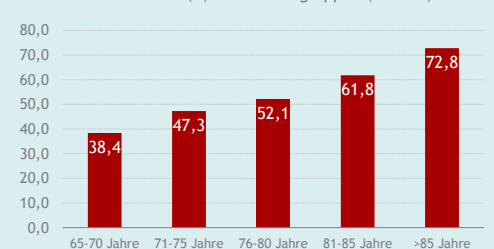
Positive Mini-Cog-Ergebnisse ($n=722$)



Anteilswert (%) je Krankenhaus ($n=1376$)



Anteilswert (%) nach Altersgruppen ($n=1376$)



SCHLUSSFOLGERUNG

Innerhalb von 48 Stunden nach der Aufnahme ins Akutkrankenhaus zeigt sich eine hohe Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen bei PatientInnen ab dem 65. Lebensjahr. Das Wissen um das Vorhandensein kognitiver Beeinträchtigungen (wenn auch nur temporär) ist zentral für die Planung der Pflege: gerade während der ersten Stunden nach der Aufnahme werden oft die Weichen für den weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthalts gestellt. Die Strukturierung des Phänomens stellt somit einen ersten Schritt zur Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungskonzepte dar und bietet EntscheidungsträgerInnen eine Grundlage für die Einschätzung des Versorgungs- und Betreuungsbedarfs sowie der notwendigen Ressourcen.

Der Mini-Cog ist ein Screening Instrument; ein positives Screening-Ergebnis muss jedoch nicht zwingend mit einer bereits im Vorhinein bestehenden kognitiven Beeinträchtigung in Verbindung stehen. In diesem Zusammenhang ist ein ethisch sensibler Umgang erforderlich.



Repetitive periphere Muskelstimulation (RPMS) versus Beckenbodentraining (Bebo)

Evaluation und Vergleich zweier etablierter Methoden im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Kontinenzproblemen unter besonderer Berücksichtigung des Langzeitpflegebereichs

Sabine Schrank, Laura Kinsperger, Martina Mitterer, Martina Koller, Hanna Mayer (Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien)

Kontakt: sabine.schrank@univie.ac.at



Hintergrund & Forschungsfragen

In österreichischen Pflegeheimen liegt die Prävalenz der Harninkontinenz bei 80,4 %. Bei der Inkontinenzversorgung kommen vornehmlich absorbierende Hilfsmittel (73,1 %) und kaum kontinenzfördernde Maßnahmen zum Einsatz (Füsgen 2005; Nussbaumer & Lohrmann 2011). In dieser Studie wurden die RPMS-Therapie am QRS-Pelvi Center-Sessel (Therapie mittels Magnetstimulation) und das Bebo-Training zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur verglichen.

Forschungsfragen:

- Wie wirkt sich RPMS auf den Schweregrad der Harninkontinenz bei älteren Menschen im Vergleich zu herkömmlichen Therapien wie dem Bebo-Training aus?
- Wie werden die Behandlungen von den älteren Menschen wahrgenommen?
- Welche Vor- und Nachteile ergeben sich auf subjektiver Ebene dadurch?



RPMS

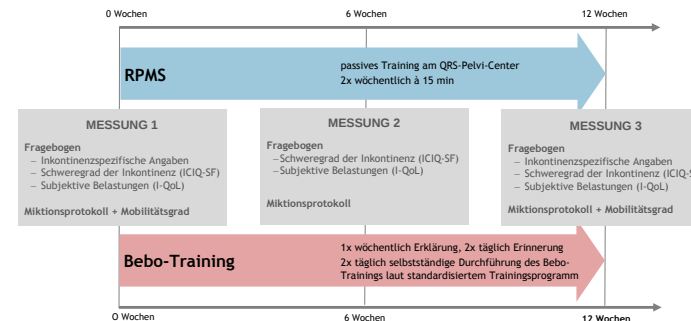
VS.

Bebo-Training



Methodik

Es wurde ein nicht-äquivalentes Zwei-Gruppen-Design gewählt, bei dem die Gruppeneinteilung auf Ebene der Pflegeheime stattfand. (9 Häuser QRS-Pelvi Center™, 13 Häuser Bebo-Training). Einschlusskriterien waren Volljährigkeit, bestehende Harninkontinenz, keine kognitiven Einschränkungen (Mini Mental Status ≥ 25) und die freiwillige Teilnahme. Für die RPMS-Therapie kamen darüber hinaus nur ProbandInnen in Frage, bei denen eine Behandlung nicht kontraindiziert war (z.B.: metallische Implantate). Die Studie wurde bei der Ethikkommission des Landes Salzburg eingereicht und erhielt ein positives Votum.



