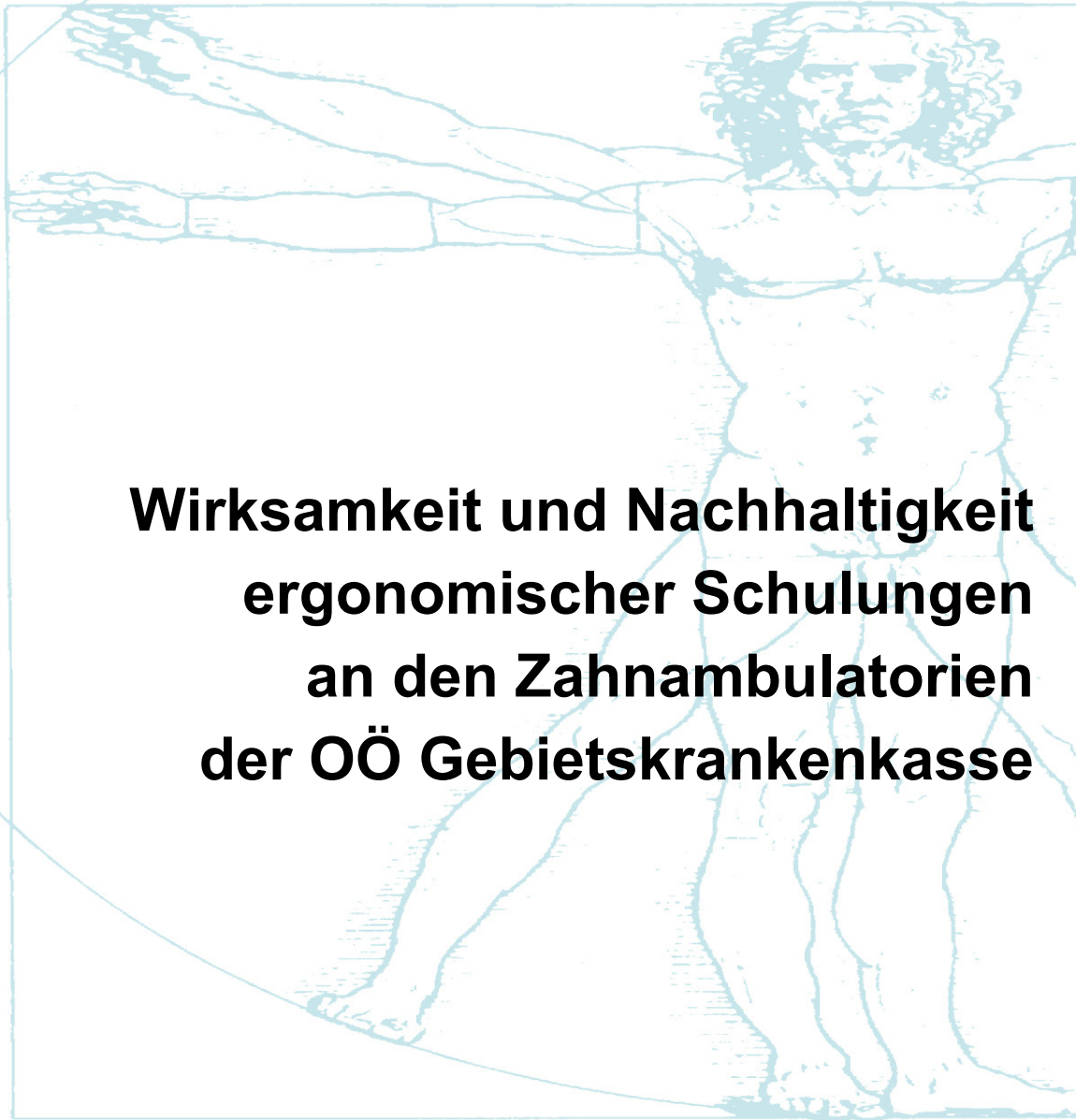


Dokumente ¹⁹

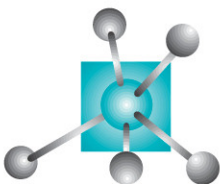
Gesundheitswissenschaften



Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ergonomischer Schulungen an den Zahnambulatorien der OÖ Gebietskrankenkasse

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.

Klaus Stadlmair



Linz, 2009

Kurzzusammenfassung:

Nach dem österreichischen Arbeitnehmerschutzgesetz (ASchG) sind Unternehmen verpflichtet Sicherheits- und Gesundheitsschutz- Angelegenheiten zu unterweisen. Unter anderem ist dies auch im Rahmen ergonomischen Schulungen möglich. Es ist jedoch nicht erwiesen, ob derartige, kurz andauernde, einmalige Schulungen im Zeitausmaß von ein bis zwei Stunden auch eine Wirkung erzielen und das vermittelte Wissen für die teilnehmenden Arbeitnehmer auch noch nach einem halben Jahr oder länger abrufbar ist. Um dieser Frage auf den Grund zu gehen wurde eine Studie durchgeführt, bei der Zahnärzte/Innen und Zahnarztassistenten/Innen ein halbes Jahr nach einer einmalig durchgeführten ergonomischen Schulung betreffend dem Erinnerungsvermögen an die Kursinhalte und deren Umsetzung in den praktischen Arbeitsalltag befragt wurden. Diese Studie zeigt auf, dass diese Art der Wissensvermittlung sehr wohl ihr Wirkung hat, und die Inhalte auch nachhaltig in den Köpfen der Kursteilnehmer gespeichert wurde.

Schlagworte (mind. 3, max. 6):

Nachhaltigkeit, Wirksamkeit, ergonomische Schulung,

Abstract:

According to Austrian law companies are indebted to instruct their employees in security and health protection measures. Ergonomic trainings that can be part of such measures were held in the dental outpatient clinics of the OÖGKK (National Health Service Trust of Upper Austria). As can be no studies found concerning the sustainability and effectiveness of such trainings, it was the urge of this thesis, to find out about this factors to enable further ergonomic trainings of other occupational therapists. Therefore a questionnaire was sent to the participants of the training six months after it took place. The outcomes show, that the participants were able to implement several issues covered in the training and that problems in the musculoskeletal system could be reduced. For this reason one-time ergonomic trainings can be seen as sustainable and effective.

Keywords (at least 3, max. 6):

sustainability, effectiveness, ergonomic training

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG	1
1.2 AUFRISS DER ERSTEN BACHELORARBEIT	2
1.3 PERSÖNLICHER ZUGANG	2
1.4 BEGRIFFSKLÄRUNG	2
1.5 ZIEL UND NUTZEN DER ARBEIT	4
1.6 AUFBAU DER ARBEIT	4
2. METHODE	5
2.1 DESIGN	5
2.2 DATENSAMMLUNG	8
2.3 DATENANALYSE	9
3. ERGEBNISSE	10
3.1 BEURTEILUNG DER SCHULUNG DURCH DIE KURSTEILNEHMER	10
3.2 ERINNERUNG AN LEHRINHALTE	10
3.3 UMSETZBARKEIT DER LEHRINHALTE	12
3.4 GRENZEN DER UMSETZBARKEIT	15
3.5 GRÜNDE FÜR NICHT-ANWENDUNG DER INHALTE	17
3.6 HÄUFIGKEIT DER ANWENDUNG DER GELERNTEN INHALTE	18

3.7	VERBESSERUNG KÖRPERLICHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN BEI DEN SCHULUNGSTEILNEHMERN	19
3.8	THEMENBEREICHE FÜR ZUKÜNFTIGE SCHULUNGEN	20
4.	DISKUSSION	23
4.1	BEURTEILUNG DER SCHULUNG DURCH DIE KURSTEILNEHMER	23
4.2	ERINNERN VON LEHRINHALTEN	23
4.3	UMSETZUNG DER LEHRINHALTE	24
4.4	GRENZEN DER UMSETZBARKEIT	26
4.5	HÄUFIGKEIT DER ANWENDUNG DES GELERNTEN	28
4.6	VERBESSERUNG DER KÖRPERLICHE BEFINDLICHKEIT DER SCHULUNGSTEILNEHMER	28
4.7	WEITERE ZUSÄTZLICHE SCHULUNGEN ALS BASIS FÜR EINE NACHHALTIGE UMSETZBARKEIT.	29
4.8	CONCLUSIO	29
5.	REFLEXION	31
5.1	VORGESCHICHTE	31
5.2	METHODISCHES VORGEHEN	31
6.	ZUSAMMENFASSUNG	33

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	35
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	36
LITERATURVERZEICHNIS	37
ANHANG	38

1. Einleitung

In diesem Kapitel wird erläutert, wie sich die Problemstellung und die daraus resultierende Forschungsfrage gestaltet. Darüber hinaus wird erklärt, wie bei der Forschung zur Beantwortung der wissenschaftlichen Frage vorgegangen und unter welchen Kriterien diese durchgeführt wurde. Weiters wird der Zusammenhang zur ersten Bachelorarbeit hergestellt und der persönliche Zugang sowie der Nutzen dieser Arbeit erläutert. Des Weiteren werden die relevanten Begriffe erklärt und die Grundzüge der vorliegenden Arbeit zusammengefasst.

1.1 Problemstellung

Jeder Dienstgeber in Österreich ist laut Arbeitnehmerschutzgesetz (ASchG) verpflichtet, seine/n Dienstnehmer/Innen in Sicherheits- und Gesundheitsschutz-Angelegenheiten zu unterweisen.¹ Daher ist es jedem Betrieb möglich Schulungen im Zeitausmaß von ein bis zwei Stunden im Zuge einer Unterweisung abzuhalten. Dies kann anhand von verschiedensten Methoden geschehen, zu denen auch die einmalige Schulung gehört. Vor allem in Berufssparten, die einer besonders starken körperlichen Belastung unterliegen, sind ergonomische Schulungen oft der einzige Weg, den Bediensteten dieses fundierte Wissen zur Prophylaxe zukommen zu lassen. Da der Gesetzesgeber nur relativ wenig Zeit für diese Angelegenheiten vorschreibt und die Dienstgeber aus wirtschaftlichen Gründen bestrebt sind, den Aufwand für derartige Schulungen zu begrenzen, versuchen diese möglichst viel Information, in möglichst kurzer Zeit zu vermitteln. Schulungen finden daher sehr oft in einem Zeitmaß von ein bis zwei Stunden statt. Es stellt sich dabei jedoch immer wieder die Frage, ob diese Schulungen das Wissen für die Kursteilnehmer so vermittelt, dass dieses auch noch nach längere Zeit in den Köpfen der Teilnehmer erhalten bleibt und diese das neu erworbene Wissen auch anwenden können.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

- Welche Auswirkungen nach einer einmaligen ergonomischen Schulung betreffend Wirksamkeit und Nachhaltigkeit werden von den Teilnehmern beurteilt?

Die Frage beschäftigt sich also mit der von den Schulungsteilnehmern subjektiv empfundenen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Intervention. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse der ersten Bachelorarbeit überprüft werden.

1.2 Aufriss der ersten Bachelorarbeit

In der ersten Bachelorarbeit wurden anhand einer Literaturrecherche jene Lehrmethoden zusammengefasst, welche für eine einmalige ergonomische Schulung als geeignet erschienen. Ausgangsbedingungen der Durchführung einer einmaligen Schulung sind die gesetzlichen Vorschriften des ASchG. Darüber hinaus wurden die Grundlagen des kognitiven Verarbeitens von Erlerntem aufgegriffen. Aus diesem Vorwissen heraus wurde eine einmalige ergonomische Schulung zusammengestellt, die an der OÖGKK abgehalten wurde. Durch die dabei gewonnen Erkenntnisse und durch wissenschaftliche Berichte konnten dabei jene Lehrmethoden gefunden werden, von denen anzunehmen ist, dass sie sich für eine einmalige Schulung eignen.

1.3 Persönlicher Zugang

Wie bereits in der ersten Arbeit erwähnt, wurde im Zuge eines Projektes der Fachhochschule Wiener Neustadt an den Zahnambulatorien der OÖGKK eine einmalige ergonomische Haltungsschulung angeboten. Dabei nahmen insgesamt 121 Mitarbeiter an einer ca. 1 ½-stündigen Schulung teil. Ein halbes Jahr nach den Schulungen wurde ein Fragebogen an die Schulungsteilnehmer ausgesandt in dem erfragt wurde, wie sie die Inhalte der Schulung beurteilen, was und wie viel sie sich aus den Inhalten in den Arbeitsalltag mitnehmen konnten.

1.4 Begriffsklärung

Im Kapitel „Begriffsklärungen“ werden wichtige Schlagwörter in Zusammenhang mit der Thematik genauer erklärt, um somit Unklarheiten zu vermeiden.

¹ Vgl. ASchG, § 14 (1).

1.4.1 Einmalige Schulung

Als einmalige Schulung wird im Rahmen dieser Arbeit eine Unterweisung bezeichnet, die in jeder Außenstelle der Zahnambulatorien der OÖGKK genau einmal für ca. 2 Stunden angeboten wurde.

1.4.2 Nachhaltigkeit

In dieser Arbeit ist Nachhaltigkeit definiert als „[...] das was vermittelt wurde, von den Lernenden überhaupt so in die Praxis transferiert werden kann, dass dadurch die eigene Handlungskompetenz erweitert wird“²

1.4.3 Wirksamkeit

Hier kann Wirksamkeit definiert werden als empirische Nachweisbarkeit spezifischer Ziele.³ Damit ist gemeint, dass im Zuge der Messung nicht die Veränderung einer Situation erhoben wird, sondern, ob das vorab gesetzte – nachträglich nicht veränderbare - Ziel erreicht wurde.

1.4.4 Behandlungsstuhl

Ist die Sitzeinheit, auf der der Patient während seiner Zahnbehandlung platz nimmt. Dazu gehörend befindet sich das Bedienpult auf Arzt- und Assistentenseite.

