

2 Theoretischer Hintergrund

Das zweite Kapitel der Diplomarbeit beschäftigt sich mit theoretischen Aspekten von Geschlechtsunterschieden bei der Bewältigung von häuslicher Pflege demenziell Erkrankter. Außerdem erfolgt eine Integration der Konstrukte der pflegebedingten Belastung und Bewältigung in stresstheoretische Modelle.

Unterpunkt 2.1 gibt einen Einblick in das Krankheitsbild der Demenz. Punkt 2.2. beschäftigt sich mit der Lebenssituation von pflegenden Angehörigen nichtinstitutionalisierter Demenzkranker. Dies soll verdeutlichen, mit welchen objektiven und subjektiven Bedingungen sich Pflegende demenziell Erkrankter konfrontiert sehen. Danach werden in Punkt 2.3 theoretische Grundlagen und allgemeine empirische Befunde zu Geschlechtsunterschieden bei der häuslichen Pflege dargelegt. Das zentrale Thema dieser Arbeit ist die Bewältigung pflegebedingter Belastung. Die Konzepte der Belastung und der Bewältigung sind jedoch nur im Kontext von Stresstheorien verstehbar. Deswegen werden im Anschluss (Punkt 2.4) verschiedene Stresstheorien vorgestellt. Anschließend erfolgt die gesonderte Betrachtung spezieller Aspekte beider Konzepte in Punkt 2.5. Außerdem werden empirische Befunde zu Geschlechtsunterschieden bei der Belastung durch häusliche Pflege und bei der Bewältigung dieser entstandenen Belastung erläutert.

2.1 Demenz

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit den pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. Zum besseren Verständnis der Tragweite einer solchen Erkrankung, wird das Krankheitsbild im Folgenden dargestellt. Zunächst erfolgt eine Begriffsbestimmung. Im Anschluss daran wird auf die Ursachen, die Epidemiologie, die Symptomatik und den Verlauf eingegangen. Abschließend werden Diagnostik und Therapiemöglichkeiten vorgestellt.

2.1.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff „Demenz“ kommt aus dem Lateinischen (de= weg, mens= Verstand) und ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von verschiedenen Demenzformen, die sich in ihrem Verlauf und in ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit zum Teil deutlich voneinander unterscheiden (Bmfsfj, 2001).

Nach der Klassifikation des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases Related Health Problems, 10. Revision, 1994, S. 298) wird Demenz folgendermaßen definiert: „Demenz ist ein Syndrom also Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler höherer 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.“

Man unterscheidet zwischen irreversiblen und reversiblen Formen demenzieller Erkrankungen. Zu den irreversiblen, degenerativen Altersdemenzen zählen hauptsächlich die Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT) und die vaskuläre Multiinfarkt Demenz (MID). Die reversiblen Formen der Demenz können unter anderem durch Drogen- oder Arzneimittelvergiftungen oder durch depressive Erkrankungen verursacht werden. Werden sie früh erkannt und entsprechend behandelt, sind sie durchaus heilbar (Bmfsfj, 2001). Da der Grossteil der Studienteilnehmer der vorliegenden Untersuchung mit den beiden häufigsten irreversiblen Demenzformen konfrontiert war, der Demenz vom Alzheimer Typ oder der Multiinfarkt Demenz, wird im Folgenden nur noch auf diese beiden Formen demenzieller Erkrankungen eingegangen.

2.1.2 Epidemiologie

Die Altersdemenz ist die häufigste und folgenschwerste psychische Erkrankung im hohen Lebensalter (Helmchen et al, 1996). Sie stellt eine der häufigsten Ursachen für Pflegebedürftigkeit im Alter dar (Bickel, 1996). Im Zuge der gestiegenen Lebenserwartung in den Industrienationen sind demenzielle Erkrankungen zu einem schwerwiegenden Gesundheits- und Versorgungsproblem geworden. Nach einer von EURODERM vorgenommenen Reanalyse der europäischen Prävalenzstudien im Zeitraum von 1980 bis 1990, zeigt sich, dass die Prävalenzraten für über 65 Jährige zwischen 4,3 Und 8,3 Prozent schwanken. Die durchschnittliche Prävalenzrate liegt bei 6,3 Prozent (Schacke, 2001). Es besteht eine hohe Abhängigkeit zwischen dem Erkrankungsrisiko und dem Lebensalter, mit zunehmendem Lebensalter steigt die Prävalenzrate an (Bmfsfj, 2001). So liegt die Prävalenz de-

menzieller Erkrankungen in der Gruppe der 65 bis 69 jährigen bei 1,4 Prozent, in der Gruppe der 80 bis 84 jährigen bei 8 bis 15 Prozent und bei der Gruppe der 90 jährigen bei fast 40 Prozent (Bickel, 1996).

Die häufigste Form der Demenz ist mit ungefähr 60 Prozent die Alzheimer, die zweithäufigste die vaskuläre Demenz. Ungefähr 10 bis 20 Prozent aller Demenzen sind als vaskulär bedingt anzusehen. Die übrigen Patienten leiden an einer Mischung aus vaskulärer und Alzheimer Demenz oder an demenziellen Störungen die durch andere Ursachen bedingt sind (Bmfsfj, 2001). Unter diesen mehr als 60 weiteren möglichen Ursachen für eine demenzielle Erkrankung, sind unter anderem Alkohol- oder Medikamentenintoxikation und depressive Erkrankungen, die fälschlicher Weise als Demenz diagnostiziert wurden (Tölle, 1999).

Demenzranke haben eine Lebenserwartung, die zwischen 30 und 70 Prozent der altersüblichen Lebenserwartung beträgt. Die Gesamtdauer der Alzheimer Erkrankung liegt zwischen 2 und 15 Jahren (Tölle, 1999), für vaskuläre Demenzen bei etwa 5,5 Jahren (Schacke, 2001).

2.1.3 Ursachen

Es werden verschieden Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung der Demenz vom Alzheimer Typ und der Multiinfarktdemenz diskutiert. Ein eindeutig kausaler Zusammenhang konnte bisher noch nicht nachgewiesen werden.

Zu den Risikofaktoren bei der Demenz vom Alzheimer Typ zählen niedriger Bildungsstand und hohes Alter, weiterhin werden Östrogenmangel, Schilddrüsenerkrankungen, Schädel-Hirn-Traumen, Alkoholkonsum und arterielle Hypertonie diskutiert. Die Forschungsergebnisse sind jedoch höchst widersprüchlich.

Die Entstehung ist wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Man geht vor allem bei der präsenilen Alzheimer Demenz von genetischen Faktoren aus, da Veränderungen an Chromosom 14 und 21 gefunden wurden. Der Anteil des Allels Apo E4 ist bei Erkrankten doppelt so hoch wie bei Gesunden. Es lässt sich außerdem eine chronisch progrediente, generalisierte, diffuse Hirnatrophie erkennen. Des Weiteren sind Alzheimerfibrillen, eine vermehrte Eiweißansammlung zwischen den Nervenzellen, amyloide Plaques, eine Verdichtung des Hirngewebes durch ineinander

geflochtene Fasern, und Dendritenschwund zu verzeichnen. Es findet sich zudem eine Abnahme kortikaler Synapsen und ein cholinerges Defizit (Tölle, 1999).

Bei der vaskulären Demenz ist es bis heute schwierig, spezifische Ursachen auszumachen. Die Multiinfarktdemenz ist eine Folge ischämischer Prozesse mit nachfolgender Infarzierung auf der Basis zerebrovaskulärer Störungen (Möller, 1994). Als eine der häufigsten Ursachen gelten Mikrozirkulationsstörungen, die sich im Bereich der kleinsten zerebralen Gefäße anspielen. Oftmals finden sich inselförmige Defekte im Hirngewebe und eine diffuse Demyelinisierung mit Verlust von Glia und Axonen. Als Risikofaktoren gelten vor allem die arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum (Tölle, 1999).

2.1.4 Symptomatik und Verlauf

Die Demenz vom Alzheimer Typ ist eine primär degenerative Erkrankung, die zu einer chronisch progredienten generalisierten Rückbildung des Gehirns führt. Sie beginnt mit Lern-, Gedächtnis- und Denkstörungen sowie mit leichteren Veränderungen der Persönlichkeit, vor allem im Affektbereich. Mit der Zeit nehmen die kognitiven Einbußen zu, räumlich-zeitliche Desorientierung und Umherirren treten auf. Die Demenzkranken haben immer weniger Zeitgefühl für einen normalen Tagesablauf (Störung des Tag-Nacht-Rhythmus). Zunehmend wird neben dem Kurzzeitgedächtnis auch das Altgedächtnis erfasst. Die Persönlichkeit verändert sich immer mehr, die Erkrankten werden antriebslos, passiv und desinteressiert. Sie büßen allmählich ihre Selbstständigkeit ein und eine zunehmende Beaufsichtigung des Patienten wird nötig. Für die Erkrankten wird es immer schwieriger normale Alltagsaktivitäten auszuführen. In der Spätphase der Alzheimer Demenz sind die Betroffenen pflegebedürftig (Bmfsfj, 2001).

Bei den vaskulären Demenzen handelt es sich um eine heterogene Krankheitsgruppe. Sie sind vor allem durch zwei Eigenschaften definiert, stark ausgeprägte kognitive Defizite und Hinweise auf eine vaskuläre Ursache. Die Symptome setzen im Gegensatz zur Demenz vom Alzheimer Typ eher plötzlich ein, die Verschlechterung erfolgt stufenweise. Auch bei dieser Form der Demenz finden sich jedoch als Hauptsymptome Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit, des abstrakten Denkens und der Persönlichkeit. Allerdings ist die kognitive Beeinträchti-

gung für gewöhnlich eher ungleichmäßig. Einsicht und Urteilsfähigkeit können relativ unbeeinträchtigt sein (Bmfsfj, 2001).

Unterschiede zwischen den beiden Demenzformen zeigen sich vor allem im Hinblick auf den Beginn und die Progression der Symptomatik im Laufe der Zeit. Die Demenz vom Alzheimer Typ zeichnet sich durch einen kaum merklichen Beginn und einen schleichenden Verlauf aus, während die Multiinfarktdemenz häufig die Folge einer Reihe akuter zerebrovaskulärer Ereignisse ist und eher stufenweise fortschreitet. Für beide Formen der Altersdemenz sind jedoch verschiedene Störungen der kognitiven Leistungen und der Fähigkeit zur Alltagsaktivität ebenso typisch wie neuropsychiatrische Symptome. Zu den kognitiven Einbußen zählen Defizite in den mnestischen Funktionen, Apraxie (Störung der sequentiellen Ausführung mehrere Handlungsfolgen), Aphasie (zentrale Sprachstörung), Agnosie (Störung der Objekt- und Gesichtswahrnehmung) und intellektuelle Defizite, wie Störungen des abstrakten, problemlösenden und logischen Denkens. Die Neuropsychiatrischen Symptome sind von ihrem Erscheinungsbild und der Auftretenswahrscheinlichkeit sehr variabel. Zu ihnen zählen Antriebsstörungen, Affektstörungen, Paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Störungen des Tag- Nacht- Rhythmus (Schacke, 2001).

Abzugrenzen von den verschiedenen Formen der Demenz sind die altersbedingte leichte kognitive Beeinträchtigung und sogenannte Pseudodemenzen, wie beispielsweise chronische Depressionen, die einer Demenz ähnliche Symptome hervorrufen können. Gerade im Anfangsstadium der Alzheimer Demenz ist eine Differentialdiagnose oft schwierig, mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird dies jedoch immer leichter.

2.1.5 Klinische Diagnose und Therapie

Klinische Diagnose. Um eine Demenz klinisch diagnostizieren zu können müssen psychiatrische, neurologische und internistische Untersuchungen, ergänzt von psychometrischen Methoden, durchgeführt werden. Das Demenzsyndrom muss anhand bestimmter Kriterien erkannt werden (z.B. nach ICD-10 oder DSM-IV).

Daneben sind bei der Diagnose der Alzheimer Demenz andere Erkrankungen auszuschließen, die ein Demenzsyndrom verursacht haben könnten. Dazu sind anamnestische Informationen über Beginn und Verlauf der Symptomatik und vor

allem tomographische und Laboruntersuchungen nötig. Nach wie vor läßt sich die Erkrankung erst mit Sicherheit durch eine Gewebeprobe aus dem Gehirn oder durch die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod feststellen.

Die Diagnose einer Multiinfarktdemenz richtet sich vor allem auf den Nachweis arteriosklerotischer Veränderungen im Gehirn. Mit Hilfe der Computertomographie können Durchblutungsstörungen oder Hirnblutungen sichtbar gemacht werden. Das Auftreten eines Schlaganfalls oder einer transitorischen-ischämischen Attacke in der Vergangenheit erhöht die Sicherheit der Diagnosestellung (Schacke, 2001).

Therapie. Bisher gehen die Therapiemöglichkeiten der Altersdemenzen nicht über eine symptomatische Behandlung hinaus. Der Krankheitsprozess kann nicht direkt und ursächlich beeinflusst werden und ist weder aufhaltbar noch umkehrbar (Bmfsfj, 2001). Nachdem die genauen Ursachen der Entstehung der Alzheimer Demenz noch ungeklärt sind, kann bei der Behandlung auch nicht dort angesetzt werden. Bei der Multiinfarkt Demenz ist es immerhin möglich von den bekannten Risikofaktoren auszugehen und beispielsweise eine Herz-Kreislauf-Behandlung durchführen (Tölle, 1999).

Antidementiva. Im Mittelpunkt pharmakologischer Überlegungen steht derzeit die nachgewiesene Abnahme des für kognitive Funktionen wichtigen Neurotransmitters Azetylcholin. Durch Azetylcholinesterasehemmer soll der Abbau von Azetylcholin gestoppt und das Azetylcholindefizit verringert werden. Außerdem gibt es erste Anhaltspunkte dafür, dass auch die Gabe von Nootropika und durchblutungsfördernden Substanzen potentiell weit reichende neurobiologische Effekte haben könnte. Die Medikation ist vor allem im Frühstadium der Erkrankung Erfolg versprechend. Deswegen ist ein frühzeitiges Erkennen der Krankheit äußerst wichtig (Bmfsfj, 2001).

Medikamentöse Begleittherapie. Neuropsychiatrische Symptome können mit Neuroleptika behandelt werden. Zur Sedierung kann man beispielsweise Benzodiazepine einsetzen. In frühen Krankheitsphasen können zur Behandlung affektiver Störungen zudem auch Antidepressiva zur Anwendung kommen.

Gedächtnistraining. Bei fortgeschrittener Erkrankung bewirken verschiedene Formen von Gedächtnis- und Konzentrationstraining relativ wenig (Schacke, 2001), im Frühstadium können jedoch geringe Effekte erzielt werden.

Psychologische Behandlung. Die Durchführung einer Psychotherapie im klassischen Sinne ist bei Dementen im fortgeschrittenen Stadium wenig erfolgreich (Tölle, 1999). Es gibt jedoch einige Ansätze, die das Empfinden von Sicherheit und Geborgenheit erhöhen sollen. Dazu zählen beispielsweise der Validationsansatz nach Naomi Feil oder die „Geborgenheitstherapie“.

Am empfehlenswertesten scheint jedoch eine ganzheitliche Therapie, die an verschiedenen Punkten ansetzt und beispielsweise eine internistische Basistherapie, eine Behandlung mit Antidementiva, Gedächtnistraining und Bewegungstherapie beinhaltet.

2.1.6 Zusammenfassung

Der Begriff „Demenz“ ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von verschiedenen Demenzformen, die sich in ihrem Verlauf und der therapeutischen Beeinflussbarkeit zum Teil deutlich voneinander unterscheiden. Generell muss man zwischen reversiblen und irreversiblen Formen unterscheiden.

Die durchschnittliche Prävalenzrate für 65-Jährige liegt bei 6,3 Prozent. Dabei besteht eine enge Abhängigkeit zwischen Erkrankungsrisiko und Lebensalter. Ungefähr 60 Prozent der demenziell Erkrankten leiden an einer Demenz vom Alzheimer-Typ, 10 bis 20 Prozent der Demenzen sind als vaskulär bedingt anzusehen und ungefähr 20 Prozent sind eine Mischung aus vaskulärer Demenz und Demenz vom Alzheimer-Typ.

Bisher gibt es weder eine eindeutige Erklärung für die Entstehung der Demenz vom Alzheimer-Typ noch für die Entstehung der vaskulären Demenz. Bei der SDAT vermutet man genetische Veränderungen, Alzheimerfibrillen, amyloide Plaques, Gehirnatrophie, Dendritenschwund, die Abnahme kortikaler Synapsen oder ein cholinerges Defizit als ursächlich. Die vaskuläre Demenz scheint häufig durch Mikrozirkulationsstörungen, die sich im Bereich der kleinsten zerebralen Gefäße abspielen, bedingt zu sein.

Beide Formen der Demenz gehen mit Störungen des Gedächtnisses und weiterer kognitiver Funktionen, Störungen der Persönlichkeit und neurologischen Störungen einher. Zudem tritt häufig eine zeitlich-räumliche Desorientierung auf. Der Unterschied zwischen der Demenz vom Alzheimer-Typ und der Multiinfarktdemenz ist vor allem in Beginn und Verlauf zu sehen.

Eine hundertprozentig verlässliche Diagnose kann nur durch die Entnahme einer Gewebeprobe aus dem Gehirn oder durch die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod erfolgen. Durch psychiatrische, neurologische, internistische und psychometrische Untersuchung kann jedoch vorher eine ziemlich zuverlässige Diagnose gestellt werden.

Eine kurative Therapie für die Altersdemenzen existiert nicht. Am empfehlenswertesten scheint eine ganzheitliche Therapie, die an verschiedenen Punkten ansetzt und beispielsweise eine internistische Basistherapie, eine Behandlung mit Antidementiva, Gedächtnistraining und eine psychologische Maßnahme, wie die Validation, beinhaltet. Einige Autoren sprechen von der Demenz auch als einem bio - psycho - sozialen Phänomen (Kahn, 1975). Während es immer noch schwer ist die biologische Aspekte zu beeinflussen, kann man mit einer Intervention an den psychologischen und sozialen Problemen, die eine demenzielle Erkrankung mit sich bringt, ansetzen.

2.2 Familiäre Pflege

In der vorliegenden Arbeit stehen pflegende Angehörige im Mittelpunkt der Betrachtung. Im folgenden Abschnitt sollen deshalb die Rahmenbedingungen häuslicher Pflege umrissen werden. Zuerst wird eine Begriffsbestimmung der formalen Begriffe Pflege, Pflegebedürftigkeit und Pflegeperson vorgenommen. Dann erfolgt ein Überblick über die demographischen Merkmale pflegender Angehöriger in der Bundesrepublik Deutschland und ein kurzer Rückblick auf bisherige Forschung im Bereich pflegender Angehöriger Demenzkranker. Abschließend wird auf die Gesamtlebenssituation pflegender Angehöriger eingegangen, im Besonderen auf die von pflegenden Ehepartnern und Kindern.