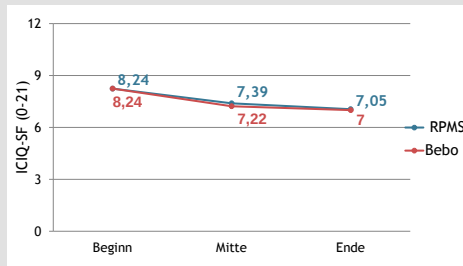
Stichprobe

Für die RPMS-Therapie konnten 73 BewohnerInnen rekrutiert werden, wovon 53 alle Messzeitpunkte absolvierten. 39 Personen nahmen am Bebo-Training teil, davon führten 29 die Therapie über die gesamte Dauer durch.

	RPMS (n=73)	Bebo-Training (n=39)
Geschlecht	m=14 w=59	m=2 w=37
Alter (Mittelwert)	80,7 Jahre (SD=9,9)	83,9 Jahre (SD=7,5)
Häufigste Form der Inkontinenz	37 % Mischinkontinenz (n=27)	47 % Belastungsinkontinenz (n=27)

Ergebnisse

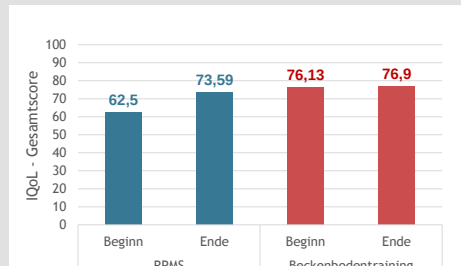
Schweregrad der Harninkontinenz



Der durchschnittliche Schweregrad der Harninkontinenz reduziert sich in beiden Gruppen, jedoch zu keinem Zeitpunkt signifikant ($p=0,588$).

- ICIQ in beiden Gruppen zu Beginn der Therapie bei 8,24 - was einen Vergleich der beiden Therapien gut ermöglicht. Der Ausgangswert entspricht einem relativ geringen Wert auf der ICIQ-Skala (0-21)
- Reduktion des ICIQ in den ersten 6 Wochen stärker als in den zweiten 6 Wochen

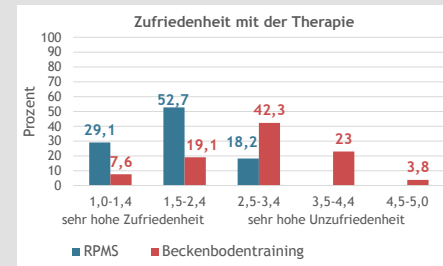
Inkontinenz-assoziierte Lebensqualität



Die durchschnittliche Lebensqualität ist zu Beginn der Therapie bei den Bebo-ProbandInnen signifikant höher als bei den RPMS-ProbandInnen ($p=0,030$).

- RPMS: signifikante Steigerung der Lebensqualität vom Beginn bis zum Ende der Therapie im Durchschnitt um 6,12 % ($p=0,008$)
- Bebo-Training: geringfügige Steigerung der mittleren Lebensqualität um 0,40% ($p=0,306$), da diese Gruppe bereits zu Beginn der Therapie eine hohe Lebensqualität aufweist

Subjektives Empfinden der Therapie



RPMS-Gruppe ist signifikant zufriedener mit der Therapie als Bebo-Gruppe: MW= 1,93 vs. 2,94 ($p=0,000$).

- RPMS: Verbesserung der Harninkontinenz-Symptomatik, deutliche Reduktion des Harndrangs, Steigerung des individuellen Wohlbefindens
- Bebo-Training: selbstständige Durchführung schwierig, mittelmäßiger Therapieerfolg, Benefit durch zusätzliche Zuwendung von Pflegepersonen

Schlussfolgerungen

- Mit beiden Therapieformen kann der Schweregrad der Harninkontinenz grundsätzlich gesenkt werden, durch relativ geringen Ausgangswert aber nur in Tendenzen sichtbar.
- Bebo-Training, in konsequenter und gut angeleiteter Form durchgeführt, zeigt ähnliche Effekte wie technikerunterstützte Therapieformen.
- Generell zeigt sich jedoch, dass Bebo-Training nur für einen geringen Teil der BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen geeignet ist, während RPMS-Training neben bewegungseingeschränkten auch für kognitiv eingeschränkte Personen in Frage käme und angewendet werden könnte. Damit wird einem wesentlich größeren Teil älterer Menschen Zugang zu geeigneter und wirkungsvoller Inkontinenztherapie ermöglicht.

Literatur:
Füsgen, I. (2005). Harninkontinenz im Alter - State of the Art. Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie, 38, Supplement 1, 1/4 - 1/9.
Nussbaumer, B. & Lohrmann, C. (2011). Prävalenz der Inkontinenz und Pflegemaßnahmen. Pro Care, 10 - 13.

Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien
Alser Straße 23/12, 1080 Wien
www.univie.ac.at/pflegewissenschaft

Fördergeber:
Seneca Kliniken und Heimbetriebs GmbH



Symptom-Distress und psychosoziale Ressourcen von onkologischen PatientInnen

im Rahmen einer chemo- oder strahlentherapeutischen Behandlung - Eine Prävalenzstudie

Sabine Köck-Hódi, Martina Koller, Sonja Schneeweiss, Christine Nemeth, Silvia Raphaelis, Hanna Mayer

Kontakt: hanna.mayer@univie.ac.at

KrebspatientInnen sehen sich im Zuge einer chemo- oder strahlentherapeutischen Behandlung mit einer Vielzahl an therapieassoziierten Belastungen konfrontiert. Persönliche Erwartungshaltungen, Einstellungen und Sichtweisen, welche die PatientInnen im Laufe ihres Lebens bzw. Krankheitsverlauf gewonnen haben sowie soziale Lebensumstände nehmen hier einen entscheidenden Einfluss. Ergänzt man die Betrachtung der Symptombelastung mit dieser ressourcenorientierten Perspektive, können nicht nur individuelle Stärken, sondern auch Defizite und Entwicklungspotentiale aufgezeigt werden. Für die Gewährleistung eines adäquaten Symptommanagements bedarf es demnach an Wissen über die Ausprägung des Symptom-Distress selbst, den Einfluss psychosozialer Ressourcen sowie dem Ausmaß des Unterstützungsbedarfes.

Forschungsfragen

- 1) Wie hoch ist der Grad an Symptom-Distress und welchen Einfluss hat dieser auf die Lebensqualität von KrebspatientInnen mit chemo- oder strahlentherapeutischer Behandlung?
- 2) Welche Rolle spielen dabei Resilienz, genereller bzw. behandlungszentrierter Optimismus, sozialer Support sowie soziodemografische und medizinische Faktoren?
- 3) Welche Form der Unterstützung erhält bzw. wünscht sich diese PatientInnengruppe im Rahmen Ihrer Behandlung?

Datenerhebung

Methode: Punktprevalenzerhebung

Erhebungsort- und -zeitraum: AKH Wien, Mai 2014

Messinstrumente:

- Rotterdam Symptom Checklist (Symptom-Belastung und Lebensqualität)
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Verfügbarkeit sozialer Unterstützung)
- Life Orientation Test Revised (grundsätzlicher Optimismus)
- Treatment-Specific Optimism Scale (therapiebezogener Optimismus)
- Connor-Davidson Resilience Scale (Resilienz)
- Supportive Care Needs Survey (Unterstützungsbedarf)

Stichprobenbeschreibung

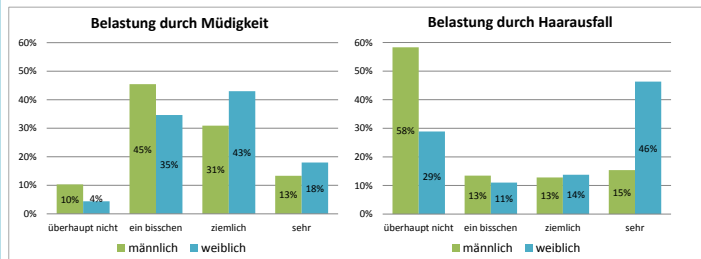
402 PatientInnen

- 58% Frauen, 42% Männer
- 19-88 Jahre (MW = 58, MED = 61)
- 2/3 verheiratet/ in Partnerschaft lebend, 20% alleinlebend
- 57% pensioniert, 30% im Krankenstand/ nicht erwerbstätig, 13% erwerbstätig, 9% vollzeitbeschäftigt
- 98% Chemotherapie, 27% Strahlentherapie, davon 24% eine Kombination
- 71% mit invasivem Tumorgeschehen (Metastasen/ Lymphknotenbefall/ Rezidiv)

Symptom-Distress und Unterstützungsbedarf

Körperlich am meist belastende Symptome: Fatigue (Müdigkeit/ Energiemangel), Haarausfall, veränderter Geschmacksinn, vermindertes sexuelles Verlangen, periphere Neuropathie. **Psychisch** am meisten belastende Symptome: Sorgen, Niedergeschlagenheit und Zukunftsangst

Einschätzung der **Lebensqualität**: 38% sehr gut – gut, 42% durchschnittlich, 19% eher schlecht – sehr schlecht. Je stärker die Symptombelastung, umso schlechter die Lebensqualität ($\rho > 0,6$, $p < 0,01$). Am stärksten eingeschränkt wird diese durch die Symptome Fatigue, Niedergeschlagenheit, Übelkeit und Angstgefühl ($\rho > 0,4$, $p < 0,01$).