1.4.5 Sitzstühle für Arzt/Ärztin

Sind kleine Sitzgelegenheiten, die meistens in der Höhe, der Sitzneigung und der Lehne verstellbar sind. Auf ihnen sitzt, wenn notwendig, das zahnärztliche Team während der Behandlung.

² Schübler, 2004a, S. 150.

³ Vgl. Hager, 2000, S. 153f.

1.4.6 Sitzposition am Behandlungsstuhl

Damit ist jene Stellung gemeint, in der sich Zahnarzt/Zahnärztin und Assistentin im Team um den Behandlungsstuhl anordnen.

1.4.7 Arbeitshaltung am Behandlungsstuhl

Ist jene Körperhaltung, die individuell bei der Behandlung am Klienten eingenommen wird.

1.5 Ziel und Nutzen der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu zeigen, dass eine einmalige ergonomische Schulung wirkungsvoll und nachhaltig sein kann. Auf diesem Wissen aufbauend können Ergotherapeuten eine einmalige ergonomische Schulungen als professionelle Leistung anbieten und somit dem Kunden darlegen, dass diese ihre Wirkung zeigen und nicht nur ein Muss sind, um das vorgegebene Mindestausmaß an jährlichen Schulungen zu decken.

1.6 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit setzt sich wie folgt zusammen. Zu Beginn wird beschrieben, wie an die Bearbeitung der Forschungsfrage heran gegangen wird, also welches Design für die Datenerhebung gewählt worden ist und aus welchen Gründen. Weiters wird erläutert, wie die Datensammlung erfolgte und wie die Datenanalyse durchgeführt wurde. Im Anschluss werden die Daten der Reihe nach erläutert und Zusammenhänge mit weiteren Ergebnissen dargelegt. Zusätzlich wird wenn für die bessere Veranschaulichung notwendig ein Diagramm beigefügt. Im Kapitel Diskussion werden die Ergebnisse kritisch betrachtet und Gründe gesucht, warum es zu diesen kommen konnte. Abschließend wird frei über die Ergebnisse diskutiert und in der Zusammenfassung noch einmal ein kleiner Rückblick über die ganze Arbeit geboten.

2. Methode

Im folgenden Abschnitt wird die Forschungsmethode der vorliegende Arbeit erläutert. Dazu gehört das Forschungsdesign, mit dem theoretischen Aufbau des Fragebogens sowie eine Erläuterung der Fragen.

2.1 Design

Für die Durchführung dieser Forschungsarbeit wurde eine quantitative Forschungsmethode gewählt, da es wichtig erscheint, einen möglichst großen Anteil der Schulungsteilnehmer zu befragen. Zur Bearbeitung einer quantitativen Studie gibt es viele Möglichkeiten für die Aufarbeitung der Daten. Für diese Studie wurde eine Interdependenzanalyse⁴ durchgeführt. Im Genaueren erfolgte diese Analyse in Form einer Querschnittuntersuchung, welche auch als Querschnittsdesign bezeichnet wird. Dieses Design eignet sich sehr gut, „[...] um zu erforschen, welche Faktoren sich auf einen bestimmten resultierenden Zustand bei einer Gruppe von Personen ausgewirkt haben könnten. Ein solches Design ist nützlich, wenn man über das betreffende Problem/den Zustand relativ wenig weiß. Umfragen, Fragebogen und Interviews sind übliche Methoden der Querschnitts-Studien. Sie kosten relativ wenig und sind leicht durchzuführen, da die Bewertung zu einem einzigen Zeitpunkt stattfindet.“⁵

Um die Hintergründe zu erläutern, warum für diese Arbeit eine Querschnittuntersuchung gewählt wurde, werden im folgenden Abschnitt die Zusammenhänge und Gegebenheiten genauer erläutert. Als zu befragende Personen war im Rahmen des Projekts eine Gruppe, bestehend aus Zahnärzten und Zahnarztassistentinnen vorgegeben. Der vorliegende Fragebogen wurde von der Zentrale der Zahnambulatorien ausgesandt und eingesammelt, womit die Bewertung durch alle Beteiligten zum gleichen Zeitpunkt statt fand. Da in dieser Studie ermittelt werden soll, ob eine einmalige ergonomische Schulung wirksam und nachhaltig sein kann, wurde erfragt, ob die in der Schulung angewandten Lehrmethoden verständlich und nachvollziehbar waren. Ebenso wurde erfragt, ob die Teilnehmer noch im Stande waren, Lehrinhalte wiederzugeben.

⁴ Vgl. Bortz/Döring, 2002, S.506.

Analyse der Fragen

Im folgenden Kapitel wird auf alle Fragen im Einzelnen eingegangen. Es wird erläutert, aus welchem Grund und mit welchem Forschungshintergrund die jeweilige Frage an die Teilnehmer gerichtet wurde.

Frage 1 bis 4

Die ersten vier Fragen sind Einstiegsfragen nach Beruf (Zahnarzt/Zahnärztin oder Zahnarztassistentin), Geschlecht, Altersgruppe und Dauer der Tätigkeit, bei denen allgemeine Informationen zur Person und deren Berufslaufbahn erhoben werden sollen. Mit diesen Fragen können auftretende Tendenzen, wie beispielsweise Häufigkeiten in gewissen Alters- oder Berufsgruppen, in der Beantwortung von Fragen festgestellt werden.

Frage 5 War die Schulung für Sie verständlich?

Frage 6 Waren die Inhalte der Schulung für Sie relevant und praktisch anwendbar?

Diese Fragen sollen ermitteln, ob die Vortragsweise der Kursleiter angemessen und verständlich erfolgt ist und, ob in der Schulung die relevanten und alltagsnotwendigen Inhalte aufgegriffen und übermittelt wurden.

Frage 7 Waren die Lehrmethoden, mit denen Ihnen die Lerninhalte vermittelt wurden hilfreich zur Erfassung der Informationen?

Hier wird ein Überblick verschafft, ob die ausgearbeiteten Methoden, die sich theoretisch für eine einmalige Schulung eignen, richtig vorgetragen wurden bzw. in der praktischen Anwendung überhaupt für eine ergonomische Schulung geeignet sind.

⁵ Law, 1998, S.7f.

**Frage 8 An welche drei Lehrinhalte können Sie sich spontan erinnern?
(Bitte in einigen Stichwörtern kurz erläutern)**

Dies ist die erste offene Frage, bei der sich die Kursteilnehmer an drei Lehrinhalte erinnern sollen. Hier wird einerseits ermittelt, an welche Inhalte sich die Teilnehmer erinnern, welche davon insgesamt am Häufigsten vorkommen und ob sich die Teilnehmer überhaupt nach einem halben Jahr noch an drei Inhalte erinnern können.

Frage 9 Haben Sie von den Lehrinhalten etwas umgesetzt?

Frage 10 Welche der Lehrinhalte wenden Sie jetzt noch an?

Bei diesen Fragen soll ermittelt werden, ob die Teilnehmer theoretisch vermittelte Lehrinhalte in die Praxis umgesetzt haben und bei welchen dies am Häufigsten der Fall war. Daraus kann der Schluss gezogen werden, welche der Inhalte den Personen gut übermittelt worden sind und welche Methode die beste Wirksamkeit und Nachhaltigkeit erzielt hat. Des Weiteren kann herausgefunden werden, ob gewisse Tendenzen in Zusammenhang von Umsetzung und dem Alter der Berufsgruppen erkennbar sind.

Frage 11 Bei der Umsetzung welcher Lehrinhalte sind Sie an Grenzen gestoßen oder gescheitert?

Frage 12 Warum haben Sie manche Inhalte nicht umgesetzt?

Einen anderen Zugang haben die Fragen nach den Grenzen der Umsetzbarkeit und der tatsächlichen Umsetzung. Es geht dabei um jene Bereiche in denen die Schulungsteilnehmer durch das Arbeitsumfeld wirklich an Grenzen gestoßen sind und mögliche Gründe dafür, dass die Umsetzung in ihrem Erfolg gemindert wurde. Ziel dieser Fragen ist es, herauszufinden, ob die Lehrinhalte im Arbeitsalltag praktisch umsetzbar sind.

Frage 13 Wie oft wenden Sie das Gelernte an?

Frage 14 Wurden körperliche Beeinträchtigungen des Arbeitsalltages durch die Lehrinhalte der Rückenschule verringert?

Frage 15 Würden Sie gerne noch einmal eine Rückenschule besuchen?

Wenn ja, welche Bereiche würden Sie gerne wiederholen bzw. sogar vertiefen?

Mit der Frage 13 wird auf die Umsetzung eingegangen. Die Häufigkeit der Anwendung ist ein wichtiges Kriterium für die Wirksamkeit der Schulung. Bei Frage 14 geht es nicht nur um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Erlernten, sondern in Kombination mit der Umsetzung auch darum, ob die Intervention eine Verbesserung der ergonomischen Körperhaltung der Teilnehmer im Arbeitsalltag bewirkt hat. Frage 15 beschäftigt sich einerseits mit jenen Bereichen in denen die Möglichkeit bzw. die Nachfrage besteht, Lehrinhalte noch besser an die Personen zu vermitteln, um einen noch höheren Wirkungsgrad der Schulung zu erreichen. Andererseits soll auch erhoben werden, bei welchen Inhalten die Schulungsmethoden ideal gewählt waren und wo noch Verbesserungsbedarf besteht.

2.2 Datensammlung

Oft werden Fragebögen per Post an die zu Befragenden gesandt.⁶ Dabei sind viele Kriterien zu beachten wie finanzielle Mittel, Wahrung der Anonymität, Rücksendetermin, Rücksendebedingungen und eventuell noch einen Anreiz, warum dieser Fragebogen ausgefüllt werden soll. In vorliegenden Fall musste im Fragebogen nur auf die Anonymität hingewiesen werden. Die weiteren Punkte wie die Verteilung, Rücksendetermin, Rücksendung und Anreiz zum Ausfüllen der Bögen wurden betriebsintern durch die OÖGKK geregelt. Dadurch konnte eine überdurchschnittliche Rücksendequote erwartet werden.

In diesem Falle bestand die Gruppe der Befragten aus 121 Angestellten der Zahnambulatorien der OÖGKK, die freiwillig an der Schulung teilgenommen hatten und somit den Fragebogen beantworten konnten. 51 Fragebogen wurden beantwortet und retourniert. Der Aufbau des Fragebogens stellte sich aus 12 geschlossenen Fragen und drei offenen Fragen zusammen. Als Zeitpunkt für die Aussendung des Fragebogens wurde eine Zeitspanne von einem halben Jahr nach der Schulung gewählt, da ein ausreichender zeitlicher Abstand zwischen Intervention und Wirksamkeitsmessung notwendig erscheint, um auch die Nachhaltigkeit der Schulung messen zu können. Durch dieses Zeitausmaß kann in den Ergebnissen von einem

⁶ Vgl. Kirchhoff, 2003, S. 29.

positiven oder negativen „reliablen outcome“ gesprochen werden. Um auch für den Fragebogen vor dem Aussenden zu testen, ob alle Fragen verständlich geschrieben wurden, wurde ein Pretest⁷ mit zwei Personen (Zahnärzten) durchgeführt. Dieser diente zur Absicherung, ob die gestellten Fragen verständlich formuliert wurden und die beabsichtigten Ergebnisse liefern.

2.3 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte aufgrund des eher kleineren Umfangs der Forschungsarbeit durch händische Eingabe der Daten in eine Excel Tabelle, in der auch die Auswertung statt fand. Die Daten wurden in einer selbst vorgefertigten Auswertungstabelle eingetragen und durch Summenrechnungen zusammengezählt und ausgewertet. Um die Daten miteinander zu verknüpfen wurde über Formeln ein Bezug hergestellt, wenn dieser erforderlich war. Daraus resultierend wurde, wenn notwendig, ein Diagramm zur besseren Veranschaulichung erstellt.

⁷ Vgl. Kirchhoff, 2003, S. 24.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden alle Ergebnisse aus der Auswertung der Fragebögen erläutert. Es werden dabei auch Verknüpfungen von zwei oder mehreren Fragen vorkommen, um die gewonnenen Ergebnisse anschaulich und realitätsnahe darzustellen.

3.1 Beurteilung der Schulung durch die Kursteilnehmer

Dieses Kapitel erläutert die Ergebnisse der Fragen 5, 6 und 7. Bei der Frage, ob den Teilnehmern (n=51) die Schulung verständlich vorgetragen wurde, konnte eine Befürwortung von 100 % erzielt werden. Dies lässt darauf schließen, dass weitere Ergebnisse betreffend der Nachhaltigkeit keine Einbußen zulasten der Verständlichkeit durch die Vortragsweise der Vortragenden hinnehmen muss. Betreffend der Relevanz und praktischen Umsetzbarkeiten der vermittelten Lehrinhalte geben 96 % der Teilnehmer (n=50) an, dass dies für sie zutreffe. Auch hier lässt sich, wie zuvor beschrieben, eine Ergebniseinbuße zulasten der Nachhaltigkeit durch eine hohe Relevanz und praktische Anwendbarkeit so gut wie ausschließen.

Im Bezug auf die Lehrmethoden, wie sie in der ersten Bachelorarbeit theoretisch bearbeitet wurden, geben 82 % der Teilnehmer (n=50) an, dass diese hilfreich für die Erfassung der Informationen gewesen sind. Für 18 % waren sie teilweise hilfreich. Bei dieser hohen Zufriedenheitsrate kann davon ausgegangen werden, dass die Lehrmethoden richtig gewählt wurden und für die Schulungsteilnehmer hilfreich waren.