2.2.1 Begriffsbestimmung

Ungefähr 80 Prozent der pflegebedürftigen alten Menschen wird von Familienangehörigen betreut (Kramer & Thompson, 2002). Aktivitäten und Erfahrungen, die dazu dienen Angehörigen und Freunden Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die diese selbst nicht leisten können, bezeichnet man als informelle *Pflege* (Pearlin et al, 1990). Man unterscheidet „caring“ (sich sorgen) von „caregiving“ (pflegen). Mit „caring“ ist eher der affektive, mit „caregiving“ der behaviorale As-

pekt gemeint. Beide Aspekte sind nach Pearlin et al (1990) Bestandteil jeder engen, reziproken Beziehung und bis zu einem gewissen Grad „normal“ und alltäglich (Biegel et al, 1991). Pflege im hier verwandten Sinne beginnt da, wo das normale Maß überschritten ist und die Beziehung eher unidirektional wird. Bei der Unterstützung eines chronisch kranken Familienmitglieds ist dies sehr wahrscheinlich. Sie erfordert viel Energie und Zeitaufwand, die übernommen Aufgaben sind oft unangenehm, die Beziehung zwischen Pflegendem und Kranken wird asymmetrisch und die Situation vom Pflegenden oft nicht vorhersehbar (Schacke, 2001).

Pflegebedürftigkeit kann ganz allgemein als die Tatsache beschrieben werden, dass jemand aufgrund von Krankheit, Funktionseinschränkung, Behinderung oder Alter nicht nur kurzfristig auf pflegerische Hilfe zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen angewiesen ist (Bmfsfj, 2001).

Der juristischen Legaldefinition zufolge sind *Pflegepersonen* „(...) Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB in seiner häuslichen Umgebung pflegen“ (Klie 1996, S. 150). Eine differenzierte Darstellung des Begriffs „Pflegeperson“ geben Stone et al (1987). Sie beschränken den Begriff der Hauptpflegeperson auf solche Personen, die sämtliche Verantwortung für die Pflege übernehmen. Danach unterscheiden sie:

- a) Pflegende, die den größten Teil der Betreuung übernehmen und aus dem sozialen Umfeld unbezahlte Unterstützung bekommen
- b) Pflegende, die sowohl private als auch institutionelle Unterstützung erhalten, und
- c) Pflegende, die den Hauptteil der Verantwortung für den Angehörigen delegiert haben.

2.2.2 Kurzer Überblick über bisherige Forschung

Ende der 70er Jahre begann man erstmals sich mit dem Thema der Pflege älterer (demenzkranker) Menschen zu beschäftigen. Lange setzte man sich in der Forschung, wenn überhaupt, nur generell mit der Pflege älterer Menschen, nicht aber speziell mit familiärer Pflege auseinander. Geprägt ist die Forschung im Bereich der Angehörigenpflege bis heute zumeist durch die Stress- und Copingforschung (z.B. Lazarus & Folkman, 1984, Pearlin & Schooler, 1978) .

Grundsätzlich kann man zwischen Forschungsarbeiten der ersten und der zweiten „Generation“ unterscheiden (Gilhooly et al, 1994). In den Studien der ersten Generation, zu denen die frühen Untersuchungen zählen, werden meist wenige Fragen bezüglich vielfältiger Aspekte der Pflegesituation untersucht (siehe z.B. George & Gwyther, 1986, Pruchno & Potashnik, 1989, Barusch & Spaid, 1989). Oft sind diese Studien deskriptiv.

Die Forschungsarbeiten der zweiten Generation, die aktueller sind, beschäftigen sich häufig mit vielen Fragen bezüglich weniger Aspekte der Pflegesituation (siehe z.B. Mui, 1995, Rose et al, 1997). Hier versucht man das in den vorherigen Studien gewonnene Wissen zu verfeinern und durch kritische Untersuchung der bisher verwendeten Methoden zu verbessern. In den letzten Jahren werden außerdem neben den quantitativen Methoden auch wieder vermehrt komparative und qualitative Forschungsstrategien verwendet. Der prozessuale Aspekt der Pflegesituation wird zunehmend betont (Zarit et al, 1993). Vor allem das Konzept der Angehörigenkarriere gewinnt an Bedeutung (Aneshensel et al, 1995). Hier wird die Pflege als fortlaufender, adaptiver Prozess gesehen, bei dem verschiedene Phasen, Wendepunkte und Übergänge im Zeitverlauf zu berücksichtigen sind (Schacke, 2001).

2.2.3 Demographische Entwicklung

Nach Angaben des dritten Berichts zur Lage der älteren Generation (Bmfsfj, 2001) leben in Deutschland rund 1,8 Millionen Menschen, die einer regelmäßigen Pflege bedürfen. Davon sind mehr als vier Fünftel 60 Jahre und älter. In der Gruppe der 65- bis 69 Jährigen liegt der Anteil bei 2-3 Prozent, während er in der Gruppe der 75- bis 79 Jährigen bei 8 bis 9 Prozent und in der Gruppe der 85 jährigen und älteren Menschen ca. 40 Prozent beträgt (Schneekloth & Müller, 1997).

Weniger als ein Drittel aller älteren Menschen mit Pflegebedarf wird in Heimen oder anderen Institutionen versorgt (ca. 30%). Die weitaus meisten leben zu Hause und werden von Familienangehörigen betreut (ca. 70 %). In neun von zehn Fällen tragen Angehörige aus dem engeren Familienkreis die Hauptverantwortung für die Pflege.

Betrachtet man den Verwandtschaftsgrad der Pflegenden, so ist es bei einem Drittel die Partnerin (20%) oder der Partner (12%) und bei einem weiteren Drittel die Tochter (23%) oder Schwiegertochter (10%). Tritt also Pflegebedürftigkeit ein und ist der Pflegebedürftige verheiratet, so ist zuerst der Ehepartner, egal ob männlich oder weiblich, für die Pflege verantwortlich (Pruchno & Resch, 1989, Miller, 1990). Hat der Pflegebedürftige keinen Ehepartner oder ist dieser nicht in der Lage, die Betreuung zu übernehmen, leisten primär Töchter oder Schwiegertöchter die notwendige Unterstützung (Brody, 1984, Stoller, 1990). Söhne und Schwiegersöhne sind nur geringfügig in die Pflege involviert (Dwyer & Seccombe, 1991, Schacke, 2001). Diese Verteilung gilt in ähnlicher Weise für die Betreuung Demenzkranker (Gräßel, 1998).

Betrachtet man das Geschlecht der Pflegenden, so wird familiäre Pflege zu 80 Prozent von Frauen geleistet (Bmfsfj, 2001, Gunzelmann, 1991, Kruse, 1994). Neben den Ehefrauen sind es vor allem Töchter und Schwiegertöchter mit der Versorgung hilfsbedürftiger ältere Familienmitglieder betraut. Mit einem Anteil von 53 Prozent stellen sie die Hauptgruppe der Pflegenden dar (Bmfsfj, 2001). Familiäre Pflege kann man also nahezu mit „Frauenpflege“ gleichsetzen (Kruse, 1994, Mui, 1995, Stoller, 1990). Aufschlussreich ist auch ein Ost-West Vergleich. In den neuen Bundesländern pflegen demnach deutlich mehr Männer (31%) als in den alten (18%) (Adler et al, 1996).

Demenzielle Erkrankungen sind nach einer Untersuchung von Bickel (1996) in 47 Prozent aller Fälle die Hauptursache für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Demnach wird der Pflegebedarf im Alter entscheidend von der demenziellen Beeinträchtigung determiniert.

Tabelle 1: Geschlecht, Alter, Wohnort und Verwandtschaftsbeziehung der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998 (Schneekloth & Müller, 2000)

Merkmal der Hauptpflegeperson	Anteil (in %)
Geschlecht	
Weiblich	80
Männlich	20
Alter (in Jahren)	
Unter 40	15
40 – 64	53
65 – 79	27
80 und älter	5
Verwandtschaftliche Beziehung zur pflegebedürftigen Person	
(Ehe-) Partnerin	20
(Ehe-) Partner	12
Mutter	11
Vater	2
Tochter	23
Sohn	5
Schwiegertochter	10
Schwiegersohn	0
Sonstige Verwandte	10
Nachbar/Bekannter	7
Wohnort	
Gleicher Haushalt	73
Getrennter Haushalt	27

2.2.4 Die Lebenssituation pflegender Angehöriger

2.2.4.1 Die Aufgaben bei der Betreuung demenzkranker Angehöriger

Die familiäre Pflege eines demenzkranken Angehörigen bedeutet oftmals einen „36-Stunden-Tag“ (Rabins et al, 1982) für die betreuenden Angehörigen. Die Anforderungen und Probleme die die Pflegesituation mit sich bringt sind vielfältig und erfordern oft einen hohen Energie- und Zeitaufwand.

Die Pflege eines Demenzkranken bringt spezielle Aufgaben, die aus den Symptomen und Folgen der Demenz erwachsen, mit sich. Zu den Symptomen zählen kognitive, affektive und verhaltensmäßige Defizite wie Gedächtniseinbußen, Unruhe, Weglauftendenzen, gestörter Tag – Nacht - Rhythmus, Angst und Depression oder mangelnde Impulskontrolle. Dies erfordert pflegerische Aufgaben, wie die Gestaltung des Wohnumfeldes (Stolperfallen beseitigen, Orientierungshilfen anbringen, Brandgefahr verhüten, Haustür abschließen etc.), die emotionale Unter-

stützung (körperliche Zuwendung, Trösten, Beruhigen) und die Tagesstrukturierung (soziale Kontakte ermöglichen, gleich bleibenden Tagesablauf schaffen). Aufgrund des gestörten Tag-Nacht Rhythmus erstrecken sich die pflegerischen Anforderungen oftmals auch auf die Nachtstunden (Biegel et al, 1991). Insgesamt ändern sich die Pflegeaufgaben mit dem Fortschreiten der Erkrankung und der Pflegeaufwand wird immer intensiver (Haley, 1997). Letztendlich wird mit fortschreitendem Grad der Erkrankung auch eine zunehmende Anwesenheit und „Beaufsichtigung“ erforderlich.

Neben den Aufgaben, die aus der demenziellen Erkrankung erwachsen, fallen praktische Hilfeleistungen bei der Haushaltsführung (Zubereitung der Mahlzeiten, Putzen etc.), der Körperpflege, bei anderen alltäglichen Verrichtungen (Baden, Rasieren, Waschen etc.) und Aufgaben der grundmedizinischen Versorgung (Medikamentengabe, Mobilitätstraining etc.) an.

Außer diesen konkreten Versorgungsaufgaben sind auch organisatorische wichtig. So muss die ärztliche, pflegerische und sozialtherapeutische Betreuung koordiniert werden, der Umgang mit Geld und die Regelung von Behördenangelegenheiten übernommen werden (Schacke, 2001).

Zusammenfassend kann man folgende Aufgabenbereiche unterscheiden:

- Umgang mit kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten
- Emotionale Unterstützung
- Beaufsichtigung
- Hilfe im ökonomischen Bereich
- Hilfe im Haushaltsbereich
- Hilfe bei der Körperpflege und alltäglichen Verrichtungen
- Pflegerische Aufgaben

2.2.4.2 Die Auswirkungen auf familiäre Beziehungen

Lange Zeit ließen traditionelle Ideale familiärer Solidarität und soziale Kontrollmechanismen die Pflege alter Menschen durch die Familie als selbstverständlich erscheinen. Erst mit dem dramatischen Anstieg demenzieller Erkrankungen erkannte man, dass institutionelle Versorgungssysteme zusammenbrächen, wenn nicht der Großteil aller Demenzkranken zu Hause versorgt werden würde (Fitting et al, 1986). Mit dieser Erkenntnis öffnete man sich einer systemischen Perspektive, und demenzielle Erkrankungen wurden vermehrt im Kontext des familiären Sys-

tems betrachtet (Gunzelmann et al, 1996, Quayhagen & Quayhagen, 1988). Zuvor wurden Familienmitglieder eher als passive Beobachter des Krankheitsprozesses ihrer erkrankten Angehörigen verstanden (Heim, 1998) und wenn überhaupt, dann beschäftigte man sich nur mit der Hauptpflegeperson (Davies et al, 2000).

So kann man Demenz auch als „Familienkrankheit“ bezeichnen (Gunzelmann, 1991). Neben den objektiven und subjektiven Belastungen und den gesundheitlichen Folgen für die pflegenden Angehörigen, hat die demenzielle Erkrankung auch einen Einfluss auf die Beziehungskonstellationen innerhalb der Familie (Brody et al, 1984, Davies et al., 2000). Direkt von der demenziellen Erkrankung beeinträchtigt ist zunächst natürlich nur der Erkrankte selbst. Indirekt sind aber besonders die Hauptpflegeperson und auch die gesamte Familie betroffen.

In den meisten Fällen wird die Hauptarbeit der Pflege von einem Familienmitglied übernommen (Morris et al, 1991), jedoch hat der Grossteil der Pflegebedürftigen mehrere Helfer. Nach einer Schätzung waren es 1990 ungefähr elf Helfer pro Pflegebedürftigen (Kramer & Thompson, 2002). Die Beziehung zwischen dem Erkrankten und der Hauptpflegeperson, oft auch als Dyade bezeichnet (Lyons et al, 2002), verändert sich mit fortschreitender Erkrankung immer stärker. Die reziproke Beziehung zweier gleichberechtigter Partner wird zunehmend unidirektional (Lyons et al, 2002). Es gibt verschiedene Theorien, die sich mit der Beziehung zwischen Pflegendem und Erkranktem beschäftigen, auf die hier aber nicht näher eingegangen wird. So sind unter anderem die „social exchange – Theorie“ (Walker et al., 1992), die Gleichheitstheorie (Wright & Aquilino, 1998) oder die „communal relationship – Theorie“ (Williamson, Shaffer & Schulz, 1998) zu nennen.

Die Pflegesituation tritt in den allermeisten Fällen unerwartet ein. Somit ist die Übernahme der Pflege eines Angehörigen kaum vorhersagbar und in den seltensten Fällen planbar. Deswegen wird Pflege auch oft als „unexpected career“ (unerwartete Karriere) bezeichnet (Pearlin & Skaff, 1996). Die meisten Menschen sind auf diese Rolle nicht vorbereitet, die Aneshensel und Kollegen (1995) als „the most relentlessly imperialistic“ (p.37) beschreiben. Zudem haben Viele in ihrem Alltag ohnehin schon verschiedene Aufgabenbereiche. Kommt die Pflege eines demenziell erkrankten Familienmitglieds ungeplant dazu, so kann dies zu Konflikten zwischen den unterschiedlichen Aufgabenbereichen und zur Überforderung

des Pflegenden führen (Barnett et al, 1987, Hooker et al., 1998). Edwards und Kollegen (2002) sprechen in diesem Zusammenhang vom Konzept der Rollenbelastung (role strain). Gemeint ist die Belastung die entsteht, wenn eine Person gleichzeitig versucht viele verschiedene Rollen zu erfüllen.

Zur Entstehung von Konflikten zwischen Pflegendem und Erkranktem kann es kommen, wenn die Ziele nicht ausreichend übereinstimmen. Oft werden in der Pflegesituation aber auch alte Beziehungskonflikte neu belebt (Lyons et al, 2002).

Verändert sich im „System Familie“ die Rolle eines Familienmitglieds so hat das zumeist eine Veränderung der gesamten familiären Beziehungskonstellation zur Folge. Die Pflege eines dementen Angehörigen stellt auch einen Teil der gemeinsamen „Familienarbeit“ dar. Gemeint ist, dass die Betreuung des Demenzkranken zu den Aufgaben zählt, die gemeinsam von der Familie bewältigt werden müssen (Gunzelmann, 1991, Dwyer & Seccombe, 1991). Da durch die Übernahme der Pflege die Aufgaben innerhalb der Familie neu verteilt werden müssen, kann es zu Veränderungen der Beziehung der gesunden Familienmitglieder zueinander kommen. Es kann auch eine Veränderung der Rollen in der Familie mit sich bringen. So kann es beispielsweise möglich sein, dass ein Familienmitglied seine Arbeit aufgeben muss, um sich der Pflege widmen zu können (Kruse, 1994).

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass die Familie keine von ihrem sozialen Kontext unabhängige Institution darstellt. Sie wird vielmehr in ihren internen Strukturen vom sozialen Kontext beeinflusst (Pearlin et al, 2001).

Nach der traditionellen Rollenverteilung ist Hausarbeit dem weiblichen Aufgabebereich zugeordnet. Auch die Betreuung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds ordnet man eher dem häuslichen Aufgabebereich zu. In der Mehrheit der Fälle sind bis heute Frauen die Hauptpflegepersonen, unabhängig vom Familienstand oder beruflicher Tätigkeit (Adler et al, 1996, Brody, 1984, Kruse, 1994, Mui, 1995, Miller & Cafasso, 1992, Stoller, 1990, Heinemann-Koch et al, 1992). Neben dem Geschlecht der Pflegeperson (siehe 2.3) ist es auch wichtig zu unterscheiden, in welcher Beziehung die Pflegeperson zum Pflegebedürftigen steht. So muss man zwischen pflegenden Ehepartnern und pflegenden Kindern differenzieren. Die Art der Beziehung und die Interaktion zwischen Ehepartnern unterscheidet sich von der zwischen Eltern und Kindern (Young & Kahana, 1989, Miller, 1996).

2.2.4.3 Pflegende Ehepartner

Im Zusammenhang mit pflegenden Ehepartnern spricht man auch von „hidden patients“ (Zarit et al., 1985, Barusch & Spaid, 1989). Unter pflegenden Familienangehörigen stellen sie die größte Risikogruppe dar, da sie selbst alt und deswegen gesundheitlich besonders anfällig sind (Motenko, 1988, Pruchno & Resch, 1989, Pruchno & Potashnik, 1989). Die meisten Forschungsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass pflegende Ehepartner belasteter sind als pflegende Kinder (Adler et al, 1996, George & Gwyther, 1986, Grafström et al, 1992, Pruchno & Resch, 1989, Miller, 1990, Wells & Kendig, 1992, Rose-Rego, et al., 1998). So weisen sie ein höheres Ausmaß an physischen (Pruchno & Resch, 1989) und psychischen Beschwerden, vor allem an depressiver Symptomatik auf (Pruchno & Potashnik, 1989, Adler et al., 1996).

Pflegende Ehepartner führen mehr verschiedene Pflegeaufgaben aus, verbringen mehr Zeit mit der Pflege (Dwyer & Seccombe, 1991) und gehen seltener einem Beruf nach als pflegende Kinder (Young & Kahana, 1989). Sie betreuen schwerer beeinträchtigte Pflegebedürftige (Pruchno & Resch, 1989, Pruchno & Potashnik, 1989, Dwyer & Seccombe, 1991), fühlen sich verpflichteter und geben die Pflege meist erst dann ab, wenn sie selbst ernsthaft erkranken (Motenko, 1988, Young & Kahana, 1989). Solange der Ehepartner des Demenzkranken dazu in der Lage ist, übernimmt er den Hauptanteil der Pflege (Harris, 1993, Pruchno & Potashnik, 1989, Miller, 1990). Kinder wirken dann zumeist nur unterstützend (Motenko, 1988).