Geschlechtsunterschied: Frauen weisen eine signifikant höhere Symptom-Belastung sowie schlechtere Lebensqualität auf als Männer. Am Beispiel der Symptome Müdigkeit und Haarausfall zeigen sich durch die Müdigkeit nur 44% der Männer im Gegensatz zu 61% der Frauen als ziemlich oder sehr belastet. Am stärksten ausgeprägt ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei dem Symptom Haarausfall.

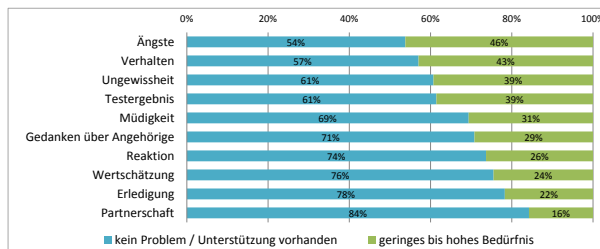
Lokalisation des Tumors: Am meisten körperlich belastet sind PatientInnen mit Brustkrebs bzw. bösartigen Tumoren der weiblichen bzw. männlichen Genitalorgane. Die psychische Belastung ist bei PatientInnen mit bösartigen Neubildungen des Gehirns, der männlichen Genitalorgane und der Lippe, Mundhöhle bzw. des Pharynx am stärksten ausgeprägt.

Weitere einflussnehmende Faktoren: Alter, Kinder bzw. weitere Person im Haushalt, Werkstätigkeit und Schulabschluss.

Unterstützungsbedarf: Je stärker die Belastung, umso höher der Unterstützungsbedarf ($r = 0,5$; $p < 0,01$), vor allem bei Ängsten, dem Umgang mit der Erkrankung bzw. den Testergebnissen, bei Ungewissheit und Müdigkeit.

Ein starker Zusammenhang zeigt sich u.a. bei den psychischen Symptomen Zukunftsangst und Sorgen bzw. den körperlichen Symptomen Müdigkeit und Schwindelgefühl ($\rho > 0,3$, $p < 0,01$).

Je schlechter die Lebensqualität eingeschätzt wird, desto mehr Bedarf an Unterstützung wird angegeben ($r = 0,4$, $p < 0,01$).



Psychosoziale Ressourcen

Alle Befragten zeigen tendenziell relativ hohe **Resilienz**werte (Skala 0-40, MW 29,3, SW 6,9). Es besteht keine signifikante Beeinflussung durch soziale oder medizinische Faktoren, jedoch hat die **soziale Unterstützung**, welche ebenfalls bei allen Befragten sehr ausgeprägt ist, auch einen positiven Einfluss auf die Widerstandsfähigkeit ($r = 0,2$, $p < 0,01$).

Index körperliche Belastung (23=niedrigste, 92=höchste Belastung)	N	MW	MED	SW
Überdurchschnittliche Resilienz (Index >29)	183	40,7	39	10,5
Unterdurchschnittliche Resilienz (Index <29)	144	44,2	44	9,0
Index psychische Belastung (7=niedrigste, 28=höchste Belastung)	N	MW	MED	SW
Überdurchschnittliche Resilienz (Index >29)	183	11,5	11	3,9
Unterdurchschnittliche Resilienz (Index <29)	144	15,4	15	4,4
Index Aktivitäten (8=große Einschränkung, 32=keine Einschränkung)	N	MW	MED	SW
Überdurchschnittliche Resilienz (Index >29)	183	27,3	29	5,9
Unterdurchschnittliche Resilienz (Index <29)	144	25,2	27	5,9
Lebensqualität (1=sehr gut, 7=sehr schlecht)	N	MW	MED	SW
Überdurchschnittliche Resilienz (Index >29)	183	2,8	3	1,3
Unterdurchschnittliche Resilienz (Index <29)	144	3,6	3	1,3

Unterscheidet man den durchschnittlichen Resilienzindex (29) zwischen einer Gruppe mit unter- bzw. überdurchschnittlicher Resilienz, zeigen diejenigen mit höherer Widerstandsfähigkeit eine signifikant geringere Symptom-Belastung, fühlen sich in ihrem Alltag weniger eingeschränkt und empfinden eine höhere Lebensqualität.

Es zeigt sich ein starker Zusammenhang des **generellen wie behandlungsspezifischen Optimismus** mit der sozialen Unterstützung ($r = 0,4$, $p < 0,01$) sowie der Resilienz ($r = 0,3$, $p < 0,01$). Je stärker die Ausprägung der positiven Erwartungshaltung gegenüber der Behandlung, umso niedriger psychische wie körperliche Belastung ($r < -0,2$, $p < 0,01$) und, umso höher die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewerkstelligen ($r = 0,3$, $p < 0,01$). Beide Optimismusformen weisen einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität auf ($\rho > 0,2$, $p < 0,01$).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Nicht nur medizinische Indikatoren, wie Tumorwachstum oder die objektive Verlängerung der Lebenszeit, sondern auch symptominduzierte Belastungen, das Vorhandensein psychosozialer Ressourcen sowie der Einfluss einer Therapie auf die Lebensqualität der Betroffenen sollten in den Kontext einer Behandlungsentscheidung und -begleitung gestellt werden. Es bedarf an intensiver Auseinandersetzung mit den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie therapiebegleitender, unterstützender Maßnahmen, im Sinne eines interdisziplinären und individualisierten Symptom-Managements, beispielsweise durch:

- Regelmäßige, standardisierte Assessments der Symptom-Belastung (bzw. von speziell belastenden Symptomen), Lebensqualität und psychosozialen Ressourcen.
- Einsatz international entwickelter und getesteter Symptom-Management Ansätze (z.B. Beratungsprogramme) unter Einbezug sozialer Merkmale sowie psychosozialer Ressourcen.
- Schulungen und Weiterbildungen in der onkologischen Pflege mit entsprechender Schwerpunktsetzung.





Typologie des Erlebens

Zentrale Phänomene des Erlebens von Menschen mit fortgeschrittenem Darmkrebs

Hanna Mayer, Christiane Wollank, Johanna Breuer, Sabine Köck-Hódi

Kontaktadresse: hanna.mayer@univie.ac.at

HINTERGRUND Die Versorgung von an Darmkrebs erkrankten Menschen erweist sich durch die besondere Einschränkung ihrer Lebensqualität, die besonderen Barrieren für ein gezieltes Symptommanagement (u. a. in Hinblick auf Informationsbedürfnis und -verarbeitung), sowie das hohe Ausmaß an Subjektivität des Erlebens, als besondere Herausforderung für die Pflege.

ZIEL Beleuchtung der Erlebenswelt von PatientInnen mit fortgeschrittenem Kolorektalkarzinom in Bezug auf Symptome und Belastungen sowie Herausarbeitung relevanter Phänomene und Muster, um Grundlagenwissen für ein bedürfnisgerechtes Symptommanagement zu generieren.

METHODE Sekundäranalyse von 13 qualitativen Interviews (7 Männer und 6 Frauen; 44 - 82 Jahren), die im Rahmen eines Projekts zum Symptomerleben geführt wurden. Zur Datenauswertung wurde auf die thematische Inhaltsanalyse und auf die Typenbildung in Anlehnung auf das Stufenmodell von Kelle und Kluge (2010) zurückgegriffen.

ERGEBNISSE – 1) Logik der Typologie

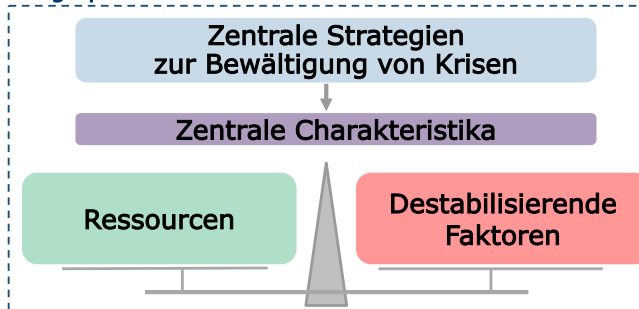
Zentrale Strategien zur Bewältigung von Krisen:

- Genereller Umgang mit Krisen.
- Starke Prägung durch Biographie.

Zentrale Charakteristika:

- Situations-/ krankheitsspezifische Eigenschaften zu welchen ein zentrales Ziel und ein situationsspezifisches Verhalten zählen.
- Dabei wird das zentrale Ziel verfolgt, mit der Krankheits- und Therapiesituation umgehen zu können. Das situationsspezifische Verhalten wird zusätzlich durch das Ausmaß der Eigeninitiative ausgedrückt.
- Die zentrale Charakteristik prägt den Umgang mit potentiellen Ressourcen und destabilisierenden Faktoren.

Biographie



Ressourcen und destabilisierende Faktoren stehen sich wie Waagschalen einer Waage gegenüber:

Die potentiellen Ressourcen sind in unterschiedlichem Ausmaß für den jeweiligen Typus wichtig und beinhalten:

- Wissen (Fach-, Fremd- & Selbsterfahrungswissen)
- Hoffnung
- Optimismus
- soziale Unterstützung
- interne Kontrolle über Krankheit & Therapie
- Erfahrungen und Grundhaltung

Zu den destabilisierenden Faktoren zählen:

- Sorgen
- Ängste
- Unsicherheit

ERGEBNISSE – 2) Typologie

„Der Festhaltende“

- **Zentrale Strategien:** Durchtauchen, Verdrängen und Ignorieren werden in allgemeinen Krisen angewandt, um das ursprüngliche Leben wieder zurückzugewinnen.
- **Zentrale Charakteristika** „Beibehalten der Alltagsroutine und ein passives Verhalten“: Er versucht die Krankheit zu verdrängen und zeigt nur bedingt Eigeninitiative, um seine Alltagsroutine möglichst beibehalten zu können.
- **Zentrale Ressource** ist die soziale Unterstützung, aber auch Erfahrungen, seine Grundhaltung, sowie Hoffnung. Weniger zentral sind das Wissen (nur bedingt wichtig, um seine Alltagsroutine beizubehalten) und die interne Kontrolle (wird an Angehörige übergeben).
- Verdrängt die **destabilisierenden Faktoren**.