3.2 Erinnerung an Lehrinhalte

Für diese Frage (Nr. 8) sollten die Befragten drei von sechs vorgetragenen Lehrinhalten, die ihnen aus der Schulung in Erinnerung geblieben waren, nennen und in einigen Worten erläutern. Wie in Abbildung 1 ersichtlich konnten sich die Teilnehmer (n=47) durchschnittlich an 2,3 von 3 im Fragebogen gefragten Lehrinhalten pro Person erinnern. Bei der Angabe von Stichwörtern, die hinzugefügt werden sollten, war die Antwortquote jedoch eher gering und konnte für die Auswertung nur zum Teil berücksichtigt werden. Von den Angaben, die getätigt wurden, entfielen 8 % auf die Lehrinhalte der ergonomischen Haltung, 17 % auf die

Lagerung des Patienten im Behandlungsstuhl, 11 % auf die Arbeitshaltung am Behandlungsstuhl, 26 % auf die Sitzposition am Behandlungsstuhl, 23 % auf Ausgleichsübungen und 15 % auf Entspannungsübungen. Eine besondere Erwähnung soll auf das Merkmal gerichtet werden, dass 4 Teilnehmer keine Angaben zu diesem Punkt gemacht haben. Aus welchem Grund keine Antwort gegeben wurde, kann nicht festgestellt werden. Einerseits besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmer/Innen sich an keinen Lehrinhalt mehr erinnern können, andererseits ist es möglich, dass diese Personen kein Interesse hatten die Zeit aufzuwenden, die Frage auszufüllen.

Zur Erläuterung der Auswertung kann noch folgende Information hervorgehoben werden: Die am höchsten in der Erinnerung gebliebenen Lehrinhalte sind jene, die mit praktischen Trainingsmethoden kombiniert wurden. Für die richtige Sitzposition am Behandlungsstuhl wurde mit allen freiwilligen Teilnehmern eine Behandlungssituation durchgespielt. Dabei konnten Arzt/Ärztin und Assistentinnen gemeinsam über Sitzprobleme bei der Behandlung berichten und im Team wurde unter Anleitung des Vortragenden nach einer Verbesserung oder Lösung für die individuellen Probleme gesucht. Auch bei den Ausgleichsübungen wurden die meisten im Übungsprogramm aufgelisteten Übungen vorgeführt und direkt mit den Teilnehmern/Innen durchgeübt. Dabei wurde seitens der Vortragenden auf die richtige Ausübung geachtet und bei gravierenden Fehlern, wenn notwendig, sofort korrigiert.

Im Bezug auf die Inhalte Entspannungsübungen und Patientenlagerung kann aus folgenden Gründen eine mittelmäßige Nennung erfolgt sein: Die Teilnehmer waren zwar sehr aufmerksam und konnten sich mit den Themen identifizieren, andererseits wurden diese Kapitel nur teilweise mit praktischen Übungen erklärt. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Schulung von den Teilnehmern erwähnt, dass sie über diese ihnen wichtigen Thematiken bisher noch wenig Information von außen erhalten hatten. Im Hinblick auf die Entspannungsübungen kann davon ausgegangen werden, dass das Thema hauptsächlich für jene Schulungsteilnehmer von Interesse war, bei denen bereits körperliche Beeinträchtigungen bestehen. Die Patientenlagerung kann von den Mitarbeitern – wie in Kapitel 4.4 noch näher erläutert wird – nur zum Teil beeinflusst werden, was zu Frustration führen kann. Betreffend der letzten beiden Punkte, der ergonomischen Haltung und der Körperhaltung am Behandlungsstuhl kann davon ausgegangen werden, dass es den Kursteilnehmern oft schwer gefallen ist, sich von der optimalen ergonomischen Haltung beeinflussen zu lassen und somit Verbesserungen in die bereits aus Fehlhaltungen eingebürgerten Arbeitsalltag zu bringen.

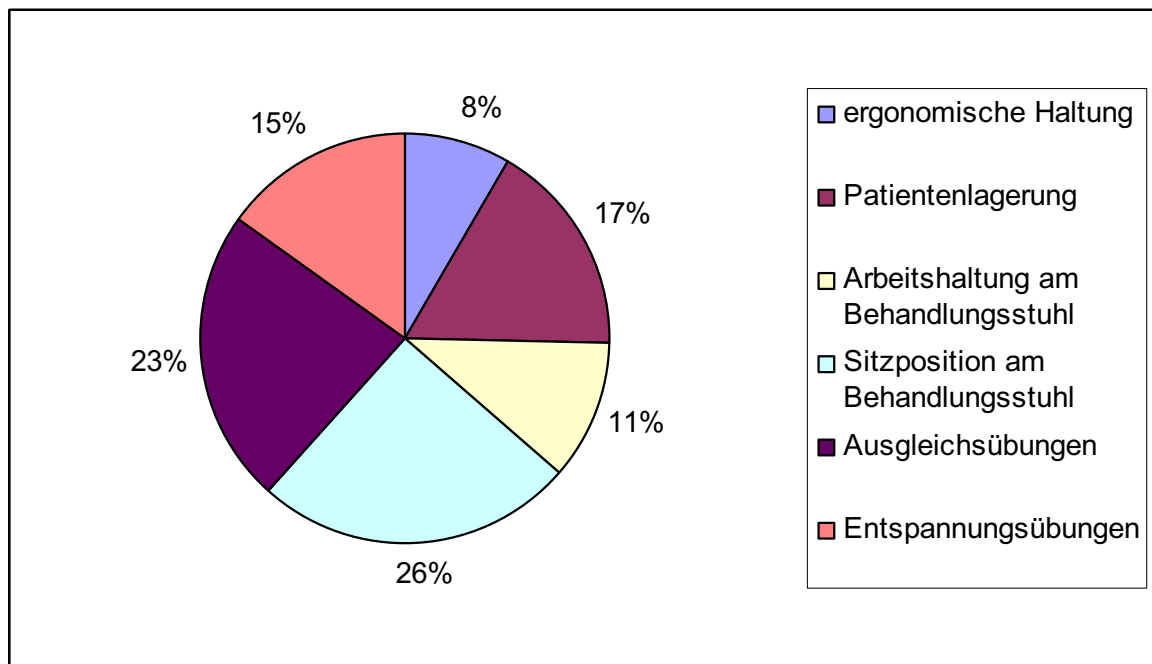


Abbildung 1: An welche Lehrinhalte können sich die Schulungsteilnehmer noch erinnern?

3.3 Umsetzbarkeit der Lehrinhalte

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Fragen 9 und 10 beschrieben. Auf die Frage, ob die Teilnehmer (n=51) von den vermittelten Inhalten etwas in die Praxis umgesetzt haben, antworteten, wie in Abbildung 2 ersichtlich, 33 % mit einem „Ja“ und 63 % mit einem „Teilweise“, also insgesamt 96 % positiv. Setzt man diese Angaben in Bezug zu den umgesetzten Lehrinhalten, die von den Teilnehmern genannt werden sollten, so haben hier 80% eine oder mehrere Angaben gemacht. Das bedeutet, dass zwar 96 % der Befragten angeben Lehrinhalte umzusetzen, im Vergleich dazu jedoch nur 80 % tatsächlich Inhalte nennen bzw. erläutern können. Auch die Möglichkeit, dass nur wenige Teile umgesetzt worden sind und diese vom Teilnehmer nicht richtig zugeordnet werden konnten, ist gegeben. Trotz dessen kann immer noch von einer sehr hohen Umsetzbarkeit gesprochen werden.

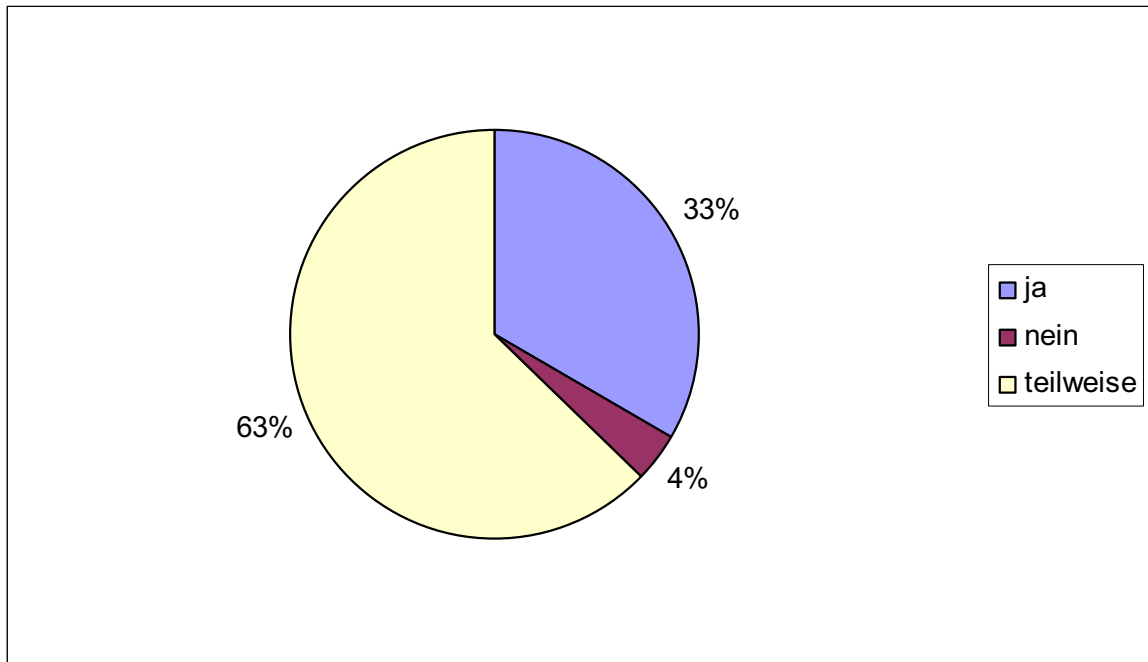


Abbildung 2: Wurden Lehrinhalte umgesetzt?

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, haben 25 % der Befragten (n=40), die Sitzposition am Behandlungsstuhl umgesetzt. Wie auch in Kapitel 3.2. erwähnt, war diese Position schon eine, die zu den am häufigsten gewählten Inhalte gehört. Ein Grund für die hohe Umsetzungsrate dürfte sein, dass die Sitzpositionen im Rahmen der Schulung direkt in den Behandlungsräumen, d.h. in der praktischen Anwendung erläutert wurde. Arzt/Ärztin und Assistentin können individuell abgestimmte Sitzpositionen erarbeiten und diese je nach individuellen Vorzügen anwenden. Auch bei der Schulung war bereits erkennbar, dass durch die Anleitung vielen Behandlungsteams klar wurde, wie die Möglichkeiten und Variationen der Sitzpositionen unter ergonomischen Aspekten angewandt werden können. Die Ausgleichsübungen mit 24 % und die ergonomische Haltung mit 17 % konnten die nächst höchsten Anteile erreichen. Zu den Ausgleichsübungen ist zu sagen, dass diese, einigen Teilnehmern bereits ein Begriff oder gar schon - in unterschiedlichen Ausprägungen - bekannt waren. Da die einzelnen Übungen nicht neu erfundenen wurden, sondern zum Teil alltagsbekannt und auch in Literatur für Training oder ergonomische Haltung⁸ zu finden sind, waren sie für die Teilnehmer sehr gut verständlich. Darüber hinaus besteht ein sehr hoher Zusammenhang von Ausgleichsübungen für Arbeit und Freizeit. Auch dies kann ein Grund für die hohe Angabe sein.

Im Hinblick auf die ergonomische Haltung kann gesagt werden, dass viele kleine Schritte notwendig sind, um eine ergonomische Haltung einzunehmen, die bereits aus dem Kindesalter bekannt sind. In der ergonomischen Schulung erfolgte lediglich eine Auffrischung des vorhandenen oder bereits vergessenen Wissens. Viele dieser einzelnen Schritte, mit denen eine Handlungsverbesserung herbeigeführt werden kann, können in so gut wie allen Bewegungen des Lebens eingebaut werden. Das oftmalige Einbinden dieses Wissens in den Alltag kann zu einer hohen Umsetzung, des in der Schulung vermittelten Wissens führen. Bei den Entspannungsübungen mit 12 % besteht die Vermutung, dass die Verbesserung, die damit erzielt werden kann nicht messbar oder nur sehr schwer spürbar ist. Für den Punkt Arbeitshaltung am Behandlungsstuhl (10 %) ist es möglich, dass dieser Teil für viele schon durch die ergonomische Haltung und Sitzhaltung am Behandlungsstuhl, die ja in den Schulungen sehr eingehend durchgenommen worden sind, abgedeckt wurde. Als letzter Teil sei noch die Patientenlagerung mit 12 % zu erwähnen. Vermutlich sind die Kursteilnehmer bei der Umsetzung dieses Punktes an Grenzen gestoßen, die außerhalb ihres Einflussvermögens liegen. Dieses Problem wird im nächsten Abschnitt näher behandelt.