Es gibt aber auch Studien, die zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen. Demnach sind pflegende Ehepartner weniger belastet als pflegende Kinder (Young & Kahana, 1989). In der Forschung wurden bisher oftmals die positiven Effekte der Pflege für den betreuenden Ehepartner vernachlässigt (Stoller, 1992),

Geschlechtsunterschiede bei pflegenden Ehepartnern sind oftmals gering ausgeprägt, bei pflegenden Kindern hingegen lassen sich mehr geschlechtsspezifische Unterschiede finden (Miller & Kaufman, 1996).

Durch die demenzielle Erkrankung eines der Partner können sich eheliche Beziehungen entscheidend verändern (Young & Kahana, 1989, Miller & Kaufmann, 1996). Der gesunde Partner muss neue Funktionen und Rollen übernehmen, die der Demenzkranke mit fortschreitender Erkrankung verliert. Dadurch wird das

Gleichgewicht der ehelichen Beziehung, das oft jahrzehntelang gewachsen ist, gestört (Miller, 1990). Das bedeutet, dass die ehemals reziproke Beziehung zweier gleichberechtigter Partner mit der Zeit unidirektional wird (Lyons et al, 2002). Der Erkrankte wird immer abhängiger von seinem Ehepartner, der wiederum immer mehr Aufgaben übernehmen muss. Oft werden dadurch ungelöste Beziehungskonflikte aktiviert. Durch die Persönlichkeitsveränderungen des Demenzkranken verändert sich die Art und Qualität der Beziehung. Übliche Verhaltensmuster werden vom Erkrankten nicht mehr in der gewohnten Weise beantwortet. Dadurch entsteht für den Gesunden ein Gefühl der Fremdheit. Da diese Veränderungen aber sehr langsam vonstatten gehen, wird die vertraute Beziehung intensiv erinnert. Es entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen Fremdheit und Vertrautheit. Dies wird oft durch Verleugnung der Erkrankung seitens des gesunden Partners gelöst. Durch die Erkrankung des Ehepartners muss der gesunde Partner seine Lebensperspektiven neu überdenken und entwickeln. Er kann seine eigene Identität unabhängig von der Ehebeziehung weniger gut definieren, da der gesunde Partner meist keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgeht und zumeist auch das soziale Netzwerk reduziert ist (Gunzelmann et al, 1996). Oft wird die Pflege auch als eine normative Erwartung gesehen, die eine Verpflichtung der Ehe darstellt (Young & Kahana, 1989, Miller & Kaufmann, 1996).

2.2.4.4 Pflegende Kinder

Die überwiegende Mehrheit der pflegenden Kinder sind Töchter (Horowitz, 1985, Brody 1985, Dwyer & Coward, 1991, Ingersoll-Dayton et al, 1996, Lee, 1992). Nach Angaben des dritten Berichts zur Lage der älteren Generation (Bmfsfj, 2001) sind unter den Hauptpflegenden 33 Prozent pflegende Töchter oder Schwiegertöchter und nur 5 Prozent pflegende Söhne oder Schwiegersöhne. Theoretisch haben sich die Rollenbilder zwar in den letzten Jahren verändert, der Anteil arbeitender Frauen und die Emanzipation zugenommen, praktische scheint dies jedoch oft noch nicht umgesetzt zu werden (Harris, 1998). Im Vergleich zu pflegenden Ehepartnern leisten Kinder eine weniger intensive Pflege über kürzere Zeiträume (Montgomery, 1992). Die Pflege eines demenzkranken Elternteils wird häufig aufgrund einer normative Erwartung von den Kinder übernommen (Brody, 1985). So fühlen sich Kinder Demenzkranker in vielen Fällen zur Pflege verpflichtet, da sie

ihren Eltern das zurückgeben möchten, was sie von ihnen als Kinder empfangen haben (Parks & Pilisuk, 1991).

Es existieren große Unterschiede zwischen pflegenden Töchtern und Söhnen im Bezug auf die Durchführung der Pflege (Montgomery, 1992). Pflegende Töchter leisten meist die routinemäßige Pflege. Sie übernehmen vor allem Aufgaben im Haushalt und der persönliche Pflege, wie beispielsweise Waschen, Ankleiden, etc. (Horowitz, 1985, Dwyer & Coward, 1991, Miller & Cafasso, 1992, Mui, 1995, Kramer & Kipnis, 1995, Ingersoll-Dayton et al, 1996). In diesem Zusammenhang spricht man von pflegenden Töchtern auch als „women in the middle“ (Brody, 1984). Gemeint sind Frauen der mittleren Generation und mittleren Alters, die vielfältige Rollen erfüllen müssen. Sie sind oft gleichzeitig Ehefrau, Mutter und Hausfrau und stehen außerdem im Berufsleben (Morris et al, 1991). Kommt die Pflege eines dementen Angehörigen hinzu, so wird die Belastung oft unerträglich groß. Gleichzeitig stehen diese Frauen in einem Konflikt zwischen dem traditionellen Bild der Frau als Mutter und Hausfrau und dem der unabhängigen emanzipierten Frau, die Anspruch auf Selbstverwirklichung hat.

Pflegende Söhne übernehmen andere Pflegeaufgaben als pflegende Töchter (Dwyer & Coward, 1991). Sie leisten zum Beispiel eher Reparaturarbeiten oder finanzielle Hilfe (Horowitz, 1985, Mui, 1995, Stoller 1990). Vor allem erbringen sie intermittierende Unterstützung und werden deshalb häufig auch als „sporadische“ Pfleger bezeichnet (Stoller, 1990). Oft leisten sie nur dann die Pflege, wenn keine weiblich Person verfügbar ist (Horowitz, 1985, Dwyer & Seccombe, 1991). Eine Gegenposition dazu nimmt Harris (1998) ein. In einer qualitativen Studie mit 30 pflegenden Söhnen kommt sie zu dem Schluss, dass diese sich der Pflege genauso emotional und aktiv widmen wie pflegende Töchter.

Die Pflege eines demenziell erkrankten Elternteils kann die Eltern-Kind Beziehung nachhaltig verändern. Da zentrale Persönlichkeitsanteile der Eltern von den Kindern im Laufe der Entwicklung verinnerlicht werden, kann die Persönlichkeitsveränderung eines Elternteils eine Instabilisierung des Selbstbildes des pflegenden Kindes bedeuten. In der Beziehung zum Demenzkranken spielen bei pflegenden Kindern im Unterschied zu pflegenden Ehepartnern Abhängigkeit und Unabhängigkeit voneinander eine große Rolle (Brody, 1985). Oft versucht der erkrankte Elternteil das Kind in der früheren Abhängigkeit zu halten, indem er die eigene

Hilflosigkeit besonders stark betont. Langfristig führt das Fortschreiten der demenziellen Erkrankung jedoch zu einer Veränderung der früheren Machtverhältnisse in der Eltern-Kind Beziehung. Die früheren Rollen von „Versorgen“ und „Versorgt werden“ werden getauscht. In manchen Fällen möchte das pflegende Kind durch die Pflege die Zuneigung seiner Eltern erlangen, die es als Kind nicht erfahren hat. Wenn der demenzkranke Elternteil durch die Symptomatik seiner Erkrankung dazu nicht in der Lage ist, führt dies oft zu Enttäuschung und Verletztheit. Dann wird die Pflege oft nur aus normativer Verpflichtung heraus weitergeführt (Günzelmann et al, 1996).

2.2.5 Zusammenfassung

Unter Pflege versteht man Tätigkeiten, die dazu dienen Anderen Unterstützung zukommen zu lassen. Dabei unterscheidet man zwischen dem affektiven und dem behavioralen Aspekt. Pflegebedürftigkeit besteht, wenn eine Person langfristig auf fremde Unterstützung zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen angewiesen ist. Als Pflegepersonen gelten Personen, die jemanden nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung pflegen.

In der bisherigen Forschung zur Angehörigenpflege, die vor allem durch die Stress- und Copingforschung geprägt ist, kann man zwischen Arbeiten der ersten und der zweiten Generation unterscheiden.

Der Großteil der Pflegebedürftigen wird zu Hause betreut. Dabei sind die Mehrheit der Pflegenden Frauen. Steht der Ehepartner nicht als Hauptpflegeperson zur Verfügung, dann übernehmen in der Regel Töchter oder Schwiegertöchter die Betreuung.

Die Pflege eines demenziell erkrankten Angehörigen hat nicht nur Auswirkungen auf die Beziehung der Hauptpflegeperson zum Pflegebedürftigen, sondern auch auf das System Familie und die Beziehung der einzelnen Familienmitglieder zueinander. Neben dem Geschlecht der Hauptpflegeperson ist auch deren verwandtschaftliche Beziehung zum Erkrankten von großer Bedeutung.

2.3 Geschlechtsunterschiede

Im nachfolgenden Gliederungspunkt wird im ersten Abschnitt auf die theoretischen Grundlagen zu Geschlechtsunterschieden eingegangen. Im zweiten Abschnitt werden verschiedene Ansätze vorgestellt, mit denen die in der gerontologischen Forschung gefundenen Geschlechtsunterschiede bei der pflegespezifischen Belastung, deren Folgen und deren Bewältigungen durch die Angehörigen Demenzkranker erklärt werden können. Abschließend werden allgemeine empirische Befunde der gerontologischen Forschung zu Geschlechtsunterschieden bei pflegenden Angehörigen Demenzkranker dargestellt.

2.3.1 Theoretische Grundlagen

Wenn man sich mit dem Konzept der „Geschlechter“ beschäftigt, so muss man zunächst einmal zwischen dem biologisch und dem sozial definierten Geschlecht unterscheiden. Im Englischen wird diese Differenzierung auch durch unterschiedliche Worte verdeutlicht. „Sex“ bezeichnet den biologischen und „gender“ den sozialen Aspekt.

Zu den *biologischen Merkmale* zählen unter anderem der Hormonspiegel, die Fortpflanzungsfähigkeit und die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale (Maccoby, 1988, Wellner & Brodda, 1979).

Schwieriger ist es hingegen, die *sozialen Merkmale* zu umschreiben. In allen bis heute bekannten Kulturen unterscheidet man zwischen Mann und Frau. Allerdings werden den Geschlechtern je nach Kultur ein unterschiedlicher Status und unterschiedliche Geschlechtsstereotype beigemessen. Auch kognitiv unterteilt man die Menschen in die beiden Kategorien, Mann oder Frau (Maccoby, 1988).

Neben der Unterteilung in die beiden unterschiedlichen Geschlechter, kann man auch innerhalb jeder Geschlechtsgruppe Unterschiede finden. So existieren innerhalb jeder Geschlechtsgruppe unterschiedliche Kohorten, die jeweils von ihrem spezifischen kulturellen und sozialen Kontext geprägt sind. In der Zeit, in der beispielsweise die Kohorte heute alter Männer und Frauen geprägt wurde, bestanden spezifische Rollenvorstellungen und Verhaltensregeln. Für die heute jungen Männer und Frauen gelten diese nicht mehr in der gleichen Form. Die sozialen Einflüsse, Rollen- und Wertvorstellungen ändern sich im Laufe der Zeit und prägen die jeweilige Kohorte (Pearlin & Skaff, 1996).

In vielen Studien, die bisher durchgeführt wurden, wurde die Variable Geschlecht zu sehr vereinfacht und lediglich als biologische Eigenschaft gesehen (Banyard & Graham-Bermann, 1993, Miller & Cafasso, 1992). Untersucht man Geschlechtsunterschiede bei Pflegenden sollte man neben dem biologischen, jedoch auch das soziale Geschlecht berücksichtigen.

Die gerontologische Forschung beschäftigt sich mit Geschlechtsunterschieden bei Pflegenden bereits seit den achtziger Jahren. Lange Zeit standen dabei vor allem pflegende Frauen im Mittelpunkt (Harris, 1998). Ein Grund dafür ist, dass die Mehrzahl der Pflegenden, die die häusliche Pflege (demenziell) Erkrankter übernehmen, bis heute Frauen sind (Adler et al, 1996, Brody, 1984, Dwyer & Seccombe, 1991, Ford et al, 1997, Gräßel, 1998, Haley, 1997, Horowitz, 1985, Kruse, 1994, Morris et al, 1991, Mui, 1995, Miller & Cafasso, 1992, Stoller, 1990, Young & Kahana, 1989). Möglicherweise wird die große Anzahl pflegender Frauen auch durch die demographische Verteilung begünstigt. Frauen leben länger als Männer und sind meist jünger als ihre Partner. In einer Partnerschaft lebende Männer werden also im Normalfall früher pflegebedürftig als Frauen (Morris et al, 1991). Die Belastung, die für Frauen durch die Pflege entsteht, wird gesellschaftlich nur wenig anerkannt (Parks & Pilisuk, 1991). Die Pflege eines (demenziell) erkrankten Angehörigen bleibt zum größten Teil unbezahlt und wird von der Umwelt nur selten geschätzt. Trotz der Veränderung der Rolle der Frau in den westlichen Gesellschaften und dem zunehmenden Eintritt der Frauen in die Arbeitswelt, gibt es weiterhin eine große Anzahl an pflegenden Frauen (Brody, 1985, Walker, 1992). Manche Autoren erwarten, dass mehr Männer die Pflege demenziell Erkrankter übernehmen, wenn sich die Sozialisation der Geschlechtsrolle verändert (Horowitz, 1985). Dies scheint bis heute jedoch noch nicht eingetreten zu sein. Deswegen gehen manche Autoren sogar soweit Pflege mit „Frauenpflege“ gleichzusetzen (Kruse, 1994). Eine Gegenposition dazu nehmen die Forscher Harris (1993,1998), Kramer und Thompson (2002) ein. Sie kritisieren, dass die Rolle pflegender Männer in der Forschung lange vernachlässigt wurde. Ihrer Meinung nach entstand dadurch vor allem in der quantitativen Forschung ein sehr eindimensionales Bild von pflegenden Männern.

2.3.2 Erklärungsansätze für die Geschlechtsunterschiede bei der Pflege Demenzkranker

In der Forschung wurden oftmals Unterschiede zwischen pflegenden Männern und Frauen in der objektiven und subjektiven Belastung durch familiäre Pflege, deren Bewältigung und den Langzeitfolgen für die psychische und physische Gesundheit gefunden (siehe 2.5). Dies lässt vermuten, dass die Anforderungen der Pflegesituation von Männern und Frauen unterschiedlich erfahren werden (Fitting et al, 1986, Morris et al 1991, Pruchno & Resch, 1989). Geschlecht kann als eine von vielen Variablen der komplexen Pflegesituation betrachtet werden (Miller & Kaufman, 1996), die dazu beiträgt, dass die Rolle des Pflegenden unterschiedlich erfahren und ausgeführt wird (Parks & Pilisuk, 1991).

Bisher gibt es kein einheitliches Paradigma das die Geschlechtsunterschiede bei pflegespezifischen Belastungen, deren Folgen und deren Bewältigung erklärt (Miller & Cafasso, 1992, Stoller, 1992). Es existieren hingegen viele verschiedene Erklärungsansätze dafür, die zumeist deskriptiv sind. Hierzu zählen unter anderem die unterschiedliche Aufteilung der Hausarbeit (Dwyer & Seccombe, 1991, Horowitz, 1985), die unterschiedliche moralische Entwicklung von Männern und Frauen (Fitting et al, 1986, Stoller, 1990), die unterschiedliche Sozialisierung (Maccoby, 1988), die Männern und Frauen zugeschriebenen Rollen (Eagly, 1987), die unterschiedliche Erwartung an die jeweilige Geschlechtsrolle (Barusch & Spaid, 1989, West & Zimmermann, 1987) und das Stressparadigma (siehe 2.4) (Lazarus & Folkman, 1984, Pearlin et al, 1990).

Im Folgenden sollen einige der theoretischen Strömungen, die sich mit der Erklärung der Geschlechtsunterschiede in der familiären Pflege beschäftigen, ausführlicher dargestellt werden. Zunächst geht es um Erklärungsmöglichkeiten, die sich mit Geschlechtsunterschieden im Allgemeinen befassen und dann um Erklärungsmöglichkeiten für Geschlechtsunterschiede in spezifischen Bereichen, wie beispielsweise der psychischen und physischen Gesundheit.

Generelle Erklärungsansätze. Ein möglicher Erklärungsansatz für die auftretenden Geschlechtsunterschiede sieht die Pflege eines Angehörigen als *Ergebnis eines familiären Entscheidungsprozesses über die zeitlichen und finanziellen Ressourcen (geschlechtsspezifische Aufteilung der Hausarbeit)* der Familie. Dieser Ansatz

setzt den Schwerpunkt auf der Ebene von Institutionen, wie beispielsweise dem Arbeitsmarkt oder der Hausarbeit. Eine Familie hat verschiedene Pflege- und Hilfsmöglichkeiten zur Auswahl, diese werden durch persönliche, familiäre und finanzielle Ressourcen des Pflegenden, des Erkrankten und durch die Umwelt bestimmt. Ein Abwägen zwischen Präferenz und Bedürfnis seitens der Familie führt dann zur entsprechenden Wahl des Pflegearrangements. Eine große Rolle spielen hierbei gleichzeitige Anforderungen an eine Person, die aus verschiedenen von der Person eingenommenen Rollen entstehen. Männer können sich demnach weniger der Pflege widmen, da sie häufiger als Frauen arbeiten. Weiterhin ist die unterschiedliche Aufgabenspezialisierung von Bedeutung. Demnach wären die Nachteile, die aus einer unbezahlten häuslichen Pflege Tätigkeit resultieren, für Männer größer als für Frauen, da Männer auf dem Arbeitsmarkt besser bezahlt sind. Um das Gesamtwohl der Familie möglichst groß zu halten, ist es also besser, wenn die Frauen der Pflege Tätigkeit nachgehen (Stoller, 2002).

Aus *psychoanalytischer und feministischer Sichtweise* (Gilligan, 1982) erklärt man die bestehenden Geschlechtsunterschiede mit der unterschiedlichen psychomoralischen Entwicklung der Geschlechter. Dieser und der folgende Ansatz legen ihren Schwerpunkt auf die individuelle Ebene. Ein zentrales Element der weiblichen Identität ist demnach weniger das eigene Selbst als vielmehr die Sorge um andere. Frauen denken und fühlen anders als Männer und haben mehr Bedürfnis nach Empathie und Intimität. Deswegen liegt Frauen die Pflege näher als Männern.

