

Aus dem Zentrum für Methodenwissenschaften und
Gesundheitsforschung der Philipps-Universität Marburg

Institut für Medizinische Psychologie
Leiter: Herr Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler

**Entwicklung eines Diagnostikums
zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit
in der stationären Pflege**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Humanmedizin

Dem Fachbereich Medizin
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt

von

Barbara Judith Heindle
aus Aschaffenburg

Marburg 2009

Die Untersuchungen zur vorliegenden Arbeit wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten bis Januar 2007 in folgenden Bundesländern durchgeführt: Bayern, Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler vom Institut für Medizinische Psychologie in Marburg an der Lahn.

Als Dissertation angenommen vom Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg am: 30.04.2009

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches.

Dekan:	Prof. Dr. Matthias Rothmund
Referent:	Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler
Korreferent:	PD Dr. I. Kopp

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Die gesundheitliche Situation im Pflegeberuf	5
2.1	Krankenstand und Fehlzeiten	6
2.2	Ausstieg aus dem Berufsleben	7
2.3	Der Krankenstand im Pflegeberuf	8
2.3.1	Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	8
2.3.2	Erkrankungen der Atmungsorgane	9
2.3.3	Verletzungen.....	10
2.3.4	Psychische Erkrankungen	10
2.3.4.1	Burnout in der Krankenpflege.....	11
2.3.4.1.1	Beschreibung von Burnout.....	14
2.3.4.1.2	Burnout und Selbstwirksamkeit.....	16
2.4	Soziale Stressoren und Emotionsarbeit	16
2.5	Stress in der Krankenpflege.....	18
2.5.1	Demand-Control-Support Modell	19
2.5.2	Modell beruflicher Gratifikationskrisen	20
3	Selbstwirksamkeit und ihr Hintergrund	23
3.1	Selbstwirksamkeit als <u>Ressource</u>	23
3.2	Die Selbstwirksamkeitstheorie	25
3.2.1	Vier Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung	27
3.2.1.1	Physiologische Rückmeldung	27
3.2.1.2	Verbale Beeinflussung	28
3.2.1.3	Stellvertretende Erfahrung	28
3.2.1.4	Direkte Erfahrung	29
3.2.2	Zur Operationalisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen	31
3.2.3	Messinstrumente zur Selbstwirksamkeit aus dem deutschsprachigen Raum	32
3.2.3.1	Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala	32

3.2.3.2	Bereichsspezifische Selbstwirksamkeitsskalen	33
3.2.3.2.1	Lehrer-Selbstwirksamkeit.....	33
3.2.3.2.2	Kollektive Selbstwirksamkeit	33
3.2.3.2.3	Emotionale Selbstwirksamkeit	35
3.2.4	Selbstwirksamkeit in verschiedenen (<u>nicht-krankenpflege-</u> <u>spezifischen</u>) Bereichen.....	36
3.2.5	Studien zur Selbstwirksamkeit in der <u>Krankenpflege</u>	39
4	Zielsetzung	52
5	Methode	54
5.1	Instrumentarium des Fragebogens zu Arbeit und Gesundheit in der Pflege.....	54
5.2	Stichprobenbeschreibung	57
5.3	Rücklauf	58
5.4	Verwendete statistische Verfahren	58
5.4.1	Faktorenanalysen	58
5.4.1.1	Screeplot und „Eigenwert>1“	60
5.4.1.2	Rotationsverfahren.....	60
5.4.2	Reliabilitätsanalysen.....	61
5.4.2.1	Cronbachs Alpha.....	61
6	Ergebnisse	63
6.1	Faktorenanalysen.....	65
6.2	Skalenkonstruktion.....	67
6.3	Skala berufliche Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal	72
6.3.1	Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse.....	72
6.3.2	Skalenkennwerte und Häufigkeitsverteilung	72
7	Diskussion und Ausblick.....	74
7.1	Technische Aspekte der Skala „berufsspezifische Selbstwirksamkeit in der Stationären Pflege“	74
7.2	Inhaltliche Aspekte	76
7.3	Ausblick.....	78

8	Zusammenfassung.....	80
9	Literaturverzeichnis.....	81
	Anhang I.....	91
	Anhang II.....	109

1 Einleitung

Hilflosigkeit, Zynismus, Depressivität, Erschöpfung und Unlust: Dies sind mögliche Symptome von zu großer Belastung am Arbeitsplatz – die Arbeitnehmer sind den Ansprüchen immer häufiger nicht gewachsen. Das Resultat: Der arbeitende Mensch erkrankt an und in seinem Beruf.