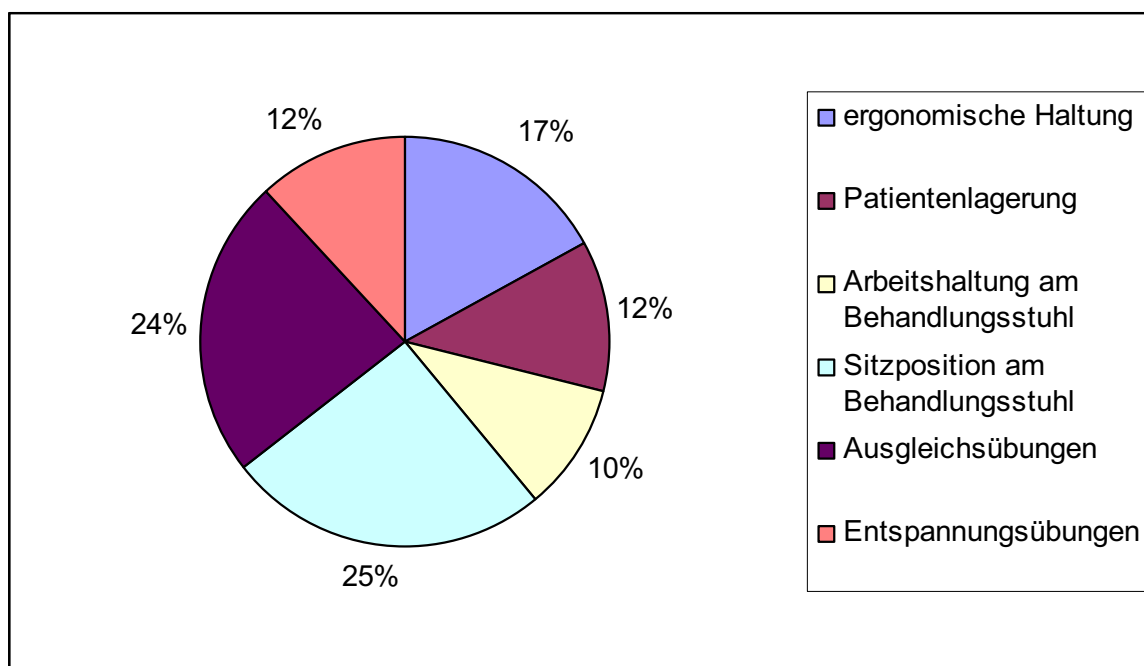


Abbildung 3: Welche Lehrinhalte wenden die 96 % der Schulungsteilnehmer nach einem halben Jahr noch an?

⁸ Vgl. Kempf, 2006, S. 206ff.

3.4 Grenzen der Umsetzbarkeit

Frage 11 des Fragebogens beschäftigte sich mit jenen Lehrinhalten die Schulungsteilnehmer (n=20) nicht umsetzen konnten. Aus Abbildung 4 sind drei weitere Optionen deutlich abgrenzbarer Punkte ersichtlich. Bei der Patientenlagerung, die von 26 % der Befragten erwähnt wurde, sind oft noch Anmerkungen angefügt worden, wie „schwer bei Kindern oder älteren Personen“. Dies sind Faktoren, die bei der Beurteilung nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Einerseits ist bei der Lagerung des Patienten ein Limit an Verstellmöglichkeiten durch den Behandlungsstuhl gegeben, andererseits sind auch die zu behandelnden Personen unterschiedlich, da jeder ein anderes Maß an Flexibilität hat. Bei der Behandlung von alten oder körperlich behinderten Personen ist es oft nicht möglich, sie in den Behandlungsstuhl zu setzen. Diese Patienten müssen direkt in ihrem Rollstuhl sitzend behandelt werden. Ebenso bei Kindern erschwert sich die Umsetzung, auch wenn es Sitzaufgaben gibt, die auf die Körpergröße der Kinder abgestimmt sind. Dennoch ist das Ausmaß der Verstellbarkeit dadurch sehr stark eingeschränkt.

Für Probleme mit der Sitzposition, welche ebenfalls mit 26 % wie in Abbildung 4 ersichtlich zu den am Häufigsten genannten gehörten, ist anzumerken, dass die Sitzposition hauptsächlich durch die vorhandene baulichen Gegebenheiten eingeschränkt ist. Die Behandlungsstühle und dazugehörigen Sitzstühle für Arzt/Ärztin und Assistentin sind in den Zahnambulatorien der OÖGKK in zwei verschiedenen Bauarten vorhanden. Alle Behandlungsstühle sind in einem sehr guten Zustand mit entsprechend guten Verstellmöglichkeiten, die bei beiden Konstruktionen ähnlich sind. Bei den Sitzstühlen für das Personal stehen noch ältere Modelle zur Verfügung, bei denen die Einstellmöglichkeiten eingeschränkt sind. Auch das Bedienpult für die Behandlungsinstrumente schränkt die Bewegungsfreiheit rund um den Arbeitsplatz ein. Durch diese gegebenen Umstände kommt es zu einer Summe von Einflussfaktoren, die außerhalb des Einflusses der Teams liegen oder von den individuellen Bedürfnissen des Patienten abhängig sind.

Jene Antwort die am dritthäufigsten gegeben wurde, betrifft die Arbeitshaltung am Behandlungsstuhl. Dieser Antwort, die von 22 % der Befragten genannt wurde, muss noch beigefügt werden, dass durch die Größe des Behandlungsstuhles, der dazugehörigen Bedienpulte und Fußpedale sowie durch die Raumaufteilung, ein direktes Heranrücken an den Klienten nicht von allen Seiten möglich ist. Alleine durch

die Breite der Liegefläche, die für Patienten aller Größen ausgelegt ist, ist der Zugang von der Seite eingeschränkt.

Zwei weitere Punkte bei deren Umsetzung die Schulungsteilnehmer an Grenzen stießen, waren Ausgleichsübungen mit 15 % und Entspannungsübungen mit 7 %. Was im Zuge der Befragung nicht erfragt werden konnte, war, ob die Ausgleichs- bzw. Entspannungsübungen lediglich im Arbeitsbereich nicht umgesetzt wurden, oder ob die Umsetzbarkeit auch im privaten Bereich schwierig war. Da sich vor allem das Ausgleichsprogramm in ein Programm für zwischendurch und für zu Hause gliedert, ist eine Unterscheidung hier nicht möglich. Die Entspannungsübungen wurden zusammengestellt, um jederzeit ortsunabhängig durchgeführt zu werden. Beim allerletzten Problembereich, der ergonomischen Haltung, mit nur 4 % Nennung, kann davon ausgegangen werden, dass dies ein Punkt ist, der sehr stark der persönlichen Einstellung unterliegt. Ob dies in Zusammenhang mit weiteren Faktoren wie Alter, Geschlecht, Tätigkeitszeit usw. in Zusammenhang steht, kann durch die Auswertung der im Fragebogen gestellten Fragen 1 bis 4 in Bezug gesetzt werden.

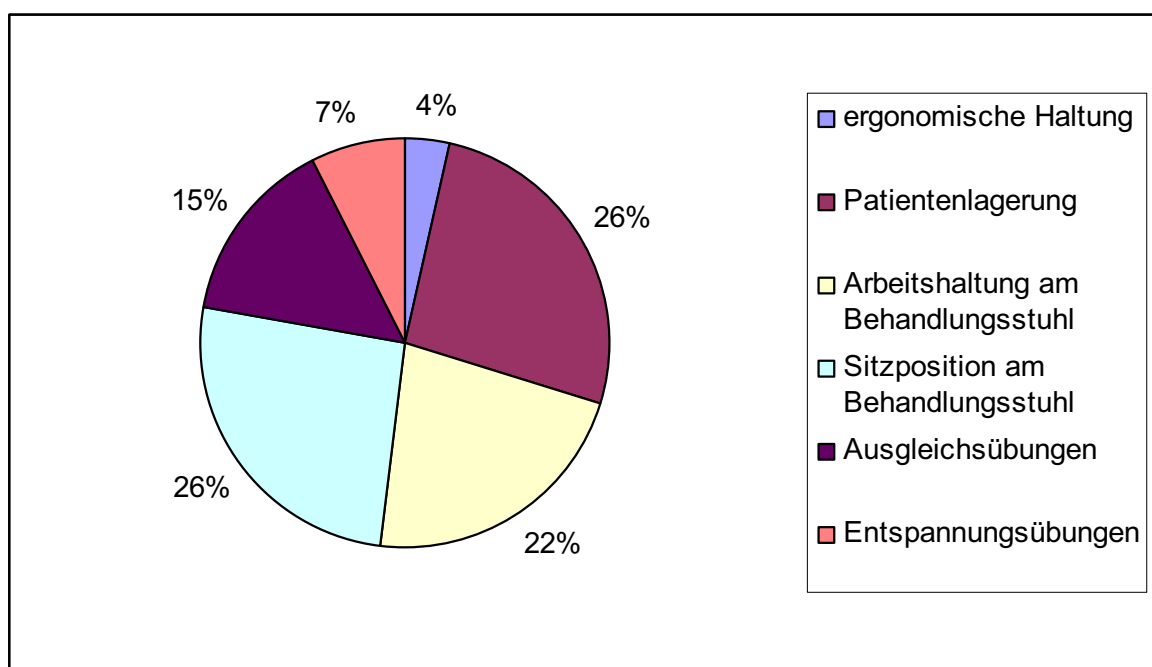


Abbildung 4: Wo sehen die Schulungsteilnehmer die Grenzen der Umsetzbarkeit der Lehrinhalte?

3.5 Gründe für Nicht-Anwendung der Inhalte

Diese Frage (Nr. 12) soll die Hintergründe der in Kapitel 3.4 erläuterten Probleme bei der Umsetzung erfassen. Aus Abbildung 5 ist ersichtlich, dass eine Antwortmöglichkeit alle anderen mit Abstand überragt. Bei der Frage, warum die gelehrten Inhalte nicht angewendet werden, geben 55 % der Befragten (n=41) alte Gewohnheiten an. Darunter sind nicht nur kulturell geprägte Angewohnheiten zu verstehen, sondern auch durch vielmaliges Wiederholen eingelernte Bewegungsmuster. Wird dieses Ergebnis allerdings in Verbindung mit dem Alter der Teilnehmer gesetzt, so lässt sich eine leichte Tendenz erkennen, dass die Schulungsteilnehmer mit zunehmendem Alter größere Schwierigkeiten haben, von alten Gewohnheiten abzugehen. Auch beim Vergleich mit den Dienstjahren im zahnmedizinischen Beruf, lässt sich genau der gleiche Trend erkennen. Wird das gleiche Ergebnis in Zusammenhang mit der Berufsgruppe gebracht, so zeigt sich allerdings ein beträchtlicher Unterschied. Sind es bei den Ärzten/Ärztinnen über 70 % der Befragten, die alte Gewohnheiten als Grund angeben so sind es bei den Assistentinnen nur 50 %.

Als weiteren Grund für die mangelnde Umsetzung der Inhalte wurde der Stress mit 30 % genannt. Wodurch dieser Stress jedoch ausgelöst wird, kann viele Gründe haben und ist auch nicht weiter definiert. Möglichkeiten bestünden im stressigen Tagesablauf, durch viele Nebenaufgaben oder auch in schlechter Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Seite und Assistentinnen. Diese Hintergründe lassen sich auch in der Auswertung erkennen. Hier geben 31 % der Assistentinnen den Stress als Grund für die mangelnde Umsetzung der Lehrinhalte an, jedoch nur 21 % von ärztlicher Seite. Auch ein Zusammenhang von Alter und der Dienstzeit lässt sich in diesem Problemfeld feststellen. Stress wird am meisten in der Altersstufe von 25 – 35 Jahren angegeben und nimmt anschließend stetig ab. Bei den Dienstjahren ist die Kategorie von 1 – 5 Dienstjahren diejenige, die den Stress als größten Faktor angibt. Der wahrgenommene Stress sinkt mit den Dienstjahren, steigt jedoch zum Ende der Dienstzeit, also „20 Jahre und länger“ wieder an. Mit einem kleineren Teil von 11 % wird weiters angegeben, dass bauliche Gegebenheiten für die Umsetzung der Lehrinhalte hinderlich seien. Da die Ordinationen in den verschiedenen Außenstellen in ihrer Größe und Ausstattung unterschiedlich sind, ist vermutlich hier die Ursache für das hinderliche Umfeld gegeben. Als letzten, noch zu erwähnenden Hintergrund wäre die Motivation mit 4 % zu nennen. Da dieser Anteil eher gering ist, besteht keine Notwendigkeit, diesen Wert mit anderen Faktoren in Kombination zu setzen, da daraus kein aufschlussreiches Ergebnis erzielt werden könnte.

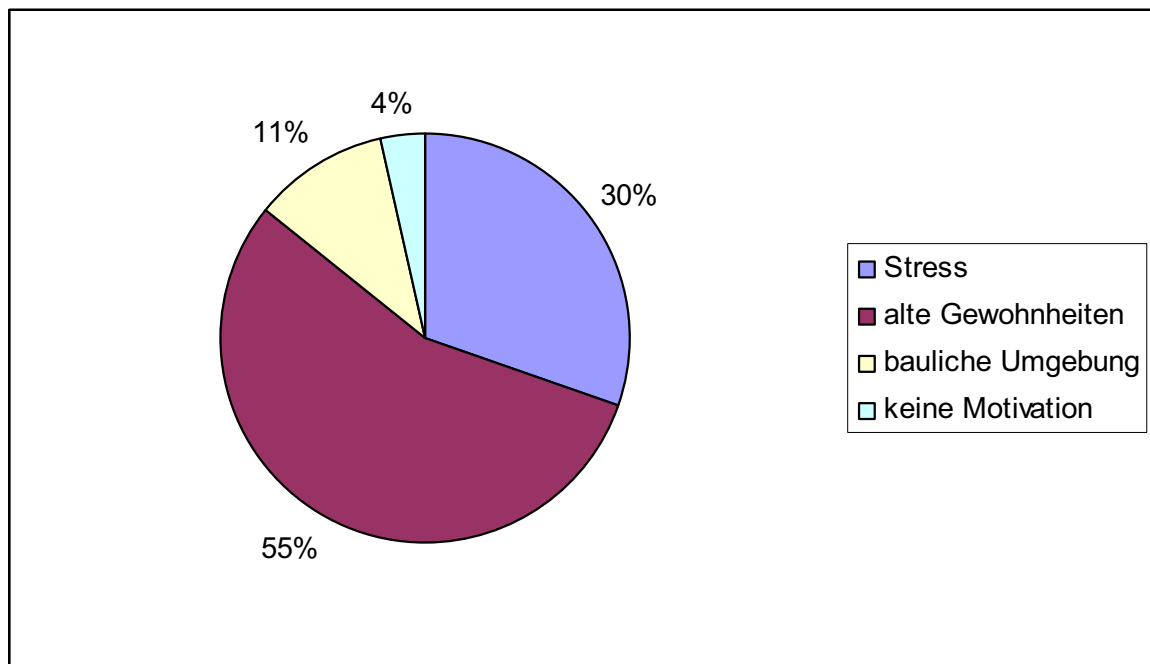


Abbildung 5: Aus welchen Gründen wurden die Schulungsinhalte nicht angewendet?