Die *Geschlechts-Sozialisations-Hypothese* (Andersen, 1997, Maccoby, 1988) geht davon aus, dass die Geschlechtsrollen während der kindlichen Sozialisation internalisiert und zu stabilen Persönlichkeitseigenschaften werden. Jede neue Generation einer Gesellschaft wird durch die vorherige „geformt“. Die Ergebnisse dieses Sozialisationsprozesses sind ein eher familien- und gemeinschaftsorientiertes Verhalten der Frauen und ein vermehrt autonomes, instrumentelles und individuelles Verhalten der Männer. Die Geschlechtsrollen sind demnach erworben und lebenslang festgelegt. Geschlechtsunterschiede in der familiären Pflege ergeben sich deshalb, weil Frauen und Männer eine unterschiedliche Persönlichkeit besitzen, eine unterschiedliche Sozialisation erfahren haben und ihnen unterschiedliche Rollen zugeschrieben werden (Miller, 1990, Miller & Cafasso, 1992). Die Pflege eines Angehörigen gehört eher zur „expressiven Natur der weiblichen Rolle

und deren Spezialisierung im häuslichen und privaten Bereich“ (Stoller, 2002, S. 53). Frauen sehen demnach die Pflege als Fortsetzung früherer Verantwortlichkeiten, Männer hingegen sind mehr auf die externe Welt fokussiert (Pruchno & Resch, 1989).

Es gibt allerdings auch Theoretiker, die das Gegenteil annehmen. Sie gehen davon aus, dass die Pflege eine Ausdehnung der männlichen autoritären Rolle in den häuslichen Bereich hinein ist und weniger eine Ausdehnung der weiblichen, familiären Rolle (Miller, 1987). Demnach fällt es Männern sehr leicht die instrumentellen Aspekte der Pflege zu übernehmen, da sie ihr außerfamiliäres „autoritäres“ Verhalten in der Arbeit in den häuslichen Bereich übertragen.

Nach der *Hypothese der sozialen Rolle* (Eagly, 1987) gibt es keine mit dem jeweiligen biologischen Geschlecht angelegten Geschlechtsunterschiede. Vielmehr werden sie auf die jeweiligen Anforderungen der spezifischen sozialen Rolle und die spezielle Situation zurückgeführt. Der Schwerpunkt liegt hier, wie auch bei den folgenden Ansätzen, in dem interaktionalen Aspekt. Erwachsene konstruieren ihre soziale Realität fortwährend. Auch geschlechtsspezifisches Verhalten ist von der jeweiligen Situation und der Interpretation dieser Situation durch das Individuum abhängig. Die Wahrnehmung einer spezifischen Rolle oder die Kombination verschiedener Rollen erhöhen die Wahrscheinlichkeit bestimmten Stressoren ausgesetzt zu werden. Die Geschlechtsunterschiede entstehen durch die spezifischen von Männern und Frauen wahrgenommenen Rollen, sind jedoch nicht von vornherein festgelegt. Um die Entstehung von Geschlechtsunterschieden nachvollziehen zu können, muss man sich deswegen mit grundlegenden Aspekten der sozialen Organisation und mit der Stellung von Männern und Frauen auseinandersetzen (Aneshensel & Pearlin, 1990). Folgt man dieser Strömung, dann existieren die Geschlechtsunterschiede in der Pflege nur deshalb, weil Männer und Frauen auch in der familiären Pflege unterschiedliche Rollen besetzen. Frauen sind beispielsweise mehr in die Pflege involviert und übernehmen andere Aufgaben als Männer (Miller, 1990, Miller & Cafasso, 1992).

Ein ähnlicher Ansatz geht auf West und Zimmermann (1987) zurück. Sie nehmen an, dass Geschlecht in jeder alltäglichen Handlung eine Rolle spielt. Da die alltäglichen Aufgaben und Handlungen mit Geschlecht assoziiert werden, werden fortwährend bestehende Geschlechtsunterschiede bekräftigt und neue generiert. Da-

bei sprechen sie von „*doing gender*“ („Geschlecht machen“) und meinen damit, dass Geschlecht auch aktiv eine Rolle spielt und nicht nur eine biologisch zugeschriebenes Attribut ist.

Auf das *Stressparadigma*, das die theoretische Grundlage für die vorliegende Arbeit bildet, wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da es in Punkt 2.4. ausführlich dargestellt wird.

Ein weiterer Ansatz geht davon aus, dass sich die *Geschlechtsrollen* möglicherweise über die Lebenszeit hinweg *verändern*. Gutmann (1987) nimmt an, dass sich die Geschlecht im Alter einander annähern. Demnach werden Frauen im Alter instrumenteller und problemorientierter als in jungen Jahren und Männer emotionaler. Folgt man dieser These so entspräche die Pflgetätigkeit im Alter eher der männlichen Rolle, in jüngeren Jahren hingegen eher der weiblichen.

Spezifische Erklärungsansätze im Rahmen des Stressparadigmas. Eine Möglichkeit, um die Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand pflegender Männer und Frauen zu erklären, ist die „*loss of shared meaning*“ *Hypothese* (Hooker et al, 2000). Hier geht man davon aus, dass der Verlust der Reziprozität der (ehelichen) Beziehung zu einem schlechteren *psychischen und physischen Gesundheitszustand* des Pflegenden, vor allem des weiblichen Pflegenden, führt. Forschungsarbeiten zu langjährigen Ehen belegen, dass für Frauen Zufriedenheit in der ehelichen Beziehung stärker mit den psychischen und physischen Wohlbefinden zusammenhängt als für Männer (Levenson et al, 1993).

Eine weitere mögliche Erklärung für Geschlechtsunterschiede bei den psychischen und physischen Folgen der Pflege ist die geringere objektive Belastung von Männern. Die schlechtere psychische und physische Gesundheit pflegender Frauen wäre dann durch ihre größere objektive Belastung zu erklären (Carpenter & Miller, 2002, Horwitz, 1985, Kramer & Kipnis, 1995, Miller & Cafasso, 1992, Young & Kahana, 1989, Yee & Schulz, 2000).

Es gibt außerdem Forscher die unterschiedliche externe oder interne Ressourcen, wie die Persönlichkeit der Pflegenden, für die große Variabilität ihres Gesundheitszustandes verantwortlich machen (Hooker et al, 1998).

Weiterhin existiert der Ansatz, den unterschiedlichen Gesundheitszustand männlicher und weiblicher Pfleger durch die geschlechtsspezifische Präferenz im Gebrauch von Bewältigungsstrategien zu erklären. Die von Frauen verwendeten Bewältigungsstrategien sind demnach weniger effektiv, helfen also in geringeren Ausmaß als die von männlichen Pflegenden verwendeten dabei, die negativen Langzeitfolgen für die psychische und physische Gesundheit zu reduzieren (Lutzky & Knight, 1994).

2.3.3 Allgemeine empirische Befunde zu Geschlechtsunterschieden bei pflegenden Angehörigen

Es gibt eine große Anzahl von Studien, die sich mit der Beziehung von Geschlecht und Pflege beschäftigen. Allerdings existieren bisher wenige Arbeiten, die versuchen die Ergebnisse dieser Untersuchungen zu systematisieren und zusammenzufassen (Yee & Schulz, 2000). Die meisten Forschungsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen belasteter sind als Männer, ihre psychische und physische Gesundheit schlechter ist als die von Männern und sie eher emotionsorientierte Bewältigungsstrategien verwenden. Ausführlicher wird darauf in Punkt 2.5.2 eingegangen. Untersuchungen mit einer Kontrollgruppe Nichtpflegender finden meist größere Geschlechtsunterschiede als solche, die die nur Pflegende Demenzkranke untersuchen (Ford et al, 1997). Im Folgenden werden Ergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei der familiären Pflege dargestellt, die genereller Art sind oder sich auf die objektive Belastung der Pflegenden beziehen.

Einige Studien finden Geschlechtsunterschiede bezüglich des *Alters* der Pflegeperson. Bei Pflegebeginn sind Männer im Durchschnitt älter als Frauen (Barusch & Spaid, 1989).

In vielen Untersuchungen geht man davon aus, dass zwischen dem Maß der *funktionellen Beeinträchtigung* des Pflegebedürftigen und der Intensität der Pflegetätigkeit ein Zusammenhang besteht. Je beeinträchtiger der Erkrankte ist, desto mehr Pflegeaufwand wird erforderlich (Haley, 1997). Würden sich Männer und Frauen also in der Intensität der aufgewandten Pflege unterscheiden, so ließe sich damit eventuell die unterschiedliche Belastung erklären. In der Mehrheit der Studien finden sich jedoch keine Geschlechtsunterschiede in dem Ausmaß der funkti-

onellen Beeinträchtigung der Erkrankten (Miller & Cafasso, 1992). Einige Untersuchungen hingegen finden Geschlechtsunterschiede. Frauen pflegen weniger stark Beeinträchtigte als Männern (Barusch & Spaid, 1989).

In den meisten Studien findet sich, dass Frauen mehr in die Pflege involviert sind als Männer und sowohl mehr „Activities of Daily Living“ (ADL's) als auch mehr „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL's) übernehmen (Horowitz, 1985, Kramer & Kipnis, 1995, Young & Kahana, 1989). Außerdem wird häufig gezeigt, dass Frauen mehr Zeit mit der Pflege verbringen als Männer (Horowitz, 1985, Neal et al, 1997).

Andere Untersuchungen hingegen kommen zu dem Ergebnis, dass es kaum Geschlechtsunterschiede im Ausmaß der *Involvierung in die Pflege* gibt (Ford et al, 1997, Horowitz, 1985, Miller, 1987, Miller & Cafasso, 1992). So vollbringen Männer und Frauen durchschnittlich die gleiche Anzahl an unterschiedlichen Pflegetätigkeiten (Barusch & Spaid 1989)

Bei der *Art der Pflegetätigkeit* finden sich in der Mehrheit der Untersuchungen Geschlechtsunterschiede. Frauen und Männer führen jeweils eher geschlechtsspezifische Pflegeaufgaben aus (Kramer & Kipnis, 1995, Ford et al, 1997, Young & Kahana, 1989). Horowitz (1985) kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen eher praktische („hands on“), alltägliche Pflegetätigkeiten übernehmen und Männer eher intermittierende Unterstützung leisten. Frauen erbringen generell mehr persönliche Pflege (Chang & White-Means, 1991, Collins & Jones, 1997, Dwyer & Coward, 1991, Kramer & Kipnis, 1995, Miller & Kaufman, 1996, Rose-Rego et al 1998, Stoller, 1990), übernehmen mehr Haushaltstätigkeiten (Collins & Jones, 1997, Dwyer & Coward, 1991, Frederiksen, 1996, Ingersoll- Dayton et al, 1996, Horowitz, 1985, Miller & Cafasso, 1992, Miller & Kaufman, 1996, Neal et al, 1997, Rose-Rego et al, 1998) und mehr verschiedene Pflegeaufgaben (Dwyer & Coward, 1991, Horowitz, 1985, Neal et al, 1997, Stoller, 1990). Männer hingegen leisten eher finanzielle Unterstützung und übernehmen handwerkliche Arbeiten (Young & Kahana, 1989).

Es existieren aber auch Studien, die in einigen Bereichen keine Geschlechtsunterschiede bei der Art der Pflegetätigkeit finden (Barusch & Spaid, 1989, Ford et al, 1997, Miller, 1987, Neal et al, 1997, Pruchno & Resch, 1989, Tennstedt et al, 1993). Und auch Forschungsergebnisse, die nicht belegen können, dass Männer

eher intermittierende Unterstützung leisten (Chang & White-Means, 1991, Kramer & Kipnis, 1995).

Betrachtet man die *soziale Unterstützung*, die Pflegende erhalten, so kommen die meisten Forschungsarbeiten zu dem Ergebnis, dass pflegende Frauen weniger soziale Unterstützung erhalten als Männer (Ingersoll-Dayton, et al, 1996, Pruchno & Resch, 1989). Man geht davon aus dass ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung mit einem hohen Ausmaß an psychischer und physischer Gesundheit verbunden ist (Haley, 1997).

Harris (1993/1998) beschäftigt sich speziell mit *pflegenden Männern*, da diese ihrer Meinung nach lange in der Forschung vernachlässigt wurden. In ihren qualitativen Arbeiten verweist sie auf für männliche Pflegende häufig auftretenden Themen, wie Verpflichtung, soziale Isolierung und Verlust der weiblichen Begleitung. Dabei entwickelt sie eine Typologie männlicher Pflegender im Allgemeinen und eine Typologie pflegender Söhne. Stoller (1990) kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahl der männlichen Pflegenden mit der Zeit leicht abnimmt, die der pflegenden Söhne jedoch stabil bleibt.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass an pflegende Frauen größere Anforderungen gestellt werden als an pflegende Männer. Dies bezieht sich besonders auf die durchschnittliche aufgewandte Pflegezeit und die Ausführung von praktischer, alltäglicher Pflege (Yee & Schulz, 2000).

2.3.4 Zusammenfassung

Generell kann man zwischen dem biologische und dem sozialen Geschlecht unterscheiden. In der gerontologischen Forschung, die sich seit den achtziger Jahren mit dem Thema Geschlechtsunterschiede befasst, standen lange Zeit pflegende Frauen im Mittelpunkt, da bis heute die meisten pflegenden Angehörigen weiblich sind.

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlichster Erklärungsansätze für die in der Forschung gefundenen Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Belastung, deren Folgen und deren Bewältigung bei pflegenden Angehöriger. Dazu zählen unter anderem die geschlechtsspezifische Aufteilung der Hausarbeit, die unterschiedliche moralische Entwicklung von Männern und Frauen, die unterschiedliche Sozia-

lisierung, die geschlechtsspezifischen Rollen, die unterschiedliche Erwartung an die jeweilige Geschlechtsrolle und das Stressparadigma, das dieser Arbeit als theoretischer Rahmen zugrunde liegt.

Im Hinblick auf generelle Geschlechtsunterschiede bei der familiären Pflege, finden sich widersprüchliche Forschungsergebnisse. Die meisten Studien entdecken keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der funktionellen Beeinträchtigung des Erkrankten. Frauen scheinen jedoch stärker in die Pflege involviert zu sein als Männer. Die meisten Unterschiede zwischen Männern und Frauen treten jedoch bei der Art der Pfllegetätigkeit auf. Frauen leisten mehr persönliche Pflege und Haushaltstätigkeiten, Männer mehr finanzielle Unterstützung und handwerkliche Arbeiten.

2.4 Stresstheorien

Psychologische Stresstheorien bilden in dieser Diplomarbeit den grundlegenden theoretischen Rahmen, in den die Konzepte der Belastung und der Bewältigung (siehe 2.5) eingebunden sind. Die Mehrheit theoretischer Modelle der Pflege basiert auf der kognitiv-transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), diese wird zuerst dargestellt, da sie den allgemeinen theoretischen Rahmen für diese Arbeit bildet. Im Anschluss werden zwei verschiedene pflegespezifische Stressmodelle erläutert. Zum Ersten das Modell für die familiäre Pflege Demenzkranker nach Pearlin (Pearlin et al., 1990), das dieser Arbeit zugrunde liegt. Zum Zweiten eine Erweiterung des Modells von Pearlin, das Modell für pflegende Angehörige nach Zarit (1992). Unterschiede zwischen den pflegebezogenen Stressmodellen ergeben sich vor allem aus der unterschiedlichen Elaboriertheit einzelner Komponenten.

2.4.1 Kognitiv-transaktionale Stresstheorie

Lazarus und seine Mitarbeiter haben die Stressforschung der letzten Jahrzehnte nachhaltig geprägt (Bodenmann, 1997). Es existieren viele verschiedene Definitionen von Stress (Schulz & Salthouse, 1999), Lazarus und Kollegen definieren Stress folgendermaßen: „Stress is any event in which environmental or internal demands tax or exceed the adaptive resources of an individual, social system, or tissue system“ (Lazarus & Launier 1978, S.296). Sie gehen über eine dichotome

Sichtweise von Stress hinaus und nehmen eine prozesshafte, wechselseitige Beziehung zwischen einem *Individuum* und seiner sich verändernden *Umwelt* an (Lazarus & Folkman, 1987). Der Begriff „transaktional“ verdeutlicht dass es nicht nur um eine Input (kritische situative Anforderung) - Output (Reaktion des Organismus) Gleichung geht, sondern um eine wechselseitige Beziehung zwischen der Person und seiner Umwelt. Die Verwendung des Begriffs „kognitiv“, soll verdeutlichen, dass das Modell von einem denkenden und fühlenden Individuum ausgeht (Schwarzer, 2000). Es werden keine transsituational stabilen Persönlichkeitskonstrukte zugrunde gelegt (Broda, 1987). Damit wird Stress zu einem relationalen Konstrukt, das durch das Zusammenspiel von Umwelt und Person erklärt werden kann (Bodenmann, 1997).

Nicht alle Umweltinformationen werden generell als Stressoren eingestuft. Der Mensch selektiert aus den ihm potenziell zur Verfügung stehenden Informationen, solche, die ihm stressrelevant erscheinen (Pearlin, 1999). Diese stressrelevanten Informationen (Stressoren) werden kognitiven Einschätzungsprozessen unterzogen (Schacke, 2001). Es findet also eine fortwährende Bewertung aller Ereignisse im Bezug auf das eigene Wohlbefinden statt (Lazarus & Folkman, 1987). Psychologischer Stress entsteht, wenn eine Person eine Situation oder ein Ereignis als bedrohend, schädigend oder herausfordernd einschätzt (*primäre Einschätzung*) und die durch innere oder äußere Bedingungen gestellten Anforderungen als die eigenen Ressourcen beanspruchend oder übersteigernd wahrnimmt (*sekundäre Einschätzung*). Relevant ist also weniger die objektive Stimulusqualität, sondern vielmehr die subjektive Repräsentation eines Ereignisses durch die Person. Die kognitive Bewertung ist damit der entscheidende Faktor für das Erleben von Stress.

Es treten zwei Aspekte des kognitiven Stressprozesses auf: die primäre Einschätzung („primary appraisal“) und die sekundäre Einschätzung („secondary appraisal“). Bei der primären Einschätzung wird die Situation intern abgebildet und bewertet, welche Bedeutung das Ereignis für das eigene Wohlergehen hat (Lazarus & Folkman, 1987). Sie richtet sich überwiegend auf Informationen aus der Umwelt. Bei der sekundären Einschätzung wird eine kognitive Repräsentation der eigenen Person aktiviert, ein Selbstmodell also, um zu überprüfen, ob mit den eigenen Kompetenzen und Bewältigungsreserven (z.B. intellektuelle, soziale Fähigkeiten, Zeit, etc.) den Umweltaforderungen begegnet werden kann (Schacke, 2001). Sie

stützt sich vor allem auf Merkmale der Person. Schwarzer (2000) spricht in diesem Zusammenhang von Ereigniswahrnehmung oder Situationsmodell (primäre Einschätzung) und Ressourcenwahrnehmung oder Selbstmodell (sekundäre Einschätzung). Die erste und die zweite Einschätzung laufen nicht in einer zeitlich festgelegten Reihenfolge ab. Die sekundäre kann zeitlich vor, nach oder gleichzeitig mit der primären Einschätzung auftreten. Es müssen auch nicht immer beide Arten von Einschätzung ablaufen. Vorerfahrungen und gelernte Prozesse sind dabei immer ausschlaggebend (Lazarus, 1991).