„Der Aktiv-Kooperierende“

- **Zentrale Strategien:** Realistisches Einschätzen, Integrieren und (vorübergehendes) Aufschieben von Lebenszielen zugunsten der Krise.
- **Zentrale Charakteristika** „Überleben und Verhalten einer aktiven Kooperation mit durchschnittlicher Eigeninitiative“: Wichtig ist die Krise realistisch und objektiv einzuschätzen, um rechtfertigen zu können, dass diese in den Lebensmittelpunkt gerückt wird.
- **Zentrale Ressource** ist die Hoffnung. Andere Ressourcen sind ebenfalls wichtig, aber nicht so vordergründig.
- **Destabilisierende Faktoren** sind sehr präsent, stehen stark im Zusammenhang mit der Hoffnung und begründen, inwieweit es sinnvoll ist, das zentrale Ziel weiterhin zu verfolgen.

„Der Kämpfende“

- **Zentrale Strategien:** Sinn sehen, indem trotz Krise immer auch etwas Positives und das Leben Bereicherndes gesehen wird. Dabei zeigt er eine kritisch reflektierende Auseinandersetzung mit Krisen, um das Leben autonom zu bestimmen und trotzdem Lebensziele zu verwirklichen.
- **Zentrale Charakteristika** „Leben & Selbstbestimmung“: Aktives Kämpfen mit hoher Eigeninitiative stehen im Mittelpunkt.
- **Zentrale Ressource** ist die interne Kontrolle über Krankheit und Therapie. Ebenfalls wichtige Ressourcen stellen Wissen, Hoffnung und Optimismus dar.
- **Destabilisierende Faktoren** werden reflektiert, um Kontrolle über die Situation zu haben. Daher kann mit diesen gut umgegangen werden.

SCHLUSSFOLGERUNG | EMPFEHLUNGEN Obwohl in der klinischen Praxis Vorsicht mit der Kategorisierung von „Typen“ geboten ist, können diese in vielerlei Hinsicht hilfreich sein:

- Um Verallgemeinerungen zu vermeiden (in der Krankheitserfahrung und Bewältigung)
- Um Zusammenhänge zu Verhalten, Wahrnehmungen, Strategien und Bedürfnissen eines Betroffenen zu verstehen
- Um gezielte Maßnahmen und eine bedürfnisgerechte, individuelle Beratung zur Stärkung des Selbstmanagements zu schaffen.



Hintergrund & Methoden

Die Integration älterer Menschen in eine Gesellschaft, in der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) eine wichtige Rolle spielen, stellt eine zentrale Herausforderung der heutigen Zeit dar. Die geringe IKT-Nutzung von Personen über 50 Jahren resultiert in einem „Digital Divide“ (Zillien & Marr, 2013), der soziale Ungleichheiten zwischen Altersgruppen und Ländern verschärft (Abb.1.).

Das europäische GRUNDTVIG-Projekt „Ubiquitous Information for Senior's Life“ (UISEL) zielt darauf ab, die individuelle Handlungsfähigkeit älterer Menschen durch die Nutzung neuer Technologien zu stärken. Dazu werden die Ergebnisse von insgesamt 36 teilstrukturierten Interviews aus allen europäischen Partnerländern (Österreich, Tschechische Republik, Italien, Portugal, Rumänien, Slowakei, Spanien) in ein pädagogisches Modell integriert, das die Basis für die Durchführung von Tablet-Kursen für SeniorInnen bildet.



Abb.1.: Anteil von Personen, die das Internet noch nie benutzt haben (Quelle: Eurostat, 2011).

Pädagogisches Modell

Die steigende Heterogenität älterer Menschen verlangt nach einem flexiblen Zugang, der sowohl thematisch als auch pädagogisch auf unterschiedliche Biographien und soziale Ressourcen der Lernenden reagieren kann.

Der UISEL-Kurs beinhaltet in einer flexiblen modularen Struktur sechs Themenkomplexe: Basiskompetenzen, e-Health, e-Entertainment, e-Banking, e-Information und e-Interaktion. Neben der formalen Lernumgebung im Kurs werden auch Peer-Lernen und selbstorganisiertes Lernen zu Hause berücksichtigt. Als übergreifendes Medium wurden zwei Apps entwickelt, die im Kurs und zu Hause eingesetzt werden können (Abb.2.).