3.6 Häufigkeit der Anwendung der gelernten Inhalte

Diese Frage (Nr. 13) beschäftigt sich mit der Häufigkeit der Anwendung der Lehrinhalte. In Abbildung 6 ist zu erkennen, dass 65 % der Befragten (n=51) mit „gelegentlich“ geantwortet haben. Ein sehr hoher Wert der beinahe 2/3 aller Antworten ausmacht. Der zweithöchste Wert ist, wie in Abbildung 6 ersichtlich, die häufige Anwendung mit 25 %. Bei der Antwortmöglichkeit „häufig“ kann von einer Anwendung von mehreren Malen in der Woche bis sogar täglich ausgegangen werden. Der folgende Wert mit 6 % ist wie in Abbildung 6 ersichtlich jener Anteil der Teilnehmer, die die Lehrinhalte „immer“ anwenden. Das bedeutet, dass 96 % aller Schulungsteilnehmer die vermittelten Lehrinhalte anwenden. Auch wenn die Auffassung davon, was „immer“, „gelegentlich“ oder „häufig“ ist, sicherlich individuell verschieden ist, kann von einer positiven Tendenz ausgegangen werden.

Bei jenen 6 % die angaben, das Gelernte „immer“ anzuwenden, ist im ganzen Fragebogen durchgehend ersichtlich, dass diese Personen sich bemühen die Lerninhalte umzusetzen. Auch handelte es sich bei den Lehrinhalten, an die sich diese Personen noch erinnern können und die sie noch anwenden, vor allem um jene Bereiche, in denen das meiste Potenzial für die individuelle Beeinflussung besteht.

Dazu gehören beispielsweise die ergonomische Haltung, die Sitzposition am Behandlungsstuhl und die Ausgleichsübungen. Der letzte und auch niedrigste Wert ist von 4 % der Befragten angekreuzt worden. Diese geben an, das Gelernte nie anzuwenden. Aus welchen Gründen das Gelernte nie angewendet wird, ist nicht klar zu sagen. Aus den Antworten ist allerdings herauszulesen, dass es hier für die betroffenen Personen Probleme bei der praktischen Anwendbarkeit und der hilfreichen Wissensvermittlung durch die Lehrmethoden gegeben hat. Darüber hinaus waren keine weiteren einflussreichen Faktoren, die in Zusammenhang mit der negativen Antwort stehen, zu finden.

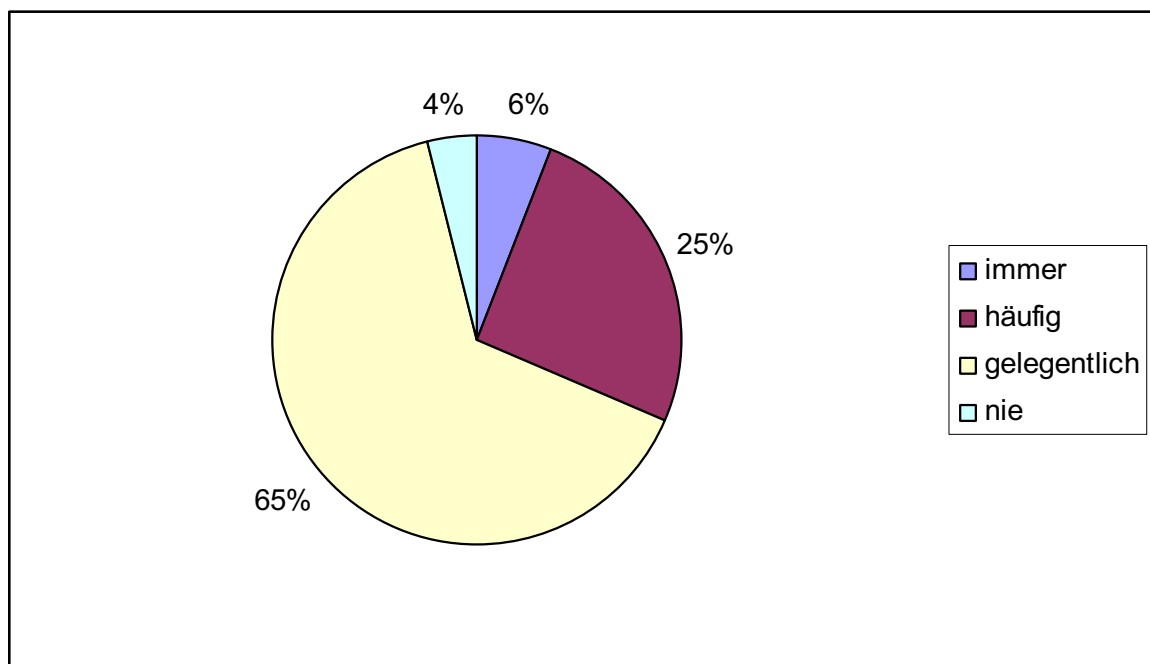


Abbildung 6: Wie oft wenden die Schulungsteilnehmer das Gelernte an?

3.7 Verbesserung körperlicher Beeinträchtigungen bei den Schulungsteilnehmern

Im Bezug auf die Frage (Nr. 14), ob sich körperliche Beeinträchtigungen durch die Inhalte, die in der einmaligen ergonomischen Schulung vorgetragen wurden, verringert haben, (n=49) antworteten 59 % mit teilweise (wie in Abbildung 6 ersichtlich). Zählt man auch noch die 12 % mit der Antwort „ja“ dazu, so ergibt sich die Summe von 71 % der Schulungsteilnehmer, bei denen sich durch die Schulung eine Verbesserung der eigenen körperlichen Befindlichkeit einstellte. Dies zeigt sehr gut auf, dass nicht nur wie in Kapitel 3.3 vieles angewendet wird, sondern diese Anwendung zu einer erwünschten positiven Auswirkung auf die körperlichen Beeinträchtigungen bei den Kursteilnehmern geführt hat.

Tendenzen, ob eine gewisse Gruppe an Personen eher auf eine Verbesserung angesprochen hat, ergibt sich allerdings noch aus der Kombination mit dem Alter und den Dienstjahren. Hier ist deutlich zu erkennen, dass die Wirksamkeit bei den Personen ab 35 - 45 Jahren zu steigen beginnt und in der Altersstufe 45 – 55 am höchsten ist. In Bezug auf die Dienstjahre sieht das Ergebnis ähnlich aus. Hier beginnt es bei 10 bis 15 Dienstjahren und steigt, allerdings mit einem anschließend eher gleich bleibenden Wert, bis über 20 Dienstjahre. Die dritte Gruppe mit 29 % hat mit „nein“ geantwortet. Sie geben somit an, durch das Schulungsprogramm keine Verbesserung ihrer täglichen körperlichen Belastung erfahren zu haben.

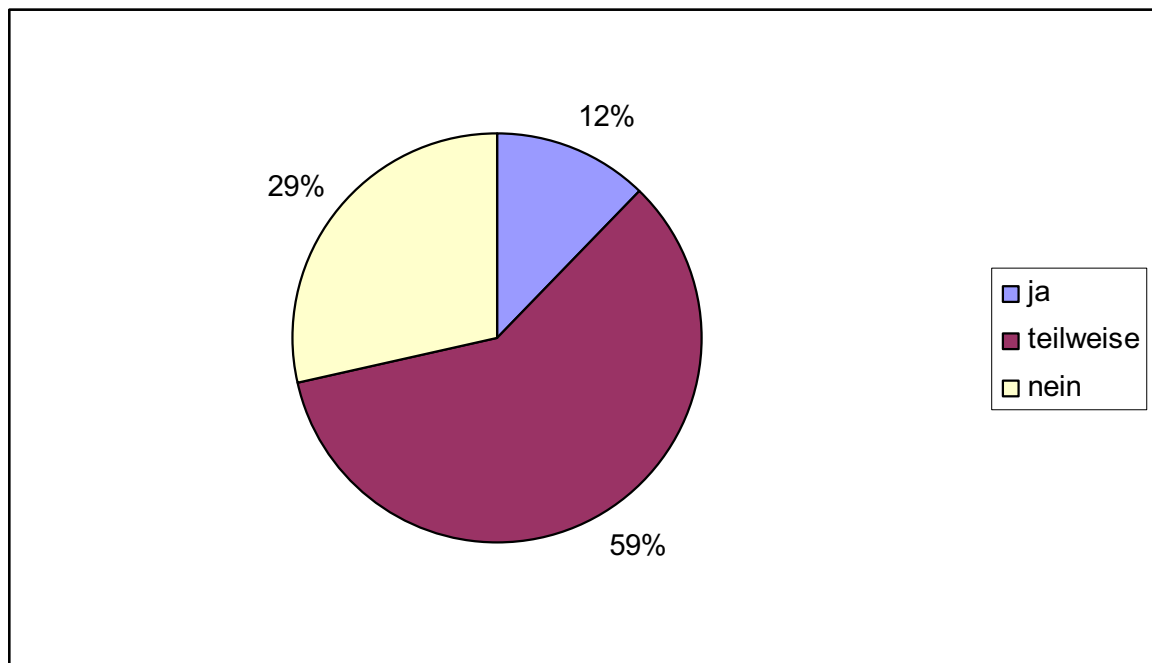


Abbildung 7: Haben sich körperliche Beeinträchtigungen durch die Anwendung der Lehrinhalte verbessert?

3.8 Themenbereiche für zukünftige Schulungen

Auf die Frage (Nr. 15) hin, ob die Teilnehmer (n=47) noch einmal eine ergonomische Schulung besuchen würden, haben 23 % mit nein geantwortet. Sie bekunden damit, dass sie bei keiner weiteren Rückenschule mehr mitmachen möchten. Ob aus Gründen von Desinteresse oder weil durch die bereits einmalige Schulung das notwendige Wissen vollständig ist, ist unklar. Es lassen sich allerdings klare Zusammenhänge mit Faktoren wie Alter und Dienstjahren erkennen. Ein großer Teil (über 70 %) jener, die

mit „nein“ geantwortet haben, sind aus der Altersgruppe 45 – 55 Jahre. Auch bei den Dienstjahren sind mehr als 70 % aus der Gruppe 15 – 20 Dienstjahre zu finden. Als weitere Auffälligkeit lässt sich feststellen, dass beinahe 2/3 aller Teilnehmer, die mit „nein“ geantwortet haben, bei der Frage, ob sich Beeinträchtigungen durch die Rückenschule verringert haben, auch mit „nein“ geantwortet haben.

77 % der Befragten gaben an, eine weitere ergonomische Schulung besuchen zu wollen. Um eine derartige Schulung bedarfsorientiert durchführen zu können, wurde erfragt, in welchem Bereich noch Informationsbedarf besteht und ob diese Themen vertiefend oder wiederholend behandelt werden sollten. Sollte ein Teilnehmer kein Interesse an einem bestimmten Themenbereich haben, konnte er mit „egal“ antworten. Von den gewünschten Lehrinhalten, die bei einer weiteren Schulung vermittelt werden sollten, haben sich, wie in Abbildung 7 ersichtlich, folgende Ergebnisse herauskristallisiert:

Alle Lehrinhalte bedürfen einer vertiefenden Bearbeitung und Schulung für durchschnittlich 54 % der Befragten. Sie wollen genaueres, vertiefendes Wissen und mehr Hintergründe über diese Punkte erfahren. Auch die Umsetzung durch praktische Übungen würde in diesen Bereich des Vertiefens fallen. Durchschnittlich 40,5 % reicht es aus, wenn die vorgetragenen Lehrinhalte noch einmal in ihrem bereits durchgeführten Umfang präsentiert würden. Zuletzt bleiben noch 5,5 % der abgegebenen Stimmen, denen es egal ist, über die vermittelten Inhalte noch einmal eine Information zu erhalten.