Aus der Art und Weise der Einschätzungen resultieren unterschiedliche *Bewältigungsformen (Coping)*. Genauer wird darauf im Punkt 2.5 eingegangen. Lazarus & Folkman (1984) verstehen unter Bewältigung kognitive oder verhaltensbezogene Bemühungen, mit einer stressreichen Situation umzugehen, indem sie gemeistert, abgeschwächt, toleriert oder vermieden wird.

Sie unterscheiden zwischen problem- und emotionsorientierter Bewältigung (Powers et al, 2002). Im ersten Fall geht es darum, das Problem zu lösen, im zweiten darum die Belastungssymptome zu lindern. Problemorientierte Bewältigung bezieht sich auf Strategien, die sich direkt auf die Beseitigung oder Minderung des Stressors konzentrieren, durch eher instrumentelles Verhalten. Emotionsorientierte Bewältigung bezieht sich auf Versuche, durch Stressoren ausgelöste Emotionen zu regulieren.

Die verschiedenen Bewältigungsstrategien können effektiv sein oder auch nicht. Das heißt sie können mehr oder weniger dazu beitragen Stress zu reduzieren. Nach Lazarus & Folkman (1984) werden auch jene Verhaltensweisen, die nicht helfen Stress zu reduzieren, als Bewältigungsstrategien bezeichnet (Pruchno & Resch, 1989).

Die Bewältigungsversuche können kurzfristige (z.B. Änderung der Gefühlslage, körperlicher Vorgänge) oder langfristige (z.B. Veränderung der psychischen oder physischen Gesundheit, Veränderung des allgemeinen Wohlbefindens) *Konsequenzen (Outcomes)* mit sich bringen. Kurzfristige Konsequenzen können unmittelbar verändert werden. Misslingt die Bewältigung jedoch ganz oder teilweise, so können sich längerfristige Konsequenzen für die psychische und physische Gesundheit und das Wohlbefinden ergeben. Abbildung 1 stellt Stress und Bewältigung aus transaktionaler Perspektive dar.

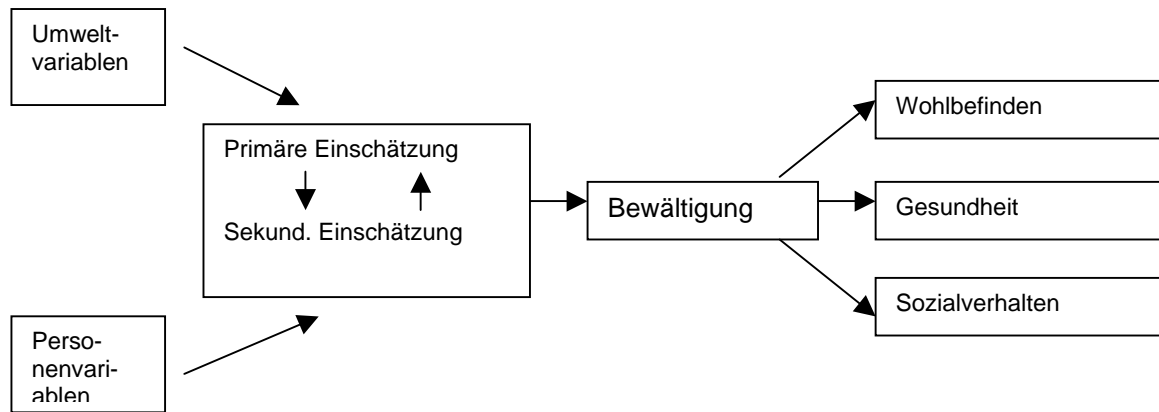


Abbildung 1: Stress und Bewältigung aus transaktionaler Perspektive, aus Schwarzer (2000), S.16

Das kognitiv-transaktionale Modell geht über eine reine Stresstheorie hinaus, da es komplexe Bewältigungsvorgänge, Kontextbedingungen und Konsequenzen von psychologischem Stress mit einschließt (Schacke, 2001). Im Laufe der Zeit haben Lazarus und seine Mitarbeiter den Fokus ihres Interesses verändert. So sprechen sie heute nicht mehr von einer Stress-, sondern von einer Emotionstheorie (Heim, 1998).

2.4.2 Konzeptuelles Modell für die familiäre Pflege Demenzkranker (Pearlin et al, 1990)

Nach Pearlin (1999) kann man nicht von dem Stressprozess an sich sprechen, der unidirektional nach klaren Regeln verläuft. Die spezifischen Umstände, die bestimmte Stressoren verursachen und die Bedingungen die die Auswirkungen dieser Stressoren regulieren, sind hochkomplex und variabel. Deswegen ist es unabdingbar dieser Arbeit ein speziell auf die Pflegesituation von Demenzkranken zugeschnittenes Stressmodell zugrunde zu legen. Es handelt sich dabei um die theoretischen Überlegungen von Pearlin und Kollegen (1990).

Pflegende sind im Verlauf der Pflege eines demenziell Erkrankten multiplen Stressoren ausgesetzt (Ford et al, 1997). Nach Pearlin (1990) ist „caregiver stress“ „... eine Mischung aus Umständen, Erfahrungen, Reaktionen und Ressourcen die zwischen einzelnen Pflegenden stark variieren und deshalb auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Verhalten jedes Pflegenden haben“

(S.591). Er konzipierte ein multidimensionales Stressmodell, das den dynamischen Charakter des Belastungserlebens und der Bewältigung pflegender Angehöriger innerhalb der Pflegesituation betont und konzeptionalisiert so die Pflege eines demenziell erkrankten Angehörigen als spezifischen Fall der Stressverarbeitung. Dabei hebt er hervor, dass es sich um konzeptuelle Rahmenüberlegungen handelt, die eher heuristischen Wert besitzen (Pearlin, 1990). Aufgrund der Wichtigkeit von Subjektivität in Pearlins Konzept, ist zu betonen, dass Pflege nicht zwangsläufig für jede Person einen Stressor darstellt. Sie kann durchaus eine positive Herausforderung sein, die dem Pflegenden ein Gefühl der Kompetenz und Zufriedenheit vermittelt (Wells & Kendig, 1997).

Pearlins Prozessmodell der Pflegebelastung setzt sich aus vier Komponenten zusammen: dem Kontext der Stresssituation, den primären und sekundären Stressoren, den Mediatoren des Stressgeschehens und den Konsequenzen der Belastungen. Diese unterschiedlichen Variablen interagieren miteinander, ihre Effekte können je nach Pflegeperson stark variieren. Veränderungen in einer Komponente können Veränderungen in den anderen Komponenten bewirken. Das Modell ist in Abbildung 2 dargestellt.

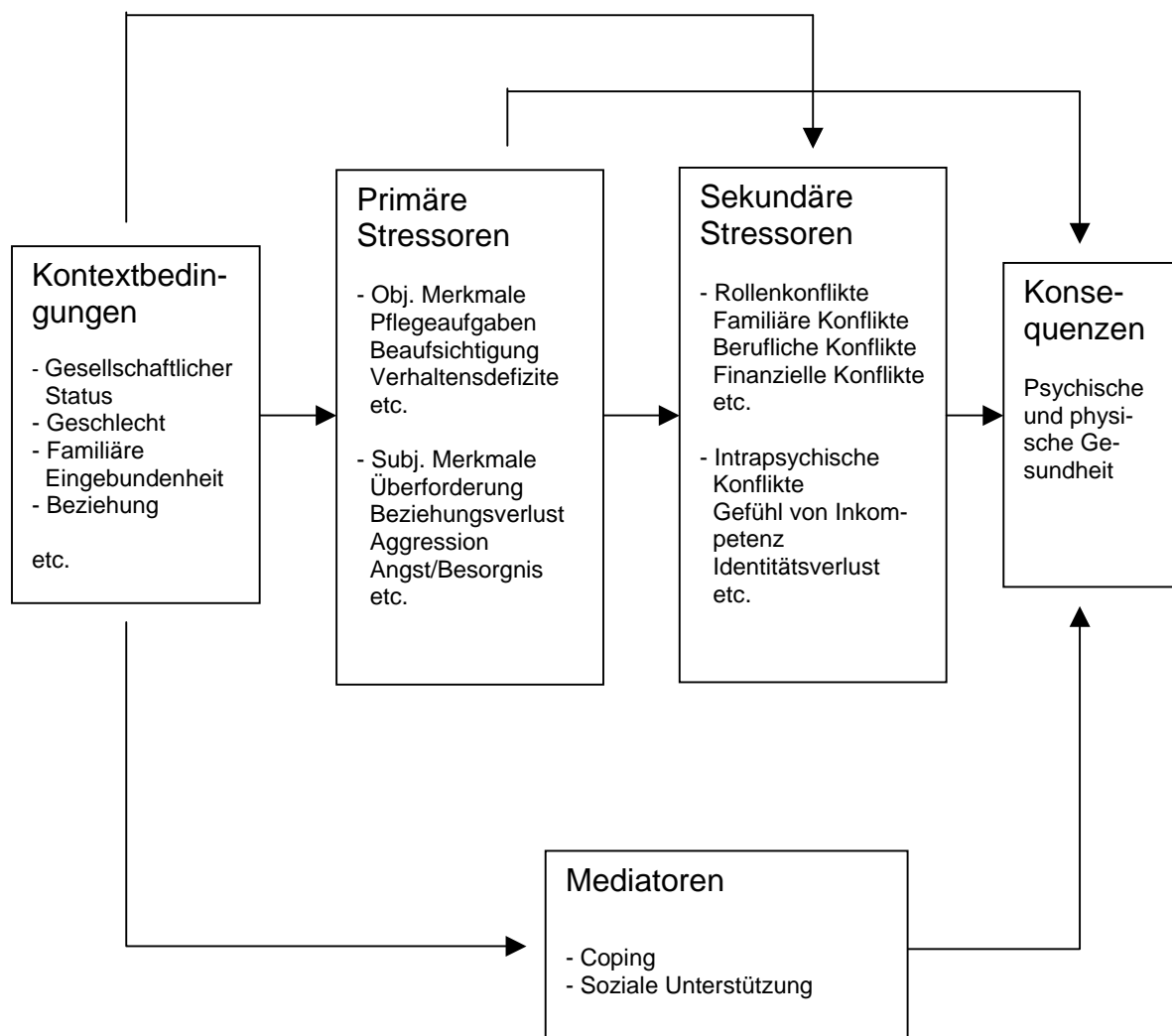


Abbildung 2: Konzeptuelles Modell der Pflegebelastung nach Pearlin et al (1990)

Kontextbedingungen. Die individuelle Lage jedes pflegenden Angehörigen und des Erkrankten ist durch die charakteristischen Merkmale ihrer speziellen Situation gekennzeichnet. Sie hat direkt oder indirekt Auswirkungen auf alle anderen Komponenten des hier beschriebenen Modells. Zu den Kontextvariablen der Pflegesituation zählen soziodemographische Merkmale, wie beispielsweise gesellschaftlicher Status, Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand verstanden. Des weiteren ökonomische und soziale Ressourcen, wie z.B. familiäre Eingebundenheit, verwandtschaftliche Verhältnis zum Erkrankten und Qualität der Beziehung zum Pflegebedürftigen vor Erkrankungsbeginn. Auch die Pflegevergangenheit und die Verfügbarkeit pflegebezogener Hilfsmittel zählen zu den Kontextvariablen. All diese Bedingungen modulieren die Intensität des Stresserlebens.

Stressoren. Die Pflege eines demenziell Erkrankten ist zumeist langwierig und belastend. Sie ist kein einheitlicher Stressor, sondern kann vielfältige, vor allem chronische Stressoren mit sich bringen (Aneshensel et al, 1995, Gottlieb & Wolfe, 2002). Pearlin (1990, p. 586) definiert Stressoren als „Bedingungen, Erfahrungen und Aktivitäten, die problematisch (...) sind“. Eine Besonderheit seines Ansatzes ist die ausdrückliche Unterscheidung zwischen primären und sekundären Stressoren der Pflege. Die Bezeichnung „primäre und sekundäre Stressoren“ dient dazu die zeitliche Abfolge zu kennzeichnen (Pearlin, 1999). Es soll betont werden, dass Stressoren zeitlich versetzt auftreten und besonders schwerwiegende Stressoren (primäre Stressoren), vor allem chronischer Art, wiederum andere Stressoren (sekundäre Stressoren) erzeugen können. Diesen Prozess bezeichnet man als Stressproliferation (Pearlin, 1999). Pearlin (1990) hebt hervor, dass Pflegende multiplen Stressoren ausgesetzt sind und im dynamischen Verlauf des Stressprozesses mit sich ständig verändernden Stressorenkonfigurationen konfrontiert werden.

Primäre Stressoren entstehen unmittelbar aus der Pflegetätigkeit (Ford et al, 1997), aus den Bedürfnissen des Erkrankten und aus Ereignissen, die auf die kognitive Beeinträchtigung des Erkrankten zurückzuführen sind, wie beispielsweise der Grad der kognitiven Einbußen, die Symptomatik der Demenzerkrankung (z.B. das Ausmaß problematischer Verhaltensweisen) und der damit verbundene Pflegeaufwand (z.B. Anzahl der Tätigkeiten, die für den Erkrankten übernommen werden müssen).

Unter *sekundären Stressoren* versteht man die Auswirkungen und Anforderungen, die sich aus den mit der Pflege verbundenen Aufgaben (den primären Stressoren) für andere Lebensbereiche der pflegenden Angehörigen ergeben können. Die ursprünglichen Stressoren können also in eine ganze Serie neuer, zusätzlicher Stressoren übergehen. Bei pflegenden Angehörigen kann die Stressproliferation auf andere Lebensbereiche sehr ausgeprägt sein. Sekundäre Stressoren entstehen nicht direkt aus der Pflegesituation sind aber eine unmittelbare Folge davon. Zu ihnen zählen Rollenkonflikte und intrapsychische Prozesse.

Nach Goode (1960) kann man das Konzept der Rollenbelastung in die Konzepte des Rollenkonflikts und der Rollenüberlastung differenzieren (Edwards et al, 2002). Jeder Mensch lebt vielfältige, multiple Rollen. So hat eine Frau mittleren Alters beispielsweise die Rolle der Ehefrau, der Mutter, der Berufstätigen und viele

mehr (Brody, 1984). Gerade bei pflegenden Angehörigen entstehen oftmals Rollenkonflikte, da die Rolle des Pflegenden sehr beanspruchend ist und deshalb mit anderen Rollen konkurriert. Es kann bei pflegenden Angehörigen aber auch zur Rollenüberlastung kommen (Aneshensel et al, 1995). Das ist dann der Fall, wenn die Anforderungen einer oder auch mehrerer Rollen die Kapazität des Betroffenen übersteigen (Pearlin, 1999). In seinem Modell zielt Pearlin (1990) unter anderem auf familiäre Konflikte, Doppelbelastung durch Beruf und Pflege, Konflikte mit der Freizeitgestaltung, finanzielle und soziale Aspekte ab.

Mit dem Begriff „intrapyschische Prozesse“ meint der Autor Vorgänge, die lediglich den Pflegenden betreffen. Er versteht darunter Veränderungen des Selbstkonzepts, im Besonderen des Selbstwertgefühls und der Selbsteinschätzung in bezug auf die Bewältigung der Situation. Des Weiteren das Gefühl die Pflegerolle unfreiwillig übernommen zu haben („role captivity“) der empfundene Verlust des eigenen Selbst und auch positive Aspekte wie Kompetenz und Bereicherung.

Konsequenzen. Generell muss man zwischen unmittelbarer Reaktion und längerfristiger Konsequenz differenzieren, wie das auch Lazarus und seine Kollegen (1984) tun (siehe 2.4.1). Längerfristige schädliche Auswirkungen der Stressoren werden von Pearlin als *Konsequenzen (Outcomes)* bezeichnet. Man unterscheidet sie in Bezug auf soziale, psychische und physische Auswirkungen. Im Falle chronischer Stressoren, wie bei der familiären Pflege eines Demenzkranken, sind langfristige negative Konsequenzen für die Gesundheit und die psychische Befindlichkeit sehr wahrscheinlich. Hierbei ist nicht nur das Ausmaß des subjektiv wahrgenommenen Stressses ausschlaggebend, sondern auch die Kontextvariablen (Schecke, 2001).

Mediatoren. Mediatoren vermitteln zwischen den Stressoren und den Konsequenzen (Outcomes) und können abschwächend oder verstärkend wirken. Sie sind maßgeblich daran beteiligt, dass objektiv vergleichbare Situationen interindividuell als unterschiedlich stark belastend erlebt werden.

Bei den Mediatoren des Belastungserlebens betrachtet Pearlin Bewältigungsstrategien (siehe 2.5) und soziale Unterstützung als wesentliche Einflussgrößen. Durch die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Stressoren ist es möglich nicht nur den Einfluss von Moderatoren auf allgemeine, sondern auch auf spezifische Stressoren zu ermitteln.

Auf der Basis empirischer Befunde unterscheiden Pearlin und Kollegen (1990) drei Formen und Funktionen von Bewältigung: Den Umgang mit der stressreichen Situation als solcher („Management of Situation“), den Umgang mit der Bedeutung der Situation („Management of Meaning“) und den Umgang mit den aus der Situation resultierenden Stresssymptomen („Management of Stress Symptoms“). Sie setzen an jeweils unterschiedlichen Punkten des Stressprozesses an (Schacke, 2001).

„Management of Situation“ bezieht sich auf den direkten Umgang mit den relevanten Stressoren. Das Bewältigungsverhalten ist eher problemorientiert, instrumentell und aktiv. Es richtet sich vor allem darauf das Auftreten des Stressors zu verhindern oder abzuschwächen. Beispiele dafür sind, den Erkrankten immer beschäftigt zu halten oder sein Verhalten direkt anzuleiten.

Mit „Management of Meaning“ sind eher kognitiv - emotionale Bewältigungsstrategien gemeint, die stark von dem Wertesystem abhängen das die Person im Laufe ihrer Sozialisation erworben hat (Pearlin & Skaff, 1996). Konkret handelt es sich zum Beispiel um die Suche nach einem tieferen Sinn oder die Reduktion der Erwartung an den Patienten.

Bei „Management of Stress Symptoms“ geht es darum, den entstandenen Stress abzubauen. Dies kann beispielsweise Ablenkung durch Lesen oder Fernsehen sein.

Bei der sozialen Unterstützung unterscheidet das Modell zwischen instrumenteller und expressiver (emotionaler) Unterstützung. Forschungsergebnisse belegen die Bedeutung von sozialer Unterstützung im Hinblick auf langfristige Konsequenzen der Pflege (Pillemer & Sutor, 1996).