Abb.2.: UISEL e-Learning Apps.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die Technikeinstellung der Teilnehmenden während dem Kurs teilweise verbessert hat. So geben nach der Teilnahme am Kurs weniger Personen an, keine Kontrolle über technische Geräte zu haben oder, dass der Umgang mit neuer Technik für sie schwierig ist. Auch der Anteil derer, die neugierig auf neue technische Geräte sind, ist zwischen den Befragungen vor und nach dem Kurs gestiegen (Abb. 6). Weniger deutliche Effekte zeigen sich bei dem Gefühl, Probleme mit technischen Geräten selbst lösen zu können, oder der Sorge, technische Geräte schnell kaputt zu machen.

Implementierung



Abb.3.: UISEL-Kurs TeilnehmerInnen.

In Österreich wurden im Zeitraum von Mai bis Juli 2015 vier Kurse von drei kooperierenden SeniorInnen- und Bildungsorganisationen in Wien und Graz durchgeführt. Mit Hilfe von insgesamt sechs TrainerInnen konnten so 34 SeniorInnen erreicht werden. Thematisch wurden die Module an die Kompetenzen und Interessen der Teilnehmenden angepasst und innerhalb von einer bis 17 Einheiten unterrichtet.

Die verwendeten Tablets wurden vom UISEL-Projekt zur Verfügung gestellt (Abb. 3 und 4). Die Kurse wurden mit Hilfe eines quantitativen Fragebogens für TeilnehmerInnen und TrainerInnen sowie eines qualitativen Evaluationsgesprächs mit den TrainerInnen evaluiert.

Von den insgesamt 34 TeilnehmerInnen waren 12% Männer und 88% Frauen. Die Teilnehmenden waren zwischen 45 und 78 Jahre alt (Durchschnittsalter: 65 Jahre) und teilweise gesundheitlich leicht eingeschränkt: 39% gaben Probleme mit ihrem Sehvermögen an, 3% hatten Probleme mit dem Aufheben von kleinen Dingen mit den Fingern. Über die Hälfte der Teilnehmenden gab einen Lehrabschluss oder BMS ohne Matura als höchsten Schulabschluss an (59%), 9% gaben maximal einen Pflichtschulabschluss an. Ein Drittel der Befragten hatte eine höhere Schule mit Matura oder eine tertiäre Ausbildung absolviert (32%). Erreicht wurden überdurchschnittlich gebildete, aber auch technikaffine Ältere: Alle Teilnehmenden hatten bereits Erfahrung mit technischen Geräten und nutzten diese auch regelmäßig. Die am Häufigsten genutzten Geräte waren Laptops und Notebooks, gefolgt vom Mobiltelefonen (Abb. 5).



Abb. 5.: Regelmäßig (mind. 1x/Woche) genutzte technische Geräte der Teilnehmenden der UISEL-Kurse (n=34).



Abb.4.: UISEL-Kurs TeilnehmerInnen.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich die Technikeinstellung der Teilnehmenden während dem Kurs teilweise verbessert hat. So geben nach der Teilnahme am Kurs weniger Personen an, keine Kontrolle über technische Geräte zu haben oder, dass der Umgang mit neuer Technik für sie schwierig ist. Auch der Anteil derer, die neugierig auf neue technische Geräte sind, ist zwischen den Befragungen vor und nach dem Kurs gestiegen (Abb. 6). Weniger deutliche Effekte zeigen sich bei dem Gefühl, Probleme mit technischen Geräten selbst lösen zu können, oder der Sorge, technische Geräte schnell kaputt zu machen.

Mehr als 90% der Teilnehmenden gaben an, ein Tablet auch nach dem Kurs weiterhin nutzen zu wollen. Die UISEL-Unterlagen und das Peer-Learning wurden von fast allen Teilnehmenden als sehr hilfreich bewertet, für 95% konnte die Gruppe bei Problemen im Kurs weiterhelfen. Auch die flexible Gestaltung des Kursformats und der Inhalte wurden positiv bewertet: 96% der Teilnehmenden hatten das Gefühl, ihre Erfahrungen und Interessen im Kurs einbringen zu können. Die selbstorganisierten Lerneinheiten zu Hause entsprachen dagegen weniger den Lernpräferenzen der teilnehmenden SeniorInnen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass noch viel grundsätzlicher an den Tablet-Kompetenzen angesetzt werden muss: Ein Drittel fühlte sich im Kurs überfordert und auch in den qualitativen Evaluations-Interviews wurde die Notwendigkeit eines umfassenden Basismoduls betont.