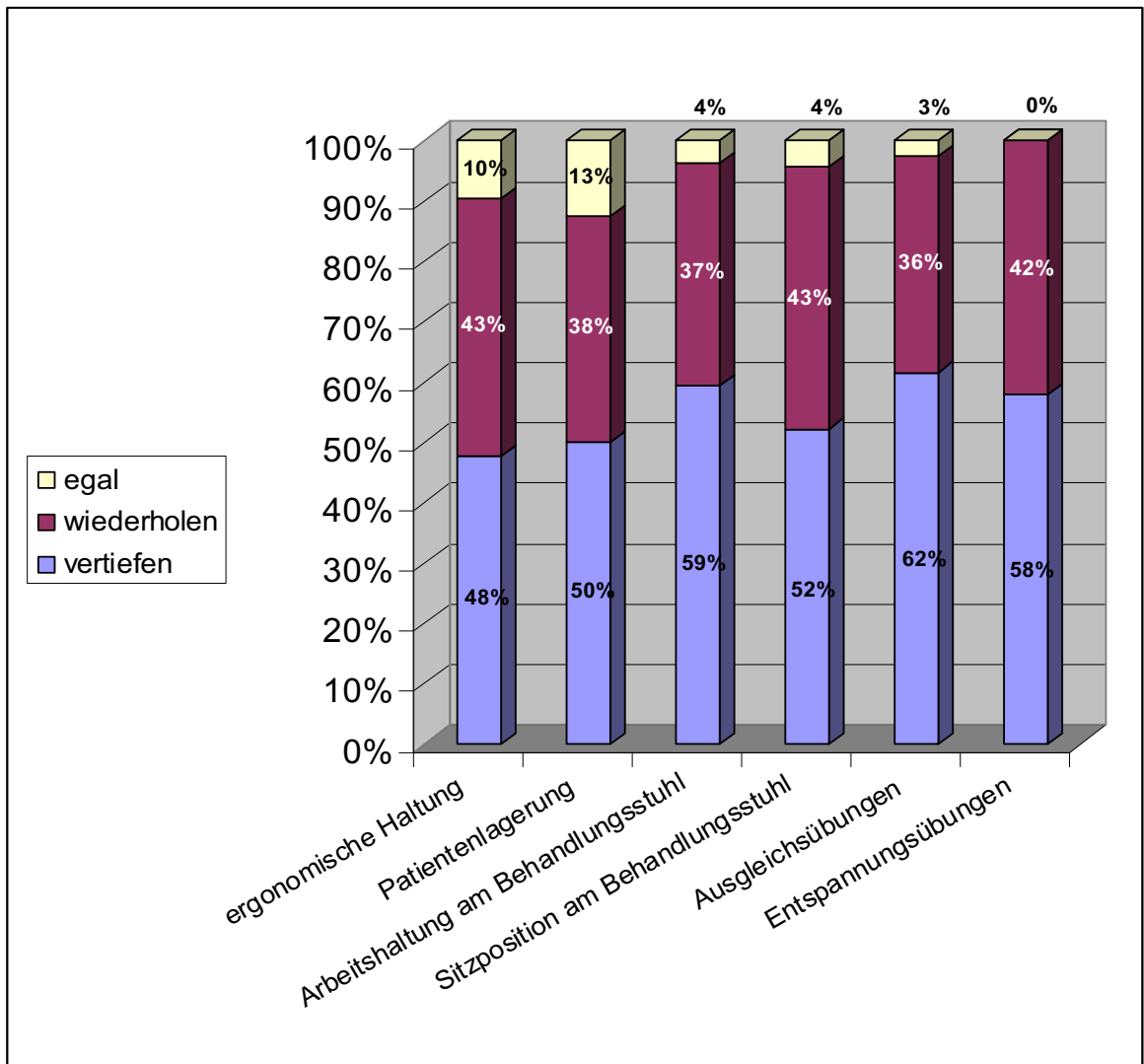


Abbildung 8: Welche Lehrinhalte wünschen sich die Schulungsteilnehmer in weiteren Schulungen?

4. Diskussion

Im nun folgenden Teil werden die in Kapitel 3 erarbeiteten Ergebnisse diskutiert und hinterfragt. Hier wird das Ergebnis der Forschungsfrage ermittelt, wie die Auswirkungen nach einer einmaligen ergonomischen Schulung betreffend Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von den Teilnehmern beurteilt werden.

4.1 Beurteilung der Schulung durch die Kursteilnehmer

Aus den Ergebnissen aus Punkt 3.1 ist ersichtlich, dass allen Schulungsteilnehmern die Vortragsweise, mit der die Fachthemen vermittelt wurden, verständlich gewesen ist. Auch die Relevanz der Themen und deren praktische Umsetzbarkeit wurde von beinahe allen Kursteilnehmern als positiv empfunden. In Bezug auf die unterschiedlichen Lehrmethoden, mit denen die Lehrinhalte vorgetragen wurden, wurde keine negative Antwort gegeben. Alle Personen gaben an, diese als hilfreich oder zumindest als teilweise hilfreich empfunden zu haben. Bei zusammenfassender Betrachtung dieser Daten kann davon ausgegangen werden, dass durch die Vortragsweise sowie die Auswahl der Lehrinhalte in Kombination mit den vorgetragenen Themen, ein positives Ergebnis zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der einmaligen ergonomischen Schulung erreicht werden konnte.

4.2 Erinnern von Lehrinhalten

In diesem Punkt wird ersichtlich, ob sich die Teilnehmer an Inhalte aus der Schulung erinnern können. Die Befragten wurden gebeten, drei Lehrinhalte zu nennen und diese mit wenigen Stichworten zu beschreiben. Dies sollte zusätzlich den vertiefenden inhaltlichen Lerneffekt für die Kursteilnehmer erfassen. Die Zahl jener Befragten, die diese Frage tatsächlich vollständig beantworteten, hielt sich jedoch erwartungsgemäß in Grenzen. Aus welchen Gründen keine genaueren Angaben gemacht wurden, ist unklar und kann nur vermutet werden: Motivationsmangel, Desinteresse, mangelnde Erklärung im Fragebogen etc. könnten dies erklären. Im Durchschnitt wurden pro Fragebogen 2,3 Lehrinhalte genannt. Dies spricht für eine gute Erinnerung an die Lehrinhalte. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass bereits durch die einmalige ergonomische Schulung große Mengen an Wissen von den Kursteilnehmer behalten wurden. Insgesamt gab es auch, wie in Punkt 3.2 angegeben, 4 Teilnehmer (~ 8 %), die keine Angaben zu den Lehrinhalten gemacht hatten. Aus welchem Grund

diese Personen keine Angaben gemacht haben, kann nicht erfasst werden. Allerdings war bei den Fragebögen dieser Befragten auffällig, dass durchgehend sehr wenige Fragen beantwortet wurden. Antworten, die nicht durch ankreuzen zu beantworten waren, sondern selbst ausgefüllt werden sollten, blieben meist leer. Das lässt unter Umständen eher auf Desinteresse schließen als darauf, dass sich die Teilnehmer gar keine Inhalte aus der Schulung gemerkt haben.

Um auf das Erinnerungsvermögen betreffend der Lehrinhalte genauer einzugehen, sollen an dieser Stelle noch einmal die Ergebnisse aus Punkt 3.2 aufgenommen werden. Wie bereits angegeben, ist das meiste Wissen bei jenen Inhalten erhalten geblieben, die durch praktische Übungen vermittelt worden waren. Dieses anwendungsbezogene Vorgehen hat den Teilnehmern geholfen, einen besseren Bezug zwischen Theorie und Praxis herzustellen. Die Information war dadurch anschlussfähig und ist daher auch nach längerer Zeit noch vorhanden und gut abrufbar. Dies lässt sich auch zusätzlich durch die Resultate aus den anderen angeführten Lehrinhalten belegen. Je theoretischer die Inhalte wurden, wie z.B. bei der ergonomischen Haltung oder der Haltung am Behandlungsstuhl, umso weniger wurden diese im Fragebogen auch genannt.

Grundsätzlich kann mit diesen Ergebnissen also gesagt werden, dass sich die Schulungsteilnehmer nach einem halben Jahr noch an die Lehrinhalte erinnern und somit das Wissen nachhaltig im Gedächtnis gespeichert wurde.

4.3 Umsetzung der Lehrinhalte

In diesem Kapitel wird die Umsetzung der Lehrinhalte, wie sie von den Schulungsteilnehmern angegeben wurde, analysiert. Wie die Auswertung zeigt, haben insgesamt 96 % der Befragten eine positive Antwort auf die Frage, ob sie Lehrinhalte in ihren Arbeitsalltag umgesetzt haben, gegeben. Dieser Wert unterteilt sich in ein eindeutiges „ja“ und ein „teilweise“ zur Anwendung des Gelernten. Wie aber in Kapitel 3.3 bereits angegeben, haben 80 % der Befragten, die eine positive Antwort auf die Umsetzung gegeben haben, auch Angaben gemacht, welche Inhalte sie bislang umgesetzt haben. Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt 4.2 erwähnt, können hier die gleichen Vermutungen angestellt werden, warum keine genaueren Angaben getätigt worden sind.

Die Betrachtung des Durchschnitts von 1,5 Angaben pro Person zeigt, dass dieser wesentlich niedriger liegt als bei den Angaben zur Erinnerung der Lehrinhalte (2,3 /Person). Es ist erkennbar, dass zwischen dem Erlernen und Erinnern einer Theorie (Kapitel 4.2), und dem tatsächlichen Umsetzen in die Praxis, ein großer Unterschied besteht. Durch das Erläutern der Einzelergebnisse lassen sich vermutlich noch genauere Schlüsse zur Umsetzung ziehen.

Im Vergleich der Abbildungen 1 und 3 lassen sich teilweise starke Ähnlichkeiten, aber auch Abweichungen erkennen. Wie diese zustände kommen konnten, wird durch Vergleiche und Beobachtungen der Schulungsleiter erläutert. Zum höchsten Wert, der Sitzposition mit 25 %, ist zu sagen, dass dieser Lehrinhalt durch Theorie erklärt wurde, während sich die dazugehörige praktische Anwendung wesentlich anders darstellt als „auf dem Papier“. Aus diesem Grund wurde dieser Teil der Schulung auch mit den im Alltag zusammenarbeitenden Behandlungsteams direkt am Behandlungsstuhl durchgespielt. Da jede Behandlungsart eine andere Sitzposition voraussetzt, soll die Anwendung auch nicht allein durch theoretisches Wissen abgedeckt werden. Durch dieses intensive praktische Training kann davon ausgegangen werden, dass eine sehr hohe Wirksamkeit und auch Nachhaltigkeit erzielt wurde. Beim zweithöchsten Wert, der Ausgleichsübungen mit 24 %, wurde das gleiche Prinzip wie bei der Sitzposition am Behandlungsstuhl angewendet. Als nächster Wert kommt die ergonomische Haltung mit 17 %. Auch dieser Inhalt wurde mit praktischen Übungen kombiniert, bestand jedoch insgesamt mehrheitlich aus Theorie. Was aber diesen Punkt so eine hohe Wertung zukommen lässt, ist, dass die Teilnehmer über Probleme und Schmerzen im Haltungsapparat geklagt hatten. Durch die Umsetzung dieser Inhalte ist es den Personen möglich, diesen Beschwerden nicht nur am Arbeitsplatz entgegenzuwirken, sondern auch in ihrer Freizeit.

Zu den Inhalten „Patientenlagerung“ und „Entspannungsübungen“ mit jeweils 12 % kann der Schluss gezogen werden, dass bei der Lagerung des Patienten nur teilweise jene Position möglich ist, die ideal für den behandelnden Zahnarzt bzw. die Assistentinnen wäre. Abhilfe für dieses Problem schafft die richtige Sitzposition am Behandlungsstuhl. Zu den Entspannungsübungen wurde nur eine kurze Erklärung gegeben, da diese Übungen oftmals nur wenige Sekunden dauern, oder einen höheren Zeitaufwand fordern, der nur in langen Pausen oder zu Hause aufzubringen ist. Für den niedrigsten gewerteten Inhalt, der „Arbeitsposition am Behandlungsstuhl“ mit 10 % besteht die Vermutung, dass die Teilnehmer den Inhalt zu sehr in den Punkt „Sitzhaltung am Behandlungsstuhl“ integriert haben. Da diese sich sehr ähnlich sind,

konnten sie von den Befragten vermutlich nicht richtig voneinander getrennt werden und so wurde dem intensiver durchgenommenen Inhalt, der Sitzposition, der Vorzug gegeben.

4.4 Grenzen der Umsetzbarkeit

Um im folgenden Kapitel die Grenzen der Umsetzbarkeit zu erläutern, soll vorerst der Begriff noch ein wenig genauer erläutert werden. Hierbei handelt es sich um jene Gründe, dass Kursteilnehmer es wenig, nur teilweise oder gar nicht geschafft haben, das Gelernte umzusetzen. Grundsätzlich können zwei Arten von Barrieren unterschieden werden. Einerseits jene, wie sie durch bestehende Rahmenbedingungen vorgegeben sind wie bauliche Umgebung oder durch das Zusammenarbeiten mit Menschen, andererseits persönliche Grenzen wie Stress, persönliche Gewohnheiten oder fehlende Motivation. Bei einem der meist genannten Punkte „der Patientenlagerung“, stoßen die Kursteilnehmer sehr schnell an Grenzen, da hier ein hohes Maß an einwirkende Faktoren vorliegt. Die Patientenstühle haben eine vorgegebene Größe und sind nur bis zu einem gewissen Ausmaß verstellbar. Auch ist es nicht bei jedem Patienten möglich, ihn in die gewünschte Stellung zu bringen, da er/sie sich, auch wenn es das Gerät zulassen würde, unwohl fühlt oder durch die extreme Rückwärtsneigung Probleme mit dem Gleichgewichtsgefühl bekommt bzw. ängstlich wird. Solche Faktoren zeigen die Grenzen der Umsetzbarkeit für das zahnärztliche Team.

Beim Punkt „Sitzposition am Behandlungsstuhl“, der ebenfalls mit 26 % angegeben wurde, kann von einem „an die Grenze stoßen“ in Kombination mit persönlichen Faktoren ausgegangen werden. Abgesehen davon, dass gewisse Behandlungsformen keine gute Sitzposition zulassen, ist hier unter anderem ein hohes Maß an Selbstdisziplin notwendig, um ein Optimum an ergonomischer Arbeitsweise umzusetzen. Diese Umsetzung steht allerdings auch in einem großen Zusammenhang mit dem Arbeitspartner. Ist dieser nicht bereit, auf den anderen zu achten und für beide ein möglichst angenehmes Arbeitsumfeld zu schaffen, so ist es dem Einzelnen fast unmöglich, hier das Gelernte in die Tat umzusetzen. Wichtig ist somit hier vor allem die gute Zusammenarbeit im Team.