Im Laufe der Zeit wurde neben Bewältigung und sozialer Unterstützung die Berücksichtigung weiterer internaler und externaler Ressourcen diskutiert. Dazu zählen das „mastery“- Konzept (Pearlin & Skaff, 1996) und die Bedeutung von Persönlichkeit (Hooker et al, 1994,1998) zur Erklärung der interindividuellen Differenzen bei den langfristigen Konsequenzen von Stress, wie zum Beispiel der physischen und psychischen Gesundheit Pflegenden. Die Persönlichkeit kann die Einschätzungsprozesse bereits direkt a priori beeinflussen, indirekt Einfluss auf eine mehr oder weniger ausgeprägte soziale Unterstützung haben oder im Zusammenhang mit der Verwendung bestimmter Bewältigungsstrategien stehen (Patrick & Hayden, 1999). Demnach müsste Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften

sowohl im im transaktionalen Stressmodell von Lazarus als auch im Modell von Pearlin eine größere Rolle spielen (Gottlieb & Wolfe, 2002).

2.4.3 Modell für pflegende Angehörige nach Zarit (1992)

Auch Zarit (1992) hat ein speziell auf die familiäre Pflege Demenzkranker zugeschnittenes theoretisches Modell der Stressverarbeitung entworfen. Er lehnt sich dabei eng an das Prozessmodell der Pflegebelastung von Pearlin (1990) an und entwickelt es weiter.

Einige grundlegende Annahmen werden übernommen. So auch die vier Komponenten des Modells: Kontext der Stresssituation, primäre und sekundäre Stressoren, Mediatoren des Stressgeschehens und Konsequenzen der Belastungen. Hinzugefügt wird der Bereich der sekundären Bewertung. In Anlehnung an das transaktionale Modell von Lazarus und Folkman (1984), in dem zwischen primärer (Ereigniseinschätzung) und sekundärer Einschätzung (Ressourceneinschätzung) unterschieden wird, differenziert auch Zarit (1992) zwischen diesen Prozessen. Bei der primären Einschätzung wird die Situation intern abgebildet und bewertet, welche Bedeutung das Ereignis für das eigene Wohlergehen. Bei der sekundären Einschätzung wird überprüft, ob die Ressourcen für die Bewältigung der Stressoren ausreichen. Zarit postuliert in seinem Konzept, dass im Rahmen der sekundären Bewertung Informationen darüber gewonnen werden können, wie die gesamte Stresssituation zu bewerten ist und die damit verbundenen Folgen gestaltet werden können.

Beide Modelle gehen prinzipiell davon aus, dass eine individuelle primäre und sekundäre Einschätzung in Bezug auf jeden einzelnen Stressor vorgenommen wird. Dennoch betont besonders Zarit die Bedeutung einer übergeordneten Ressourceneinschätzung (Schacke, 2001). Das Modell zur familiären Pflege von Demenzkranken ist in Abbildung 3 lediglich skizzenhaft dargestellt, da es sich sehr eng an Pearlins Konzept anlehnt.

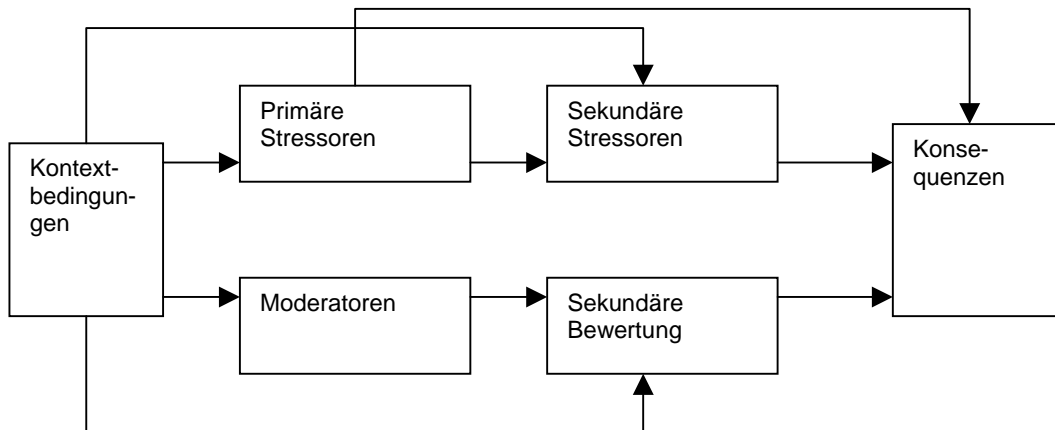


Abbildung 3: Theoretisches Modell für pflegende Angehörige nach Zarit (1992)

2.4.4 Zusammenfassung

Der überwiegende Teil theoretischer Modelle zur Angehörigenpflege basiert auf dem kognitiv-transaktionalen Ansatz von Lazarus. Alle diese Modelle berücksichtigen objektive Stressoren, die subjektive Bewertung dieser Stressoren und daraus resultierende Belastungsreaktionen (Konsequenzen).

Es wurden zwei pflegespezifische Stressmodelle dargestellt. Der dieser Arbeit zugrunde liegende Ansatz lehnt sich eng an die Arbeit von Pearlin et al (1990) an. Er bezieht sich explizit auf die familiäre Pflege Demenzkranker und berücksichtigt moderierende Variablen wie beispielsweise die Bewältigung. Die inhaltlichen Modellkomponenten wurden ausführlich dargestellt.

2.5 Belastung und Bewältigung

Die Konzepte der Belastung und der Bewältigung werden in dieser Diplomarbeit im Rahmen von Stresstheorien (siehe 2.4) betrachtet. Da beide Konzepte von zentraler Bedeutung für diese Arbeit sind und besonders im pflegespezifischen Kontext betrachtet werden, sollen sie an dieser Stelle noch einmal herausgegriffen werden. Im Anschluss daran werden empirische Ergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei der pflegespezifischen Belastung und dann bei deren Bewältigung dargestellt. Abschließend findet eine kritische Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen bisheriger Untersuchungen, die sich mit Geschlechtsunterschieden bei pflegenden Angehörigen befassen, statt.

2.5.1 Pflegebedingte Belastung und deren Bewältigung

2.5.1.1 Pflegebedingte Belastung

Seit Ende der siebziger Jahre beschäftigt man sich mit der Belastung pflegender Familienangehöriger, speziell auch im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen (Gunzelmann, 1991). Seitdem gilt häusliche Pflege als potenziell belastend (Gräßel, 1994, Patrick & Hayden, 1999, Shaw et al, 1997), besonders dann wenn es sich um demenzkranke Pflegebedürftige handelt (Schulz et al, 1995). Die zeitliche Beanspruchung durch die Pflege eines Demenzkranken sowie die weitreichenden psychischen und physischen Folgen wirken sich auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche der Pflegenden aus. Dazu zählen die Gestaltung des Alltags, die Partnerschaft, die inner- und außerfamiliären Beziehungen und die Zukunftsperspektiven der pflegenden Angehörigen. Die Betreuung bringt viele Pflegende an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, so dass sie häufig selbst erkranken und zu sogenannten „hidden patients“ werden. Obwohl es bis heute gesellschaftlich nur wenig anerkannt wird, sind Pflegende im Vergleich zu Nichtpflegenden stärker psychisch und physisch beeinträchtigt (Haley, 1997, Wilz et al, 1999, Yee & Schulz, 2000). Dabei gibt es Hinweise, dass weibliche Pflegende Demenzkranker, im Vergleich zu Pflegenden von Patienten mit anderen Krankheiten, besonders stark belastet sind (Hooker et al, 2000).

Zusammenfassend lassen sich die verschiedenen Aspekte pflegebedingter Belastung wie folgt darstellen (Kruse, 1994):

- Physische und psychische Überforderung durch die Pflege
 - hohe zeitliche Beanspruchung
 - spezifische Krankheitssymptome des Demenzkranken (z.B. Inkontinenz)
 - Persönlichkeitsveränderungen und Verhalten des Erkrankten
 - Gefühle der Entfremdung, emotionale Distanz zum Erkrankten
 - Aufgabe des Berufs
 - abnehmendes Spektrum verwirklichter Interessen
 - abnehmende inner- und außerfamiliäre Kontakte
 - Krisen und Spannungen in der Ehe
 - geringer Unterstützung bei der Pflege durch die Familie
 - fehlende Zukunftsperspektiven
-

In der Literatur besteht also weitgehende Einigkeit darüber, dass die Pflege eines demenzkranken Familienangehörigen als belastend bezeichnet werden kann, allerdings gibt es über die spezifischen Ursachen dieser Belastung noch wenig eindeutige Erkenntnisse (Schulz et al, 1995). Insgesamt wurde bisher das theoretische Verständnis des Belastungskonzepts nur wenig reflektiert (Gunzelmann, 1991). Auch ein Konsens bezüglich der Definition und Messung von Belastung existiert nicht (Kramer & Kipnis, 1995, Schacke & Zank, 1998). Dies ist vor allem Folge der Entwicklung des Konzepts der pflegebedingten Belastung aus der klinischen Anwendung heraus (Gunzelmann, 1991). Belastung wird in der gerontologischen Literatur oft als eindimensionales Konstrukt gesehen. Häufig wird es sehr unterschiedlich definiert, wenig spezifiziert und die Begrifflichkeiten konfundiert (Morris et al, 1991). Zudem variieren die Messinstrumente stark (Poulshock & Deimling, 1984). Im Laufe der Zeit wurden jedoch mehrere Versuche einer Begriffsklärung und Spezifizierung unternommen.

Dazu zählt auch das dieser Arbeit zugrunde gelegte Modell von Pearlin und Kollegen (1990) (siehe auch 2.4.2). Es konzeptionalisiert Belastung durch Pflege als eine situationsspezifische Form von Stress und unterscheidet zwischen objektiv vorhandener Belastung und subjektivem Belastungserleben.

Mit dem Konzept der „objektiven Belastung“ sind die objektiven Aspekte der primären und sekundären Belastungsdimensionen gemeint, in die das Modell differenziert. Die primäre Belastung wird direkt durch die Anforderungen der Pflegesituation bedingt, wie beispielsweise die Dauer und Art der Pfl egetätigkeit oder die Kognitions- und Verhaltensänderungen des Patienten (Meier et al, 1999). Die sekundäre Belastung ergibt sich aus den Auswirkungen der mit der Pflege verbundenen Aufgaben, also den primären Belastungen, auf andere Lebensbereiche des Pflegenden, zum Beispiel auf den Beruf oder die Freizeit.

Das „subjektive Belastungserleben“ entsteht durch primäre und sekundäre Einschätzungsprozesse. Es ist also die subjektive Wahrnehmung der auf die Person einwirkenden objektiven Stressoren. Das subjektive Belastungserleben ist somit eine Folge der objektiven Belastung.

Belastung wird hier als eine vermittelnde Variable zwischen den Ursachen des Pflegebedarfs und unspezifischen psychischen und physischen Auswirkungen (Outcomes), wie beispielsweise Depression, gesehen (Poulshock & Deimling, 1984, Schacke, 2001). Objektive und subjektive Belastung können negative Aus-

wirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben (Aneshensel, 1999, Patrick & Hayden, 1999), wenn sie nicht erfolgreich bewältigt werden. Dabei ist es wichtig zwischen kurz- und langfristigen Konsequenzen von Stress zu unterscheiden. Unter den kurzfristigen Konsequenzen versteht man die unmittelbare Reaktion auf den Stressor, unter den langfristigen Konsequenzen, die Folgen für die psychische und physische Gesundheit (Outcomes).

In vielen Untersuchungen wird die objektive Belastung mit den „Outcomes“ (Konsequenzen) gleichgesetzt, die Gefahr der Konfundierung ist groß (Lazarus & Folkman, 1987). Es handelt sich jedoch um zwei verschiedenen Aspekte (Patrick & Hayden, 1999). Die unspezifischen Outcomes werden nicht allein durch die Pflege, sondern auch durch Faktoren, die nicht mit der Pflegesituation in Zusammenhang stehen, bedingt. Deshalb kann man diese langfristigen Konsequenzen, die in Form von unspezifischen Wohlbefindensmaßen, wie Depression, erfasst werden nicht mit objektiver Belastung gleichsetzen (Poulshock & Deimling, 1984, Schacke, 2001). Eine Differenzierung des Belastungsbegriffs ist also unabdingbar.

Zusammenfassend wird die pflegebedingte Belastung in dieser Diplomarbeit als situationsspezifisches mehrdimensionales Konstrukt betrachtet, wobei die Differenzierung in objektive und subjektive Belastung zentral ist.

2.5.1.2 Bewältigung von pflegebedingter Belastung

Betrachtet man die Begriffsgeschichte, dann hat „Bewältigung“ mit „Gewalt“ und „walten“ zu tun. Das heißt, „sich einer Sache gewaltig zeigen“, etwas in seine Gewalt bringen, mit etwas fertig werden. Etwas zu bewältigen, bedeutet sich nicht unterkriegen und schon gar nicht überwältigen zu lassen (Filipp, 1997).

Das Konzept der Bewältigung ist aus der Stressforschung erwachsen, sehr eng mit dem Stresskonzept verknüpft und äußerst vielschichtig (Filipp & Klauer, 1988). Daneben lassen sich in der Literatur außerdem die Begriffe „Coping“ und „Belastungsverarbeitung“ finden. Die begrifflichen Konzeptionen und der jeweilige theoretische Rahmen variieren stark (Schwarz et al, 1997). Insgesamt kann man das Bewältigungskonzept als „... ein Versatzstück (...), ein isolierbares „Modul“, das sich mühelos in beliebige Theorien und Forschungsansätze einbauen lässt“ (Weber, 1997), betrachten.

Eines dieser allgemeinen theoretischen Konzepte mit der entsprechenden Taxonomie und Instrument ist das Globalkonzept von Byrne (1966). Haan (1977) unterteilt aus neopsychoanalytischer Sicht in Coping, Abwehr und Fragmentation und postuliert eine Belastungsabhängigkeit der Verarbeitungsart. Steffens und Kächele (1988) haben eine psychoanalytische Sichtweise auf Bewältigung und Brandstädter und Greve (1997) eine handlungstheoretische.

Das in dieser Arbeit als allgemeiner theoretischer Rahmen zugrunde gelegte transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) unterscheidet zwischen emotions- und problemzentriertem Coping (siehe 2.4.1). Perrez (1988) fasst die Konzeption von Bewältigung nach Lazarus folgendermaßen zusammen: „Lazarus und Launier (1978) haben den Bewältigungsprozess von psychischen Belastungen als einen Prozess der dynamischen Wechselwirkung zwischen Faktoren der Situationsbewertung und der Bewertung der eigenen oder überhaupt verfügbaren Bewältigungsressourcen interpretiert. Die Wahl der Coping-Form wird als Resultante dieser Vektoren betrachtet.“

Die in der Bewältigungsforschung untersuchte Spannbreite an Fragestellungen und Inhalten ist beträchtlich (Weber, 1992). In Ergänzung zur Untersuchung des Bewältigungsverhaltens der Erkrankten begann man erst Mitte der achtziger Jahre, sich mit der Bewältigung von pflegebedingter Belastung durch die Angehörigen zu befassen (Heim, 1998). Prinzipiell ist die Analyse der Bewältigung von pflegebedingter Belastung bei Angehörigen Demenzkranker auf der Basis aller oben genannten Konzepte denkbar (Wilz, 1998).

In dem dieser Arbeit zugrunde gelegten pflegespezifischen Stressmodell von Pearlin und Kollegen (1990) (siehe auch 2.4.2), bedingt die objektive Belastung das subjektive Belastungserleben und dies führt dazu, dass Bewältigung erforderlich wird. Pearlin und Schooler (1978) definieren Bewältigung als „any response to external life strain that serves to prevent, avoid or control emotional distress“. Pearlin (1990,1999) zählt Bewältigung zu den Mediatoren des Stressprozesses, wobei er betont, dass es sich dabei um eine konzeptuelle Überlegung und nicht um eine empirisch belegte handelt. Bewältigung und andere Ressourcen können demnach multiple moderierende Funktionen haben (Pearlin, 1999). Sie vermitteln zwischen den Stressoren und den Konsequenzen (Outcomes) und können auf beide abschwächend oder verstärkend wirken (Williamson & Schulz, 1993). Maß-

geblich sind Moderatoren also daran beteiligt, dass objektiv vergleichbare Situationen interindividuell als unterschiedlich stark belastend erlebt werden und zu unterschiedlichen langfristigen Folgen führen. Der Zusammenhang zwischen Stressoren, Bewältigung und langfristigen Folgen für die Gesundheit ist hochkomplex (Pruchno & Resch, 1989).

Nach Pearlin (1990, 1999) hat Bewältigung also eine moderierende Funktion. Vereinfacht lässt sich das wie folgt darstellen:

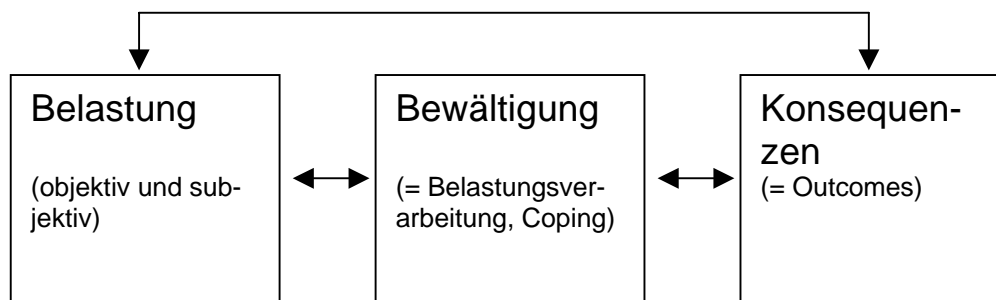


Abbildung 4: Vereinfachte Darstellung des Zusammenhangs zwischen Belastung, Bewältigung und Konsequenzen (nach Pearlin, 1999)

Klassifikation des Bewältigungsverhaltens. Eine Präzisierung des Bewältigungsbegriffs wird vor allem dadurch erschwert, dass es keine einheitlich verwendete Klassifikation der vielfältigen Formen von Bewältigung gibt. Es wäre sinnvoll, die verschiedenen Bewältigungsstrategien, damit sind spezifische Reaktionen in einer speziellen Situation gemeint, einheitlich übergeordneten Kategorien, die man beispielsweise Bewältigungsstile nennen kann, zuzuordnen (Miller & Kirsch, 1987, Heim, 1998). In der Vergangenheit wurde verschiedentlich versucht, diese Vielfalt zu ordnen und entsprechende Messinstrumente zu konstruieren. Die zur Lösung dieser Problems vorgeschlagenen Instrumente sind jedoch genauso unterschiedlich wie die beobachteten Bewältigungsversuche (Schwarz et al, 1997, Shaw et al, 1997). Deswegen liegt auch eine hohe Heterogenität der empirischen Befunde vor. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zukünftiger Studien kann jedoch nur durch eine einheitliche Taxonomie des Bewältigungsverhaltens und eine Klassifikation der Belastungssituation verwirklicht werden (Weber, 1997).