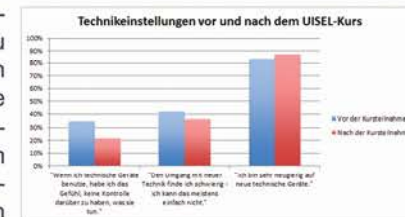


Abb.6.: Technische Einstellungen der Teilnehmenden vor und nach dem Kurs (Stimme zu & Stimme eher zu) (n=24).

Background and Methods

Today, European societies are facing an aging workforce. This requires more age-friendly workplaces. The 3-year project „Optimizing the Workplace of ELderly Laborers: BE IN Good health!“ (wellbeing), funded by the European Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL 2013-6-063), aims to create age-friendly workplaces for white-collar older employees (50+ years) in the service sector by developing a technological system. The wellbeing system contains four modules: workplace ergonomics, nutritional balance, physical training and stress management. On the basis of the results of a user-oriented

requirement analysis the poster aims to investigate if there is need for and acceptance of the wellbeing software among respondents in Austria, Germany, the Netherlands and Romania.

For the user-oriented requirement analysis a quantitative online survey has been carried out in selected enterprises and public institutions in Austria and Germany (n=1137; mean age is 53.6 years; 50.4% women and 49.6% men), the Netherlands (n=588; mean age is 53.7 years; 55% women and 45% men) and Romania (n=126; mean age is 55.5 years; 35.6% women and 64.4% men).

Results and Conclusion

Health Behavior and Work Strains

In a comparative perspective, Dutch survey respondents show to be the healthiest respondents in terms of their nutritional behavior and their physical exercise. Nevertheless, only 60% assess their health status as (very) good. By comparison more than 70% of the Romanian respondents and Austrian managers assess their health status as (very) good despite of their less healthy nutritional behavior and lower physical activity level.



Figure 1: Health Behavior and Work Strains of Austrian and German Survey Respondents.



Figure 2: Health Behavior and Work Strains of Dutch Survey Respondents.



Figure 3: Health Behavior and Work Strains of Romanian Survey Respondents.

In all four countries exposure to bad ergonomics is more often reported by employees, whereas time pressure is more often reported by managers. The levels of exposure are similar in Austria, Germany and the Netherlands and are lower in Romania. Austrian and German survey respondents report 20% higher overall pain levels than Dutch and Romanian respondents.

Individual Stress Coping Strategies

Referring to individual coping strategies, we can differentiate between active and passive, social and individual as well as direct and indirect strategies (Burisch, 2006). Active, social but indirect coping (not directly targeted at changing the stress level) coping, such as talking to friends or relatives, is the most common stress coping behavior among employees in all four countries. Managers more commonly deploy active but individual stress coping strategies. While Austrian, German and Dutch managers resort to indirect strategies (doing exercise), Romanian managers deploy direct strategies (time management, talk to supervisor). In general Austrian and German survey respondents cope more since they also report exposure to work strains and sufferance of pain more often.



Figure 4: Individual Stress Coping Strategies of Austrian and German Employees and Managers.



Figure 5: Individual Stress Coping Strategies of Dutch Employees and Managers.



Figure 6: Individual Stress Coping Strategies of Romanian Employees and Managers.

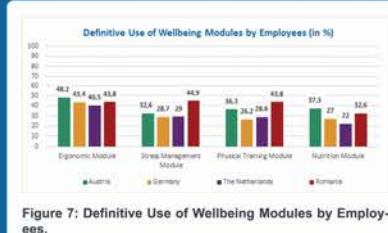


Figure 7: Definitive Use of Wellbeing Modules by Employees.

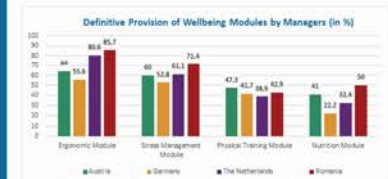


Figure 8: Definitive Provision of Wellbeing Modules by Managers.

System Acceptance

In all four countries managers are more willing to make the system available to their older employees than older employees are themselves willing to make use of it. Romanian managers are most willing to provide all modules to their employees except for the physical training module, which is most likely to be provided by Austrian managers. Employees' use of the ergonomic and nutrition modules is driven by direct demand: Austrian employees, who report the highest pain levels and exposure to bad ergonomics as well as the least healthy diet, are most likely to use them. For the stress management and physical training modules acceptance is the highest among Romanian employees who report the least sportive activity in their free time.

Conclusion

The results of the survey show that there is a need for the implementation of the wellbeing software in the establishment of healthy and age-friendly workplaces. First, exposure to work strains and pain levels is high while the health behavior shows room for improvement. In this regard the wellbeing software can help employees and managers establish a healthier nutritional behavior and higher levels of physical activity. Moreover, as a corrective in terms of their ergonomic posture it can help reduce pain levels. Second, employees as well as managers most commonly resort to active but indirect social or individual stress coping strategies. In this respect the implementation of the wellbeing software can provide an additional asset and enhance respondents in their stress coping behavior.