Beim nächsten Inhalt, der „Arbeitshaltung“, können die gleichen Annahmen wie bei der Sitzposition getroffen werden, da die Umsetzung beider Inhalte stark miteinander

verknüpft sind. Für die restlichen drei Lehrinhalte kann zusammenfassend gesagt werden, dass sie nur einem geringen Fremdeinfluss unterliegen. Hier ist jeder Einzelne aufgefordert, die Lehrinhalte selbstständig und konsequent zu behandeln. Da diese Inhalte nicht nur zur Umsetzung während der Arbeitszeit gedacht sind, sondern auch für den Freizeitbereich, gibt es unterschiedliche Arten der Umsetzbarkeit. Welche jedoch die Teilnehmer an die Grenzen gebracht haben, werden im nächsten Kapitel genauer erläutert.

Als Ergänzung zu den Grenzen der Umsetzbarkeit wurden die Gründe dafür ermittelt, warum die Lehrinhalte nicht umgesetzt wurden. Am Häufigsten wurde der Faktor „alte Gewohnheiten“ genannt. Jeder kennt alte Gewohnheiten und auch der menschliche Körper prägt sich immer wieder getätigte und oftmals wiederholte Bewegungen ein und automatisiert sie.⁹ Es ist schwer eine gewohnte Bewegung zu verändern und daher ist es notwendig, diese Änderung Schritt für Schritt umzusetzen. Dies kostet Zeit, Motivation und Energie. Da diese genannten Faktoren allerdings oftmals nicht im notwendigen Ausmaß zur Verfügung stehen, ist dies hinderlich für das Erlernen und somit Umsetzen des Gelernten. Die langjährige häufige Anwendung von Bewegungsmustern erklärt auch, warum vor allem jene Personen, die bereits lange als Zahnarzt/Zahnärztin bzw. Zahnarztassistentin tätig sind, sich schwerer mit der Umsetzung von neuen Bewegungsabläufen tun. Warum allerdings Ärzte/Innen mehr Probleme als Assistentinnen haben, alte Gewohnheiten durch neue zu ersetzen, ist unklar und wäre Grundlage für eine weitere Untersuchung.

Als zweithöchster Faktor für das Nicht-Umsetzen der Lehrinhalte wurde Stress angegeben. In welcher Form dieser hinderlich wirkt, ist allerdings nicht benannt worden. Es lassen sich jedoch starke Tendenzen betreffend der Altersgruppe und den Dienstjahren feststellen. In der Altersgruppe 25 – 35 Jahre und in der Dienstjahresgruppe 1 – 5 Jahre wurde am häufigsten Stress als hinderlicher Faktor angegeben. Dies lässt am Ehesten zu der Vermutung gelangen, dass diese Personen noch weniger Erfahrung und Routine vorweisen können und daher noch mehr an persönlichen Ressourcen aufbringen müssen, um den Arbeitsalltag zufrieden stellend zu bewältigen. Zusätzlich lässt sich bei Personen mit mehr als 20 Dienstjahren auch noch eine erhöhte Stressrate feststellen. Weiters ist zu erwähnen, dass weniger Ärzte Stress als Grund für eine unterbliebene Umsetzung angeben. Hierfür wäre wieder eine

⁹ Vgl. Wohanka, 2006, S. 55.

tiefer gehende Untersuchung notwendig. Betreffend der hinderlichen Gründe wie „bauliche Gegebenheiten“ und „keine Motivation“ sind nur wenige Angaben zu verzeichnen.

4.5 Häufigkeit der Anwendung des Gelernten

Wie in Kapitel 3.6 bereits beschrieben, wird in diesem Kapitel nach der Häufigkeit der Umsetzung der in der ergonomischen Schulung erlernten Inhalten gesprochen. Es erfolgte keine genaue Klassifizierung der Begriffe „immer, häufig und gelegentlich“, und somit wurde dies dem Einschätzungsvermögen jedes einzelnen Teilnehmers überlassen. Durch das Ergebnis, dass bei 96 % aller Befragten mit einer positiven Antwort gegeben wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die einmalige ergonomische Schulung mit ihren Inhalten eine positive und nachhaltige Wirkung auf die Schulungsteilnehmer hatte. Zusammenhänge mit weiteren Faktoren sind nicht zu erkennen. Was allerdings noch zu erwähnen ist, sind die 4 % der Probanden, die angegeben haben, keinen der Inhalte aus der Schulung umzusetzen. Da dies im Gesamten ein geringer Prozentsatz ist, kann daraus kein aussagekräftiger Schluss gezogen werden.

4.6 Verbesserung der körperliche Befindlichkeit der Schulungsteilnehmer

Die Frage der Wirksamkeit der Schulung kann hier entscheidend erläutert werden. Nachdem insgesamt über 70 % aller Befragten eine teilweise oder gänzlich positive Antwort über die Verminderung körperlicher Beeinträchtigungen während des Arbeitsalltags gegeben haben, kann von einem positiven Ergebnis gesprochen werden. Weiters ist anzumerken, dass sich eine Verbesserung der körperlichen Beeinträchtigung umso eher einstellt, je länger die Teilnehmer bereits in den Zahnambulatorien arbeiten und somit das Alter von 45 Jahren überschritten haben. Diese Tendenz kann nur daraus vermutet werden, dass diese Teilnehmer durch die langjährige Arbeit bereits mehr körperliche Beschwerden aufweisen als Jüngere.¹⁰ Dies dürfte dazu führen, dass sie mehr von den individuell wichtigen Inhalten aufnehmen und mit mehr Konsequenz an der Umsetzung der gelernten Inhalte arbeiten. Die dritte Gruppe, diejenigen die mit einem klaren „nein“ geantwortet haben,

¹⁰ Vgl. Meyer, 2001, S. 67.

sind in Gegenüberstellung mit den positiven Antworten klar im Rückstand. Aus welchen Gründen hier keine Verbesserung eingetreten ist müsste von Fall zu Fall genauer betrachtet werden, um auf die genauen Hintergründe zu stoßen.

4.7 Weitere zusätzliche Schulungen als Basis für eine nachhaltige Umsetzbarkeit.

Als letzter Punkt wurden noch die Inhalte ermittelt, welche die Kursteilnehmer bei einer weiteren Schulung noch einmal gerne wiederholen würden. Grundsätzlich gaben 77 % der Befragten an, dass sie gerne an einer weiteren Rückenschulung teilnehmen möchten. Die Ergebnisse, wie in Punkt 3.8 in Abbildung 8 dargestellt, geben Hinweise darauf, bei welchen Schulungsinhalten die Teilnehmer noch weiteres Interesse zeigen oder darin noch Potential vermuten. Erfreulich ist, dass mehr als die Hälfte aller Teilnehmer eine vertiefende Information über die Inhalte erhalten möchte. Weitere ca. 40 % wären schon mit einer Wiederholung der Inhalte zufrieden. Insgesamt haben also über 90 % aller Befragten weiteres Interesse an den ergonomischen Schulungen und sehen darin eine Chance, etwas an ihrem Arbeitsplatz, aber besonders an deren eigenen Gesundheit zu verändern. Knapp ein Viertel der Kursteilnehmer wollen allerdings keine weitere Schulung mehr. Für sie war dies vermutlich genug Information, um damit den Arbeitsalltag zu verbessern.

4.8 Conclusio

Zuletzt stellt sich wieder die Frage, wie die zu Beginn der Arbeit gestellte Forschungsfrage beantwortet werden kann. Hat eine einmalige ergonomische Schulung in Bezug auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit Auswirkungen auf die Schulungsteilnehmer? Bei genauerer Betrachtung der in Kapitel 4 erläuterten Punkte, sowie der Ergebnistabelle im Anhang, kann ohne Zweifel von einer positiven Auswirkung auf die Teilnehmer gesprochen werden. Das immer wieder Situationen aufgetreten sind, in denen sich Vor- und Nachteile die Waage halten, ist ersichtlich. Auch gewisse, nicht immer für das gesamte Personal zutreffende Tendenzen bezüglich der Altersstufen oder Tätigkeitsdauer haben sich gezeigt. Nicht jede Aussage war für jeden zutreffend, was auch nicht möglich ist. Ein interessantes Ergebnis war allerdings, dass Ältere oder langjährige Arbeitnehmer es schwerer haben, sich in ihrem Arbeitsalltag umzustellen und etwas zu verändern, andererseits gerade bei ihnen ein sehr hohes Potential bezüglich der Umsetzungsmöglichkeiten vorhanden ist. Dies lässt

den Schluss zu, dass es von Vorteil ist, Arbeitnehmer bereits sehr früh zu schulen, um möglichst bald mit der Prophylaxe betreffend auftretender körperlicher Beeinträchtigungen durch den Arbeitsalltag entgegenzuwirken. Trotz dessen sollte jedem diese Möglichkeit bereitgestellt werden, da egal in welchem Alter ein Potential an Verbesserung vorhanden ist. Insgesamt ist der Erfolg und die Wirksamkeit von ergonomischen Schulungen von der individuellen Bereitschaft zur Umsetzung abhängig.

Mit den hier dargestellten Ergebnissen und den daraus gewonnen Erkenntnissen kann davon ausgegangen werden, dass eine einmalige Schulung eine positive Auswirkung auf das Verhalten der Schulungsteilnehmer hat. Ob Langzeitschulungen einen besseren Wirkungsgrad erzielen, kann nicht erfasst werden, die Vermutung liegt jedoch nahe. Fakt ist, dass eine einmalige Schulung, wie sie in diesem Ausmaß und für den Arbeitgeber verpflichtenden Teil an Unterweisung am Arbeitsplatz notwendig ist, sehr wohl ihre Berechtigung hat und somit von Ergotherapeuten jederzeit und zurecht als wirkungsvoll und nachhaltig verkauft werden kann.

5. Reflexion

Im Kapitel Reflexion wird rückblickend das methodische Vorgehen betreffend dieser Forschungsarbeit erläutert. Es werden Hintergründe klar gelegt, um die ganze Arbeit besser zu verstehen. Da diese Arbeit mit der ersten Bachelorarbeit zusammenhängt wird in Kapitel 5.1 auf diesen Zusammenhang eingegangen.

5.1 Vorgeschichte

Nach dem Erhalt des Auftrages für das Schulungsprojekt wurde am Zahnambulatorium der OÖGKK in der Hauptzentrale Linz eine Evaluierung der Arbeitsplätze durchgeführt. Darauf folgend wurden Fragebögen ausgeteilt, die das Befinden der in den Zahnambulatorien arbeitenden Personen feststellen sollten. Dieser Fragebogen wurde nicht in die Auswertung aufgenommen, da er rein dazu dienen sollte, das persönliche Empfinden der Personen zu ermitteln. Somit konnten die Teilnehmer auch Sorgen und Probleme betreffend der Arbeitsbelastung „los werden“, die sie sich nicht persönlich oder vor Kollegen zu sagen getraut hätten. Aus diesem Fragebogen wurde analysiert, welche Probleme betreffend Arbeitshaltung am Häufigsten oder am Schwerwiegendsten auftraten. Aus diesen gewonnenen Erkenntnissen wurde anschließend das gesamte Schulungsprogramm zusammengestellt. Zuletzt wurden dann im September 2007 die ergonomischen Schulungen in den Zahnambulatorien, verteilt auf ganz Oberösterreich, durchgeführt.

5.2 Methodisches Vorgehen

Ein halbes Jahr nachdem alle ergonomischen Schulungen beendet worden waren, wurde ein weiterer Fragebogen an alle Schulungsteilnehmer ausgesandt. Ein halbes Jahr wurde gewählt, weil es ein angemessener Zeitabstand zur Intervention war, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit festzustellen. Innerhalb einer Woche wurde der Fragebogen durch die OÖGKK eingesammelt und retourniert. Durch dieses schnelle Vorgehen wurde gewährleistet, dass die Zeitspanne zwischen Intervention und Abfrage sehr genau eingehalten werden konnte. Im Anschluss wurden die Fragebögen mittels händischer Eingabe in eine Excel-Tabelle datenmäßig erfasst. Da das Datenausmaß in einer überschaubaren Größe lag, war es nicht nötig, auf ein Datenerfassungsprogramm wie z.B. SPSS zurückzugreifen.

Mit diesen eingegebenen Daten wurde anschließend mit der Auswertung begonnen. Es wurde alle Daten in Summen und Prozent berechnet. Zu den wichtig und notwendig erscheinenden Fragepunkten wurde zusätzlich noch ein Diagramm erstellt. Die ausgewerteten Daten wurden bei dieser Arbeit Punkt für Punkt in Kapitel 4 aufgegriffen, in Relation gestellt, und kritisch hinterfragt. Auch weitere auftretende Fragen, die tiefer in die Materie eintauchen oder einer weiteren Forschung bedürfen, wurden immer wieder gestellt. Dabei wurde allerdings kaum mit Literatur verglichen, da es für diese Fragestellung bisher keine vergleichbaren Studien gibt. Getätigte Aussagen oder Vermutungen konnten nicht direkt mit Literatur be- oder widerlegt werden, da bei der Evaluation der Arbeitsplätze sehr viele Einflussfaktoren und Verhaltensarten der Arbeitnehmer am Zahnambulatorium beobachtet werden konnten und sich darauf diese Aussagen aufbauten. Auch aufgrund dieser sehr spezifischen Situation war es nicht möglich mit bestehender Literatur zu vergleichen.

Um eben diese Faktoren auch zur Geltung zu bringen, wurde durch eine Kollegin, mit der die Schulungen abgehalten wurden, eine ähnliche Studie verfasst, deren Zugang qualitativ erfolgte. Dort wurden Interviews abgehalten, um genau jene Aspekte hervorzubringen, die durch einen Fragebogen nicht zu erfassen sind. In diesem Fall sollte aber eine Befragung über die breite Masse erfolgen, um auch anschaulich zu machen, ob eine einmalige ergonomische Schulung allgemein wirksam sein und nachhaltige Wirkung erzielen kann.