Bisher existieren Klassifizierungen verschiedener Autoren, die Bewältigungsstrategien in zwei bis acht Bewältigungsstile einteilen (Shaw et al, 1997). Es gibt eine Vielzahl an dichotomen Klassifikationen des Bewältigungsverhaltens. Dazu zählen unter anderen die Unterscheidung zwischen „repression“ und „sensitization“ (Byrne 1966), die Unterteilung in „approach vs avoidance coping“ (Cronkite & Moos, 1984), in kognitiv vermeidende und vigilante Reaktionen (Krohne 1989) und in assimilative und akkomodative Bewältigung (Brandstädter, 1989). Die meisten bisherigen Forschungsarbeiten zur Bewältigung von pflegespezifischer Belastung, unterscheiden jedoch zwischen emotions- und problemorientiertem Bewältigung nach Lazarus, da sie im theoretischen Rahmen der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus erfolgten. Auch das entsprechende Instrument, die „Ways of Coping Checklist“ (Folkman & Lazarus, 1980) unterliegt dieser Unterteilung in problem- versus emotionsorientierte Bewältigung. Eine dreidimensionale Klassifizierung schlägt Filipp (1988) vor. Danach wird Bewältigungsverhalten anhand dreier Basisdimensionen, der Verhaltensebene, der Soziabilität und der Aufmerksamkeitsorientierung, eingeteilt.

Pearlin und Kollegen (1990) haben eine pflegespezifische Stresstheorie mit einer entsprechenden zweigeteilten Klassifikation verschiedener Bewältigungsstrategien und dem dazugehörigen Instrument entwickelt, da sie annehmen, dass das Bewältigungsverhalten von der Art des Stressors abhängt und es deshalb wichtig ist, situationsspezifische Theorien und Instrumente zu entwickeln (Pearlin, 1999). Die vorliegende Arbeit befasst sich speziell mit pflegebedingter Belastung und deren Bewältigung. Deswegen ist hier die von Pearlman und Kollegen (1990) entwickelte Einteilung dreizehn verschiedene Bewältigungsstrategien in zwei Bewältigungsstile zugrunde gelegt. Sie unterscheidet den Umgang mit der stressreichen Situation als solcher („Management of Situation“) und den Umgang mit der Bedeutung der Situation („Management of Meaning“) (siehe auch 2.4.2). Oftmals weisen die von verschiedenen Autoren beschriebenen allgemeinen Strategien überraschende inhaltliche, wenn auch nicht terminologische Übereinstimmungen auf (Heim, 1998). Möchte man mit die von Pearlman und Kollegen aufgemachte Klassifizierung der Bewältigungsstrategien mit der Einteilung von Lazarus und Kollegen vergleichen, so entspricht der erste Bewältigungsstil („Management of Situation“) in etwa der problemorientierten Bewältigung und der zweite („Management of Meaning“) in etwa der emotionsorientierten Bewältigung (Miller & Kirsch, 1987).

Effektivität von Bewältigung. Die Effektivität des Bewältigungsverhaltens kann man subjektiv, also von der Person selbst beurteilt, oder objektiv erfassen. Mit einer leistungsfähigen Taxonomie könnte man die objektive Bewertung von verschiedenen Bewältigungsstilen ermöglichen. Damit wäre man in der Lage empirische Prognosen vorzunehmen. Oftmals wird bereits a-priori die Funktionalität oder Dysfunktionalität bestimmter Bewältigungsstrategien festgelegt. Lazarus und Folkman (1984) ziehen zur Beurteilung der Effektivität von Bewältigung jedoch die mittel- und langfristigen Folgen heran. Auch in der gerontologischen Forschung werden zur Erfassung der Funktionalität von Bewältigung, oftmals wird auch der Begriff Effektivität verwendet, die psychologischen oder physiologischen Konsequenzen der pflegespezifischen Belastung verwendet. Bewältigt eine Person die durch die Pflege bedingte Belastung erfolgreich, so geht man davon aus, dass die psychischen und physischen Folgen weniger negativ sind als bei nicht erfolgreicher Bewältigung. Allerdings ist auch „Effektivität von Bewältigung“ ein nur unzureichend definiertes Konstrukt, das je nach Autor und Untersuchung unterschiedlich bezeichnet und gemessen wird und zudem umstritten ist. So lehnt beispielsweise Matson (1995) die Unterscheidung zwischen erfolgreichem und erfolglosem Bewältigungsverhalten ab.

Bis heute findet die „trait“ vs „state“ Debatte in der Bewältigungsforschung große Aufmerksamkeit (Heim, 1998). Der erste Standpunkt geht von der Stabilität des Bewältigungsverhaltens über verschiedene Situationen hinweg aus (Filipp, 1997). Der zweite entspricht einem situationsspezifischen Ansatz von Bewältigung (Billing & Moos, 1981). Dem situationsspezifischen Ansatz zufolge hängt es von der spezifischen Situation, dem damit verbundenen Problem und dem Ziel ab, wie die Bewältigung überhaupt und günstigerweise angemessen aussieht (Weber, 1992). Eine Person verwendet also nicht immer die gleichen Bewältigungsstrategien (keine Stabilität), sondern wählt je nach der Anforderung der aktuellen Situation die bestmögliche Bewältigungsstrategie (Situationsspezifität).

Die Beschreibung situationsspezifischer Bewältigungsprozesse hat den Vorteil, eine möglichst vollständige Darstellung aller Bewältigungsaspekte liefern zu können. Dies ist aber gleichzeitig das Hauptproblem dieses Ansatzes. Durch die Situationsspezifität sind keine Verallgemeinerungen auf andere Situationen und somit kaum Vorhersagen möglich (Schwarzer, 2000). Der Standpunkt der Interaktio-

nisten (Pearlin et al, 1989, Lazarus, 1991), die sowohl Stabilität als auch Variabilität vertreten scheint zu überwiegen (Heim, 1998).

2.5.2 Empirische Befunde

Die Mehrzahl der im Folgenden zusammengetragenen Studien weist zwar einen engen Bezug zu stresstheoretischen Modellen auf, berücksichtigt in der Regel aber nur wenige Teilaspekte des Gesamtmodells. Oftmals wird nicht zwischen pflegebedingter Belastung und gesundheitlichen Folgen unterschieden.

2.5.2.1 Empirische Befunde zu Geschlechtsunterschieden bei pflegebedingter Belastung und deren Folgen

Betrachtet man Ergebnisse der gerontologischen Belastungsforschung und der Untersuchung von langfristigen psychischen und physischen Konsequenzen, die nicht nach dem Geschlecht der Pflegenden unterscheiden, so kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, dass Pflegenden Demenzkranker im Vergleich zu Nichtpflegenden subjektiv belasteter (Gräßel, 1998) und sowohl psychisch (Connell et al, 2001, Russo et al, 1995, Schulz et al, 1995) als auch physisch beeinträchtigt sind (Baumgarten et al, 1992, Gunzelmann et al, 1996, Haley, 1997, Moritz, et al, 1992, Pruchno & Potashnik, 1989, Yee & Schulz, 2000). Nach neueren Erkenntnissen scheinen vor allem die Verhaltensprobleme des demenziell Erkrankten zur Belastung und zu negativen gesundheitlichen Folgen der Angehörigen beizutragen (Ford et al, 1997, Gottlieb & Wolfe, 2002). Im Folgenden werden spezielle Ergebnisse der gerontologischen Forschung zu Geschlechtsunterschieden in der durch die Pflege eines Demenzkranken bedingten subjektiven Belastung und Ergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei der psychischen und physischen Gesundheit (Outcomes) dargestellt. Die Forschungsergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei der objektiven Belastung sind hauptsächlich in Punkt 2.3.1 erläutert.

Die überwiegende Mehrheit der Untersuchungen kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen durch die Pflege negativer beeinflusst werden (Horowitz, 1985, Motenko, 1988, Yee & Schulz, 2000). Demnach sind pflegende Frauen subjektiv belasteter (Barusch & Spaid, 1989, Collin & Jones, 1997, Fitting et al, 1986, Ford et al, 1997, Frederiksen, 1996, Hooker et al, 2000, Horowitz, 1985, Ingersoll- Dayton et al,

1996, Kramer & Kipnis, 1995, Lutzky & Knight, 1994, Miller & Cafasso, 1992, Morris et al, 1991, Mui, 1995, Parks & Pilisuk, 1991, Pruchno & Resch, 1989, Rose-Rego et al, 1998, Young & Kahana, 1989) als pflegende Männer. Sie sind depressiver (Adler et al, 1996, Dura et al, 1990, Fitting et al, 1986, Ford et al, 1997, Hooker et al, 2000, Kramer & Kipnis, 1995, Lutzky & Knight, 1994, Pruchno & Resch, 1989, Rose-Rego et al, 1998, Schulz & Williamson, 1991, Yee & Schulz, 2000), leiden häufiger an Angsterkrankungen (Fitting et al, 1986, Hooker et al, 2000, Parks & Pilisuk, 1991, Yee & Schulz, 2000) und haben eine geringere Lebenszufriedenheit (Barusch & Spaid, 1989, Chang & White-Means, 1991, Pruchno & Resch, 1989, Rose-Rego et al, 1998, Yee & Schulz, 2000). Weibliche Pflegende erleben zudem mehr Rollenkonflikte (Kramer & Kipnis, 1995, Mui, 1995, Neal et al, 1997, Young & Kahana, 1989). Die Studien die zu Rollenkonflikten durchgeführt wurden, untersuchen meist den Konflikt zwischen Arbeit, Haushalt und Pflege. Deswegen sind die Probanden dieser Untersuchungen zum Großteil pflegende Kinder, da sich pflegende Ehepartner häufig bereits im Rentenalter befinden. Es gibt aber auch Forschungsarbeiten, die sich mit Rollenkonflikten im weiteren Sinne befassen (Frederiksen, 1996, Ingersoll-Dayton et al, 1996).

Die meisten Studien kommen weiterhin zu dem Ergebnis, dass pflegende Frauen neben einer schlechteren psychischen auch eine schlechtere physische Gesundheit haben als pflegende Männer (Adler et al, 1996, Chang & White-Means, 1991, Miller, 1990, Neundorfer et al, 1991, Rose-Rego et al, 1998, Young & Kahana, 1989). Im Vergleich zu männlichen Pflegenden sind mehr weibliche Pflegende körperlich erkrankt (Gräbel, 1998). Zudem schätzen pflegende Frauen ihre eigene Gesundheit häufig subjektiv schlechter ein als die des Erkrankten und leiden an einer Vielzahl psychosomatischer Beschwerden (Kruse, 1994, Pruchno & Potashnik, 1989, Pruchno & Resch, 1989). Es lässt sich auch ein höherer Medikamentenkonsum durch pflegende Frauen verzeichnen (Adler et al, 1996).

Vor allem aktuellere Studien kommen zu anderen Forschungsergebnissen. In einer Metaanalyse finden Schulz und Kollegen (1995) gemischte Ergebnisse was die Geschlechtsunterschiede von Pflegenden Demenzkranker bezüglich der psychischen und physischen Folgen der Belastung betrifft. Parks und Pilisuk (1991) fanden keine Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf den Grad an Depression. Grafström und Kollegen (1992) konnten keine Geschlechtsunterschiede in der physischen Gesundheit ausmachen.

Außerdem gibt es Untersuchungen, die keine oder lediglich sehr geringe Geschlechtsunterschiede in der pflegspezifischen Belastung finden (Ford et al, 1997, Gunzelmann et al, 1996).

Oftmals waren bisherige Studien vor allem auf Stichproben, die entweder nur aus pflegenden Ehepartnern oder auf Stichproben, die nur aus pflegenden Kindern bestehen, begrenzt (Walker, 1992). Da man vermutet, dass der Verwandtschaftsgrad zwischen Pflegendem und Erkranktem einen großen Einfluss auf die Belastung hat, wurden mit der Zeit auch vermehrt die Unterschiede zwischen pflegenden Ehepartnern und pflegenden Kindern untersucht. Die meisten Untersuchungen, die nach dem Verwandtschaftsgrad unterscheiden kommen zu dem Ergebnis, dass pflegende Ehepartner belasteter sind als pflegende Kinder (Adler et al, 1996, George & Gwyther, 1986, Pruchno & Resch, 1989, Miller, 1990, Wells & Kendig, 1997, Rose-Rego, et al, 1998). Zudem weisen sie ein höheres Ausmaß an physischen (Pruchno & Resch, 1989, Adler et al, 1996) und psychischen Beschwerden und besonders an depressiver Symptomatik auf (Pruchno & Potashnik, 1989, Adler et al, 1996) (siehe auch 2.2.4.3 und 2.2.4.4).

Es gibt bis heute aber nur wenige Untersuchungen, die das Geschlecht und den Verwandtschaftsgrad berücksichtigen, sich also mit den Unterschieden zwischen pflegenden Ehemännern, Ehefrauen, Töchtern und Söhnen befassen (Young & Kahana, 1989, Yee & Schulz, 2000).

Ein Grossteil der Studien zur Belastung pflegender Angehöriger sind Querschnittsstudien. Deswegen wurde bisher nur selten untersucht, inwieweit sich die subjektive Belastung und die gesundheitlichen Folgen bei pflegenden Männern und Frauen über die Zeit hinweg verändert. (Yee & Schulz, 2000). In einer Längsschnittstudie von Zarit und Kollegen (1986) sind Frauen zu Beginn der Pflege belasteter als Männer und passen sich jedoch im Lauf der Zeit dem Belastungsniveau der Männer an. In einer anderen Längsschnittstudie hatten Frauen zu Beginn ein weitaus höheres Depressionsniveau als Männer. Das der Männer passte sich jedoch im Lauf der Zeit an das Depressionsniveau der Frauen an, so dass zum Ende keine Geschlechtsunterschiede mehr feststellbar waren (Schulz & Williamson, 1991). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich Männer und Frauen im Ausmaß der subjektiven Belastung und der langfristigen psychischen und physi-

sche Folgen der Pflege mit der Zeit einander annähern, obwohl die objektive Belastung steigt (Goode et al, 1998).

Die bisherigen Forschungsergebnisse zur pflegebedingten Belastung und den psychischen und physischen Folgen sind im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede relativ eindeutig. So zeigt sich bei pflegenden Frauen eine schlechtere Gesundheit und eine größere subjektive Belastung als bei pflegenden Männern. Trotzdem gibt es eine Reihe von Studien, die zu anderen Ergebnissen kommen. Das könnte unter anderem dadurch bedingt sein, dass man bisher selten nach dem Geschlecht und dem Verwandtschaftsgrad der Pflegenden unterschieden hat. Dies macht es notwendig weitere Untersuchungen durchzuführen, um festzustellen, ob es sich bei den bisherigen Ergebnissen um einen methodischen Effekt handelt, also beispielsweise um einen Effekt der Beziehung zum Pflegebedürftigen, oder um wirklich vorhandene Geschlechtsunterschiede.

2.5.2.2 Empirische Befunde zu Geschlechtsunterschieden bei der Bewältigung von pflegebedingter Belastung

Wie bereits erwähnt, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten Bewältigungsstrategien in Kategorien, die man Bewältigungsstile nennt, einzuteilen. Dies macht eine Vergleichbarkeit bisheriger Forschungsarbeiten schwierig und begrenzt die Schlussfolgerungen, die daraus gezogen werden können (Gottlieb & Wolfe, 2002). Ein Grossteil der bisherigen Studien verwendet jedoch die von Lazarus & Folkman (1984) aufgemachten Bewältigungsstile, problem- vs. emotionsorientierte Bewältigung (Connell et al, 2001, Heim, 1998). Deswegen beziehen sich die im Folgenden dargestellten Ergebnisse hauptsächlich auf diese beiden Bewältigungsstile. Neben der protektiven Funktion des häufigen Einsatzes von Bewältigungsstrategien generell, die Pillemer und Sutor (1996) für den subjektiven Gesundheitszustand der Angehörigen nachweisen, wurde vor allem die Funktionalität unterschiedlicher Strategien zur Bewältigung pflegebedingter Belastung untersucht. Dabei scheinen problemorientierte, aktive Strategien, kognitive Umstrukturierung, aktives Problemlösen, eine realistische Einschätzung der Problemsituation und die Nutzung sozialer Unterstützung sich günstiger auszuwirken als eher emotionsorientierte, passive Bewältigungsstrategien, im Sinne von Resignation, Aufgeben, Hoffnungslosigkeit, sozialem Isolieren, Grübeln, Wunschdenken und irrationale

Hoffnung, und mit besserer psychischer und physischer Gesundheit einherzugehen (Connell, 2001, Gunzelmann, 1991, Haley, 1997, Heim, 1998, Killeen, 1990, Kramer, 1997, Pruchno & Resch, 1989). Im Folgenden sollen jedoch spezifische Ergebnisse, die sich mit Geschlechtsunterschieden bei der Bewältigung der Belastung von pflegenden Angehörigen befassen, vorgestellt werden.

Es gibt eine Fülle an Erklärungsmöglichkeiten (siehe 2.3.2) für die gefundenen Geschlechtsunterschiede bei der pflegebedingten subjektiven Belastung und den langfristigen gesundheitlichen Folgen (siehe 2.5.2.1). Im Rahmen von Stresstheorien geht man davon aus, dass neben anderen, auch moderierende Faktoren zu diesen Geschlechtsunterschieden beitragen (Pearlin & Skaff, 1996, Yee & Schulz, 2000). Dazu zählen unterschiedliche externe oder interne Ressourcen, wie soziale Unterstützung, Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsverhalten. Diese Diplomarbeit beschäftigt sich besonders mit dem geschlechtsspezifischen Gebrauch bestimmter Bewältigungsstile. Möglicherweise bewältigen pflegende Frauen anders als pflegende Männer und eventuell ist diese Art der Bewältigung weniger effektiv als die pflegender Männer. Dies könnte sich in der schlechteren psychischen und physischen Gesundheit pflegender Frauen niederschlagen (Hooker et al, 2000). Der geschlechtsspezifische Gebrauch bestimmter Bewältigungsstile könnte beispielsweise die unterschiedliche psychische und physische Gesundheit von Männern und Frauen (siehe 2.5.2.1) erklären (Lutzky & Knight, 1994).

Geschlechtsunterschiede bei den Bewältigungsstrategien. Aufgrund des bisherigen Forschungsstandes scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Pflegenden und dem verwendeten Bewältigungsstil zu geben (Lutzky & Knight, 1994). Die Mehrzahl der Untersuchungen kommt zu dem Ergebnis, dass Männer mehr instrumentelle, aktive und problemorientierte Bewältigungsstrategien verwenden als Frauen (Adler et al, 1996, Harris, 2002, Labouvie-Vief et al, 1987, Miller, 1987, Pearlin & Schooler, 1978, West & Simons, 1983). Frauen hingegen benutzen mehr vermeidende, emotionsorientierte Bewältigungsstrategien als Männer (Barusch & Spaid, 1989, Labouvie-Vief et al, 1987, Lutzky & Knight, 1994, Miller & Kirsch, 1987, Pruchno & Resch, 1989, Rose et al, 1997, Stephens et al, 1988, Yee & Schulz, 2000).

Parks und Pilisuk (1991) fanden, dass pflegende Frauen eher ihre Fantasie zur Bewältigung einsetzten als pflegende Männer und diese sich eher zurückzogen als Frauen. Rose und Kollegen (1997) kamen zu dem Ergebnis, dass weibliche Pflegende mehr Wunschdenken zur Bewältigung einsetzten als männliche. Diese wiederum mehr Akzeptanz als pflegende Frauen.

Es existieren aber auch Forschungsarbeiten, die keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gebrauch bestimmter Bewältigungsstile finden können (Barusch & Spaid, 1989, Hooker et al, 1994). In einer Studie von O'Rourke und Wenaus (1998) verwendeten pflegende Frauen sowohl mehr emotions- als auch mehr problemorientierte Bewältigungsstrategien. Lutzky und Knight (1994) konnten keine Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf problemorientierte Bewältigungsstrategien finden. Hooker und Kollegen (2000) fanden keine Geschlechtsunterschiede beim Gebrauch von emotionsorientierten Bewältigungsstrategien.

Ehepartner. Nach einer Studie von Pruchno und Resch (1989) verwenden Ehepartner vor allem emotionsorientierte Bewältigungsstrategien. Lazarus et al (1987) fanden, dass ältere Menschen eher emotionsorientierte Bewältigungsstrategien verwenden als jüngere.

Bewältigungsstrategien und langfristigen Outcomes. Eine große Anzahl von Forschungsarbeiten kommt zu dem Ergebnis, dass zwischen den verwendeten Bewältigungsstrategien und der psychischen und physischen Gesundheit von Pflegenden ein Zusammenhang besteht. Demnach sind emotionsorientierte oder vermeidende Bewältigungsstrategien häufig mit höherer subjektiver Belastung (Parks & Pilisuk, 1991), und schlechterer psychischer (Pruchno & Resch, 1989) und physischer Gesundheit (Folkman et al, 1986) assoziiert als problemorientierte oder aktive Bewältigungsstrategien. Diese hingegen gehen in einer Vielzahl von Untersuchungen mit einer geringeren subjektiven Belastung und besserer psychischer (Folkman et al, 1986, Haley et al, 1987, Pruchno & Resch, 1989, Rose et al, 1997) und physischer Gesundheit einher als emotionsorientierte, passive Strategien. Insgesamt sind die Ergebnisse zu emotionsorientierten, vermeidenden Bewältigungsstrategien jedoch eindeutiger als die zu problemorientierten Bewältigungsstrategien (Lutzky & Knight, 1994).

Depression. Die meisten Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass emotionsorientierte Bewältigungsstrategien mit einem höheren Niveau an Depression (Haley et al, 1987, Pruchno et al, 1997, Pruchno & Resch, 1989, Vitalino et al, 1985, Williamson & Schulz, 1993) bzw. negativem Affekt (Butt et al, 2002) einhergehen als problemorientierte. Auch vermeidende Bewältigungsstrategien stehen in Zusammenhang mit mehr Depression (Haley et al, 1997, Stephens et al, 1988).

Problemorientierte Bewältigungsstrategien sind in vielen Studien nicht mit einem geringeren Maß an Depression assoziiert als emotionsorientierte (Powers et al, 2002, Pruchno & Kleban, 1993, Pruchno & Resch, 1989, Williamson & Schulz, 1993). Einige Forschungsarbeiten finden jedoch einen Zusammenhang zwischen problemorientierter Bewältigung und einem geringeren Niveau an Depression als emotionsorientierte (Haley et al, 1987, Pruchno et al, 1997, Vitalino et al, 1985).

Wohlbefinden. Viele Forschungsarbeiten finden eine Assoziation von emotionsorientierten Bewältigungsstrategien und reduziertem Wohlbefinden (Quayhagen & Quayhagen, 1988). Borden und Berlin (1990) berichten, dass Wunschdenken mit geringem Wohlbefinden einhergeht.

Problemorientierte Bewältigung steht oft mit besserem Wohlbefinden in Zusammenhang (Haley et al, 1987), insgesamt sind die Forschungsergebnisse diesbezüglich aber gemischt (Hinrichsen & Niederehe, 1994). Positives Fokussieren von Problemen geht mit höherem Wohlbefinden einher (Borden & Berlin, 1990).

Es existieren auch Studien, die keinerlei Zusammenhang zwischen verwendeten Bewältigungsstrategien, egal ob problem- oder emotionsorientiert, und Wohlbefinden nachweisen können (Sistler, 1989).

Objektive Gesundheit. Ein Großteil der Studien kommt zu dem Ergebnis, dass problemorientierte Bewältigungsstrategien mit einem besseren physischen Gesundheitszustand einhergehen als emotionsorientierte (Haley et al, 1987).

Bisher gibt es kaum Forschungsarbeiten die versuchen zu überprüfen ob Männer und Frauen bei gleicher Belastung aufgrund des jeweils geschlechtsspezifisch verwendeten Bewältigungsstils einen unterschiedlichen Grad an psychischer und physischer Gesundheit haben. Es ist äußerst schwierig einen Zusammenhang nachzuweisen, da es eine große Vielfalt an möglichen Störvariablen gibt und die verwendeten Konstrukten sehr ungenau definiert sind. Mögliche Störvariablen sind

neben der objektiven Belastung beispielsweise das Alter, die kulturelle Identität, der Verwandtschaftsgrad oder die subjektive Belastung. Wären Männer und Frauen beispielsweise schon von vornherein unterschiedlich stark objektiv belastet, so könnten die Unterschiede in der psychischen und physischen Gesundheit darauf zurückzuführen sein und nicht auf den spezifischen Bewältigungsstil. Deshalb ist es erforderlich den Einfluss der objektiven Belastung und aller anderen möglichen Störvariablen zu kontrollieren.

Pruchno und Resch (1989) kommen zu dem Ergebnis, dass ein Teil der Unterschiede in der psychischen Gesundheit pflegender Angehöriger durch das individuelle Bewältigungsverhalten erklärt werden kann. Die Beziehung zwischen Stressoren, Bewältigung und psychischer Gesundheit sei jedoch hochkomplex. Eine weitere Untersuchung von Pruchno und Kollegen (1997), die Bewältigungsverhalten pflegender Angehöriger in Mehrgenerationenhaushalten untersucht, kam zu folgenden Ergebnissen: Bei den Ehefrauen wurde Depression durch vermehrten Gebrauch von emotionsorientierten und weniger Gebrauch von akzeptierenden Bewältigungsstrategien vorhergesagt. Auch bei den Ehemännern wurde Depression durch mehr Gebrauch von emotionsorientierten Bewältigungsstrategien vorhergesagt. Bei den Kindern wurde Depression durch mehr Gebrauch emotionsorientierter und weniger Gebrauch problemorientierter Bewältigungsstrategien vorhergesagt.

Insgesamt weisen bisherige Forschungsergebnisse darauf hin, dass das Geschlecht der Hauptpflegeperson nur ein Faktor unter mehreren ist, der Einfluss auf die pflegebedingte Belastung und deren Bewältigung haben kann (Adler et al, 1996). Geschlecht wird damit lediglich zu einer Facette des komplexen Pflegeprozesses. Zudem scheint der Verwandtschaftsgrad zwischen Pflegendem und Erkranktem einen großen Einfluss zu haben (Yee & Schulz, 2000).

Es existieren widersprüchliche Forschungsergebnisse bezüglich der geschlechtsspezifischen pflegebedingten Belastung und deren Bewältigung durch pflegende Angehörige (Ford et al, 1997). Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse, was den geschlechtsspezifischen Gebrauch bestimmter Bewältigungsstile betrifft und die geringe Anzahl von Studien, die die langfristigen Auswirkungen von ge-

schlechtsspezifisch verwandten Bewältigungsstilen auf die psychische und physische Gesundheit untersucht, ist weitere Forschung in diesen Bereichen nötig.

2.5.3 Methodische Überlegungen

Positive Aspekte quantitativer Studien. Es gibt viele Studien, die männliche und weibliche Pflegende miteinander vergleichen (Bookwala et al, 2002). Die seit 1990 publizierten, quantitativen Studien weisen viele methodologische Stärken auf.

Zum Einen beinhalten viele Untersuchungen neben einer Stichprobe männlicher und weiblicher Pflegender, auch Kontrollgruppen Nichtpflegender (Irwin et al, 1997). Außerdem ist die Objektivität der verwendeten Messinstrumente für physische und psychische Outcomes relativ hoch. So wurden beispielsweise physiologische Maße (Lutzky & Knight, 1994) oder weitverbreitete, valide psychologische Testverfahren, wie die Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) und das Beck Depression Inventory (BDI) (Parks & Pilisuk, 1991, Lutzky & Knight, 1994) angewandt. Desweiteren werden neben bivariaten Methoden, zunehmend auch multivariate Methoden verwendet (Kramer & Kipnis, 1995, Ingersoll-Dayton et al, 1996, Lutzky & Knight, 1994, Mui, 1995, Parks & Pilisuk, 1991). Manche Untersuchungen gehen über das deskriptive oder prädiktive Niveau hinaus und versuchen erklärende Modelle zu überprüfen (Bookwala et al, 2002).

Schwächen quantitativer Studien. Trotzdem gibt es immernoch eine Reihe methodologischer Schwächen.

Viele Studien verwenden relativ kleine Stichproben (Harris, 1993, Lutzky & Knight, 1994, Wright, 1991). Die verwendeten Stichproben sind zumeist keine randomisierten Zufallsstichproben (Mui, 1995), sondern bestehen oft aus Pflegenden, die sich bereits um Unterstützung bemüht haben (Wells & Kendig, 1997). Außerdem ist die Zahl der Längsschnittstudien gering (Williamson & Schulz, 1993, Arai et al, 2002), bei den meisten Untersuchungen handelt es sich um Querschnittstudien. Obwohl es mittlerweile schon eine ganze Reihe von Studien mit Kontrollgruppen Nichtpflegender gibt, existieren immer noch Untersuchungen ohne eine Kontrollgruppe Nichtpflegender (Rose-Rego et al, 1998). Zudem wurden viele Messinstrumente an rein weiblichen Stichproben entwickelt. Oft ist nicht geklärt, ob diese Instrumente für Stichproben von Männern sensitiv sind. Außerdem gibt es selten

gleichgroße Stichproben an Männern und Frauen, da Männer in Stichproben Pfleger stark unterrepräsentiert sind (Chang & White-Means, 1991, Ford et al, 1997, Hooker et al, 2000, Horowitz, 1992, Mui, 1995, Williamson & Schulz, 1990). Häufig werden gefundene Geschlechtsunterschiede besonders hervorgehoben. Werden in einer Studie jedoch keine Geschlechtsunterschiede festgestellt, so wird dies oftmals nicht erwähnt (Miller & Cafasso, 1992). Weiterhin wird in vielen Studien die Beziehung des Pflegenden zum Erkrankten nicht berücksichtigt (Young & Kahana, 1989, Lutzky & Knight, 1994). Zudem könnten die Ergebnisse vieler bisheriger Untersuchungen durch die unterschiedlichen Antwortstile von Männern und Frauen bedingt sein (Lutzky & Knight, 1994). Frauen fällt es eventuell leichter als Männern emotionalen Themen zu erkennen und sich offen dazu zu äußern (Hooker et al, 2000). Oftmals wurden lediglich die negativen Folgen der Pflegesituation untersucht und nicht die positiven, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass die es mehr positive Folgen der Pflege für Frauen gibt (Wells & Kendig, 1997, Yee & Schulz, 2000).

Wenn man sich nun vor allem mit bisherigen Forschungsarbeiten zur Bewältigung von pflegebedingter Belastung befasst, dann gibt es auch hier eine Reihe von Kritikpunkten. Der transaktionale Ansatz (Lazarus & Folkman, 1984) geht von der Spezifität des Stressors aus. Die Untersuchung der Bewältigung von pflegespezifischer Belastung durch pflegende Angehörige stellt bereits einen relativ eng umgrenzten Bereich dar, der bisher häufig als einheitlichen Stressor betrachtet wurde. Innerhalb der „Gesamtpflegesituation“ gibt es aber eine Reihe von individuell verschiedenen Stressoren gibt, mit denen jeder Pflegende unterschiedlich umgeht. In vielen Studien wird aber der Stressor innerhalb des Gesamtkontexts der Pflegesituation jedoch nicht weiter spezifiziert (Williamson & Schulz, 1993).

Auch die verwendeten Messinstrumente, wie beispielsweise die Ways of Coping Checklist, sind oftmals nicht auf die Pflegesituation zugeschnitten, sondern dienen der Erfassung von allgemeinem Bewältigungsverhalten (Gottlieb & Wolfe, 2002).

Qualitative Studien. Daneben kann man den nomothetischen Ansatz und die quantitativen Forschungsmethoden an sich kritisch beleuchten. Sie schaffen oftmals ein zu einseitiges Bild (Harris, 2002). In dem Bemühen Zusammenhänge statistisch zu belegen, rückt häufig das Individuum mit seiner spezifischen Erfahrung und Motivation in den Hintergrund. Durch das Vorgeben von vorformulierten

Fragen in Fragebögen wählt der Untersuchende von vornherein, was er finden wird (Banyard & Graham-Bermann, 1993). Dem Probanden wird damit keine Möglichkeit gegeben alle ihm wichtigen Aspekte seines subjektiven Erlebens einzubringen. „(...) im Fragebogen [werden] (...) Kategorien explizit und implizit vorgegeben, der Befragte mithin gezwungen, die Welt aus der Sicht des Fragebogens zu sehen“ (Kaiser, 1994). Außerdem kann nicht gesichert werden, dass der Befragte die Fragen immer „richtig“, also so wie vom Untersucher intendiert, versteht. Weiterhin kann die Bedeutung, die die einzelne Bewältigungsstrategie für das Individuum hat, leicht mißinterpretiert werden, da bei Fragebogenuntersuchungen vor allem interessiert, ob und wie intensiv jemand eine bestimmte Bewältigungsstrategie verwendet hat. Es wäre aber wichtig auch zu fragen, warum sie verwendet wurde (Banyard & Graham-Bermann, 1993). Nach Mayring (1994) vernachlässigen die quantitativen Methoden die Validität zu Gunsten der Reliabilität. Auch Affleck und Tennen (1996) sehen mehrere Vorteile darin, Bewältigungsverhalten in einem ideographischen Ansatz zu erfassen. Dadurch kann man Stressoren und Bewältigungsverhalten zeitlich näher am tatsächlichen Auftreten erfassen. Insgesamt lässt sich der prozessuale Aspekt des Bewältigungsverhaltens besser abbilden und Erinnerungsfehler leichter vermeiden.

Deswegen fordern eine Reihe von Autoren (Hooker et al, 2000, Mayring, 1994), neben einer quantitativen, eine qualitative Methodik zur Ergänzung und Erweiterung der gewonnenen Erkenntnisse. Von Vorteil ist also die Kombination beider Strategien (Heim, 1998).

2.5.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann man feststellen, dass einige der Personen, die täglich mit den Anforderungen der Pflege eines demenziell Erkrankten Angehörigen konfrontiert werden, sich davon sehr belastet fühlen. Trotz des Bemühens diese Situation zu bewältigen, gehen viele Pflegenden ein hohes Risiko ein, psychisch oder physisch zu erkranken.

In der Literatur wird das Konstrukt „Belastung“ häufig sehr unterschiedlich definiert, Begrifflichkeiten und Messinstrumente variieren stark. Das dieser Arbeit zugrunde gelegte pflegespezifische Stressmodell (Pearlin et al, 1990) definiert

Belastung als situationsspezifisches mehrdimensionales Konstrukt, bei dem die Differenzierung in objektive und subjektive Belastung zentral ist.

Das Konzept der Bewältigung ist aus der Stressforschung erwachsen, wobei auch hier die begrifflichen Konzeptionen und der jeweilige theoretische Rahmen stark variieren. Im Rahmen des pflegespezifischen Stressmodells nach Pearlin und Kollegen (1990) wird Bewältigung als zwischen Stressoren und Konsequenzen vermittelnde Variable betrachtet, die erheblich dazu beiträgt, dass objektiv vergleichbare Situationen als interindividuell unterschiedlich stark belastend erlebt werden und zu unterschiedlichen langfristigen Konsequenzen führen.

Es existieren die verschiedensten Klassifikationssysteme der vielfältigen Formen von Bewältigung. Dies führt zu einer Heterogenität der empirischen Befunde. In dieser Diplomarbeit kommt die Einteilung nach Pearlin und Kollegen (1990) mit dem entsprechenden Instrument zum Einsatz.

Möchte man die Effektivität des Bewältigungsverhaltens beurteilen, so kann dies subjektiv oder objektiv erfolgen. Viele Untersuchungen definieren die Effektivität bestimmter Bewältigungsstrategien oder -stile bereits a-priori. Hier werden dazu jedoch, wie im Rahmen der transaktionalen Stresstheorie (Lazarus & Folkman, 1984) üblich, langfristige psychische und physische Konsequenzen verwendet.

Die meisten Forschungsergebnisse zeigen, dass pflegende Frauen eine schlechtere psychische und physische Gesundheit haben und eine größere subjektive Belastung erleben. Insgesamt existieren jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Es ist bisher unklar, ob diese nicht durch eine unterschiedliche Beziehung zwischen Pflegendem und Erkranktem bedingt sein könnten.

Frauen verwenden eher emotionsorientierte Bewältigungsstrategien als Männer und diese eher problemorientierte Bewältigungsstrategien als Frauen. Emotionsorientierte Bewältigung geht mit schlechterer psychischer und physischer Gesundheit einher als problemorientierte Bewältigung. Diese wiederum ist mit besserer psychischer und physischer Gesundheit assoziiert. Insgesamt sind die Ergebnisse bisheriger Studien jedoch gemischt.

Bisher gibt es kaum Forschungsarbeiten, die versuchen zu überprüfen, ob Männer bzw. Frauen bei gleicher Belastung aufgrund des jeweils geschlechtsspezifische verwendeten Bewältigungsstils einen unterschiedliche Grad an psychologischer bzw. physiologischer Gesundheit haben. Zudem wurde der Einfluss des Verwand-

schaftsgrades zwischen Pflegendem und Erkranktem auf die verwendeten Bewältigungsstrategien bisher nur selten untersucht.

Es gibt eine ganze Reihe von Vor- und Nachteilen bisheriger Studien. Für zukünftige Untersuchungen ist zu empfehlen, möglichst große, randomisierte Stichproben zu verwenden, Längsschnittstudien durchzuführen und außerdem die quantitativen Methoden durch qualitative zu ergänzen.