Als persönliche Reflexion zu dieser Arbeit kann folgendes gesagt werden: Es war ein sehr interessantes Thema, in dem immer die Neugierde geweckt war, welches Ergebnis diese Fragebogenauswertung bringt. Auch die unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen Ergebnissen mit verschiedenen anderen Fragepunkten, dem Alter oder den Dienstjahren, stellte sich als ein äußerst spannendes Ereignis dar. Das im Gesamten ein so positives Ergebnis erzielt werden konnte, ist natürlich ein sehr erfreuliches Ereignis und beflügelt einen persönlich. Im Nachhinein ist zwar anzumerken, dass gewisse Vorgehensweisen, in allen Punkten des Projektes noch verbesserungsfähig sind. Besonders bei der Fragensauswahl und Fragenstellung wären noch weitere Potentiale gewesen, um tiefer in die Materie einzutauchen und noch mehr persönliches Empfinden der Schulungsteilnehmer in die Auswertung mit einzubinden. Diese Erkenntnisse sind allerdings auch Grundstein, um in weiteren Projekten diese Erfahrungen mit einzubeziehen und damit bessere, klarere und aufschlussreichere Ergebnisse zu erhalten.

6. Zusammenfassung

In der ersten Arbeit, die als Grundlage für die Zweite dient, wurden Methoden gesucht, diskutiert und analysiert, welche sich für eine einmalige Schulung eignen. Diese Methoden wurden bei der Vermittlung der Lehrinhalte an den Schulungen bei den zahnärztlichen Teams angewendet. Im Anschluss wurde verglichen, welche Methoden sich zur Vermittlung welcher Inhalte am besten eignen würden. Ob diese Methoden sich als wirkungsvoll und nachhaltig erwiesen, und eine einmal durchgeführte Schulung auch wirkungsvoll sein kann, wurde in der zweiten Bachelorarbeit bearbeitet.

In dieser zweiten Arbeit wurde die Forschungsfrage behandelt, welche Auswirkungen nach einer einmaligen ergonomischen Schulung betreffend Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von den Teilnehmern beurteilt werden. Diese Frage stellte sich bereits zu Beginn des Projektes an den Zahnambulatorien der OÖGKK. Es gab keine aussagekräftigen Informationen und Studien, ob eine einmalige ergonomische Schulung nach mehreren Monaten überhaupt noch eine Wirkung zeigen oder bereits alle Inhalte vergessen wurden. Aus diesem Grund stellte sich die Aufgabe, dies genauer zu hinterfragen und zu analysieren. Das Projekt inklusive der Bearbeitung der Forschungsfrage wurde mit den zuständigen Personen der OÖGKK abgeklärt und, auch seitens der Krankenkasse, für wünschenswert empfunden. Bei diesem Projekt, in dem nicht nur die Forschung, sondern alle Arbeiten inklusive Schulung von den gleichen Personen durchgeführt wurden, war es sehr spannend und interessant, den Verlauf und die Entwicklung zu beobachten. Ein weiterer positiver Aspekt bestand darin, dass seitens der OÖGKK das Projekt immer begrüßt wurde und man sich jederzeit auf die Unterstützung verlassen konnte. Auch alle notwendigen Mittel betreffend Evaluation, Schulung und Nachbearbeitung wurden von der Krankenkasse zur Verfügung gestellt, was das Gesamtprojekt erheblich vereinfachte und somit mehr Zeit und Konzentration auf das Abhalten der Schulungen und der Bearbeitung der Forschungsfrage gelegt werden konnte.

Ein Punkt, der es immer wieder schwierig machte war, die ausgearbeiteten Daten mit den essentiellen Zusammenhängen in Verbindung zu bringen. Ab wann kann von einem eindeutigen Ergebnis gesprochen werden oder wann wird eine Grenze unterschritten, in der Resultate für eine genauere Erwähnung durch ihre Minimalität außer Acht gelassen werden können? Diese Grenze zu finden war nicht immer leicht, da grundsätzlich jedes Ergebnis eine Aussage von Teilnehmern ist. Da es aber nicht

möglich ist, alle noch so verstrickten Zusammenhänge herauszufiltern, sondern für die Beantwortung der Forschungsfrage nur essentiellen Antworten herauszufiltern, war es notwendig Abstriche in der Auswertung und damit verbundenen Diskussion zu machen.

Diese Schulungen können auch im Zuge von Unterweisungen laut Arbeitnehmerschutzgesetz durchgeführt werden. Wie in der ersten Bachelorarbeit genau dargelegt sieht das Gesetz die Durchführung durch Ärzte/Innen und wenn notwendig auch durch qualifiziertes Fachpersonal vor. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen also jedem Ergotherapeuten, der derartige Maßnahmen nicht nur als notwendig, sondern auch als wirkungsvoll und nachhaltig anbieten kann. Durch ein derartiges Angebot kann der Bekanntheitsgrad erhöht, aber auch die Professionalität, zur Durchführung derartiger Schulungen unterstrichen werden. Es wäre also an der Zeit, die Ergotherapie im multiprofessionellen Team des Arbeitnehmerschutzes einzubeziehen.

Abkürzungsverzeichnis

ASchG	Arbeitnehmerschutzgesetz
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: An welche Lehrinhalte können sich die Schulungsteilnehmer noch erinnern?	12
Abbildung 2: Wurden Lehrinhalte umgesetzt?.....	13
Abbildung 3: Welche Lehrinhalte wenden die 96 % der Schulungsteilnehmer nach einem halben Jahr noch an?	14
Abbildung 4: Wo sehen die Schulungsteilnehmer die Grenzen der Umsetzbarkeit der Lehrinhalte?	16
Abbildung 5: Aus welchen Gründen wurden die Schulungsinhalte nicht angewendet?.....	18
Abbildung 6: Wie oft wenden die Schulungsteilnehmer das Gelernte an?	19
Abbildung 7: Haben sich körperliche Beeinträchtigungen durch die Anwendung der Lehrinhalte verbessert?.....	20
Abbildung 8: Welche Lehrinhalte wünschen sich die Schulungsteilnehmer in weiteren Schulungen?	22

Literaturverzeichnis

Bortz, Döring, (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften*. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag

Hager, W. (2000). Zur Wirksamkeit von Interventionsprogrammen: Allgemeine Kriterien der Wirksamkeit in einzelnen Untersuchungen. In: Hager, W., Patry, J.L. & Brezing, H., (Hrsg.). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 153-168). Bern: Huber Verlag.

Hager, W., Patry, J.L. & Brezing, H., (Hrsg.). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 153-168). Bern: Huber Verlag.

Kempf, Hans – Dieter, (2006). *Die Rückenschule – Das ganzheitliche Programm für einen gesunden Rücken*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Kirchhoff, Sabine, Kuhnt, Sonja, Lipp, Peter, Schlawin, Siegfried, (2003). *Der Fragebogen – Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. Opladen: Leske + Budrich

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., (1998). Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien. In: <http://www.thieme.de/ergoline/pdf/quantguide.pdf> (nach: Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., (1998). Critical Review Form – Quantitative Studies. McMaster University.)

Meyer, Victor Paul, Brehler, Randolf, Castro, William H. M., Nentwig, Christian G., (2001). *Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis*. Köln München: Deutscher Zahnärzte Verlag.

Schüßler , Ingeborg, (2004a). Nachhaltiges Lernen – Einblicke in eine Längsschnittuntersuchung unter der Kategorie „Emotionalität in Lernprozessen“. *Report-Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, 27, 150-156.

Wohanka, Lydia, (2006). Skript Arbeitsmedizin Teil 2.

Anhang

Beruf	Zahnarzt	19	37,25%
	Assistentin	32	62,75%
	gesamt	51	

Geschlecht	weiblich	47	92,16%
	männlich	4	7,84%
	gesamt	51	

Altersgruppe	unter 25	3	5,88%
	25 - 35	13	25,49%
	35 - 45	17	33,33%
	45 - 55	16	31,37%
	55 +	2	3,92%
	gesamt	51	

Dauer der Tätigkeit	unter 1	0	0,00%
	1 - 5	12	23,53%
	5 - 10	5	9,80%
	10 - 15	7	13,73%
	15 - 20	10	19,61%
	20+	17	33,33%
	gesamt	51	

Verständlichkeit	ja	51	100,00%
	nein	0	0,00%
	gesamt	51	

Inhalte praktisch anwendbar	ja	48	96,00%
	nein	2	4,00%
	gesamt	50	

Vermittlung hilfreich	ja	41	82,00%
	teilweise	9	18,00%
	nein	0	0,00%
	gesamt	50	

drei Lehrinhalte	ergonomische Haltung	9	8,41%
	Patientenlagerung	18	16,82%
	Arbehaltung am Behandlungsstuhl	12	11,21%
	Sitzposition am Behandlungsstuhl	27	25,23%
	Ausgleichsübungen	25	23,36%
	Entspannungsübungen	16	14,95%
	gesamt	47	

wurden Lehrinhalte umgesetzt	ja	17	33,33%
	nein	2	3,92%
	teilweise	32	62,75%
	gesamt	51	

Welche Inhalte werden noch angewendet	ergonomische Haltung	10	16,95%
	Patientenlagerung	7	11,86%
	Arbeithaltung am Behandlungsstuhl	6	10,17%
	Sitzposition am Behandlungsstuhl	15	25,42%
	Ausgleichsübungen	14	23,73%
	Entspannungsübungen	7	11,86%
	gesamt	40	

Wo an Grenzen gestoßen	ergonomische Haltung	1	3,70%
	Patientenlagerung	7	25,93%
	Arbeithaltung am Behandlungsstuhl	6	22,22%
	Sitzposition am Behandlungsstuhl	7	25,93%
	Ausgleichsübungen	4	14,81%
	Entspannungsübungen	2	7,41%
	gesamt	20	

Warum Inhalte nicht umgesetzt	stress	17	30,36%
	Gewohnheit	31	55,36%
	baulich	6	10,71%
	keine Motivation	2	3,57%
	gesamt	41	

Wie oft wird das Gelernte angewendet	immer	3	5,88%
	häufig	13	25,49%
	gelegentlich	33	64,71%
	nie	2	3,92%
	gesamt	51	

Haben sich Beeinträchtigungen durch die Schulung verringert?	ja	6	12,24%
	teilweise	29	59,18%
	nein	14	28,57%
	gesamt	49	

Möchten Sie an einer weiteren Rückenschule teilnehmen?	ja	36	76,60%
	nein	11	23,40%
	gesamt	47	

Welche Inhalte wollen sie wiederholen			
ergonomische Haltung	vertiefen	10	47,62%
	wiederholen	9	42,86%
	egal	2	9,52%
Patientenlagerung	vertiefen	8	50,00%
	wiederholen	6	37,50%
	egal	2	12,50%
Arbeithaltung am Behandlungsstuhl	vertiefen	16	59,26%
	wiederholen	10	37,04%
	egal	1	3,70%
Sitzposition am Behandlungsstuhl	vertiefen	12	52,17%
	wiederholen	10	43,48%
	egal	1	4,35%
Ausgleichsübungen	vertiefen	24	61,54%
	wiederholen	14	35,90%
	egal	1	2,56%
Entspannungsübungen	vertiefen	22	57,89%
	wiederholen	16	42,11%
	egal	0	0,00%
gesamt		39	

Fragebogen für das Zahnambulatorium der Gebietskrankenkasse Oberösterreich

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen unserer Ergotherapieausbildung und in Zusammenarbeit mit der OÖGKK führten wir im September 2007 das Projekt „ergonomische Schulung des zahnärztlichen Teams am Behandlungsstuhl“ durch.

Dieser Fragenbogen soll mir dabei helfen, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser einmaligen Schulung zu ermitteln.

Ich bitte jene Personen, die an der Schulung teilgenommen haben, folgende Fragen zu beantworten.

Ihren Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1) Welche Tätigkeit üben Sie am Ambulatorium aus?

Zahnarzt/in

Assistent/in

2) Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

weiblich

männlich

3) Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?

Bis unter 25 Jahre

45 bis unter 55 Jahre

25 bis unter 35 Jahre

55 Jahre und älter

35 bis unter 45 Jahre

4) Wie lange sind Sie schon in der zahnärztlichen Behandlung tätig?

Unter einem Jahr

10 bis 15 Jahre

1 bis 5 Jahre

15 bis 20 Jahre

5 bis 10 Jahre

20 Jahre und länger

5) **War die Schulung für Sie verständlich?**

Ja Nein

6) **Waren die Inhalte der Schulung für Sie relevant und praktisch anwendbar?**

Ja Nein

7) **Waren die Lehrmethoden, mit denen Ihnen die Lerninhalte vermittelt wurden hilfreich zur Erfassung der Informationen.**

Ja teilweise Nein

8) **An welche drei Lehrinhalte können Sie sich spontan erinnern? (Bitte in einigen Stichwörtern kurz erläutern)**

1) _____
2) _____
3) _____

9) **Haben Sie von den Lehrinhalten etwas umgesetzt?**

Ja Nein teilweise

10) **Welche der Lehrinhalte wenden Sie jetzt noch an?**

11) **Bei der Umsetzung welcher Lehrinhalte sind Sie an Grenzen gestoßen oder gescheitert?**

12) Warum haben Sie manche Inhalte nicht umgesetzt?

Stress alte Gewohnheiten
 bauliche Umgebung keine Motivation

13) Wie oft wenden Sie das Gelernte an?

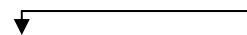
immer häufig
 gelegentlich nie

14) Wurden körperliche Beeinträchtigungen des Arbeitsalltages durch die Lehrinhalte der Rückenschule verringert?

Ja teilweise Nein

15) Würden Sie gerne noch einmal eine Rückenschule besuchen?

Nein
 Ja



- **Wenn ja, welche Bereiche würden Sie gerne wiederholen bzw. sogar vertiefen?**

	vertiefen	wiederhole n	egal
Prinzipien ergonomischer Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
korrekte Arbeitshaltung am Behandlungsstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzpositionen am Behandlungsstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleichsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Stadlmair