Es gibt zahlreiche Belastungsfaktoren im Berufsleben: drohende Arbeitslosigkeit, Konkurrenzdruck, endlose Arbeitsmengen, Angst vor Versagen, Zeitdruck –, um nur einige zu nennen. Auch körperliche Anstrengung ist in vielen Berufen gefragt, sie nimmt allerdings zugunsten hoher psychischer Belastung einen immer kleineren Stellenwert ein. Vor allem soziale Berufe, beispielsweise Lehrer, Sozialarbeiter oder Pflegepersonal, stehen unter erheblichem Druck. Neben den schon genannten kommen in diesem Arbeitsbereich weitere Belastungsfaktoren hinzu: unklar definierte, grenzenlose Aufgabenstellung, geringe oder keine Weisungsbefugnisse (je nach Position), wenig Anerkennung und hohe, diffuse oder widersprüchliche Erwartungen bei gleichzeitigem Negativ-Image (Rothland, 2007).

Die oben genannten sozialen Berufe werden auch als „helfende Berufe“ bezeichnet. Ein Hauptmerkmal dieser sogenannten „helfenden Berufe“ ist ihre Personenbezogenheit. Es stehen die Nöte und Probleme der Patienten/Klienten im Vordergrund. Hat die „helfende Person“ selbst einen kraftlosen Tag oder Kummer, Dinge, von denen sich niemand freisprechen kann, ist sie auf sich alleine gestellt. Der Personenkreis, mit dem sie arbeitet – die Klienten, trägt an seiner Last schwer genug. Die emotionale Anstrengung des „Helfenden“ verläuft in der Regel eindimensional. Er gibt, bekommt aber wenig oder nichts zurück: Dies kann auf Dauer zu emotionaler Leere führen.

Pflegepersonal tritt ständig persönlich in Kontakt mit den Patienten, körperliche Hilfestellungen sind nötig, z. B. in der Körperpflege, aber auch persönliche

Hilfestellungen sind in der Tagesordnung fest verankert. Das Personal stellt für Ängste, Nöte und Qualen, eigentlich für Schwierigkeiten jeglicher Form, die erste Anlaufstelle dar. Auch familiäre oder finanzielle Nöte (somit wirklich persönliche Angelegenheiten) werden gegenüber dem Pflegepersonal thematisiert.

Der Druck, welcher auf pflegenden Personen lastet, wird in der heutigen Zeit immer größer. Die Stellensituation in Krankenhäusern hat sich dramatisch geändert: Es gibt wenige Neueinstellungen, außerdem kaum Schwangerschafts- oder Krankheitsvertretungen. Gerade schwangerschaftsbedingter Arbeitsausfall nimmt im Pflegeberuf bei einem Frauenanteil von 86% im ambulanten Sektor und 85% in stationären Pflegeeinrichtungen einen hohen Stellenwert ein (Pfaff, 2003). Anfallende Arbeiten werden vom übrigen Personal mit übernommen. Da ein Stellenabbau aktuell sämtliche Disziplinen im Gesundheitswesen betrifft, gibt es keine Möglichkeiten der Kompensation. Hat früher der Physiotherapeut bei der morgendlichen Mobilisation vom Bett ins Bad geholfen, eine Tätigkeit, die zu zweit ausgeführt werden sollte, steht nun die Krankenschwester oder der Pfleger alleine da.

Büssing, Barkhausen, Glaser und Schmitt (1997) haben in ihrem Forschungsprojekt „Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege“, einem Projekt, welches sich über zweieinhalb Jahre (mit zwei Messzeitpunkten) in drei Krankenhäusern erstreckte, einige Trends herausgearbeitet: Bei Analysen der Organisationsstrukturen aller drei Krankenhäuser konnte eine Zunahme der Fallzahlen beobachtet werden, eine deutliche Abnahme der Pfl egetage des einzelnen Patienten und somit eine verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Es wurden also immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandelt. Dies bedeutet eine deutliche Zunahme von administrativen Tätigkeiten sowie eine Leistungsverdichtung im pflegerischen Tätigkeitsfeld. Ein weiterer Aspekt dieses Forschungsprojekts von Büssing et al. sind geringe selbst wahrgenommene Spielräume der Krankenpflegekräfte in

ihrer Tätigkeit. Dieser wahrgenommene Tätigkeitsspielraum wurde zum zweiten Messzeitpunkt als noch geringer empfunden und angegeben als zum ersten Messzeitpunkt.

Arbeitnehmer in sozialen Berufen reagieren auf die Belastungen zunehmend mit Alkoholismus, Drogenmissbrauch, Selbstmord. Dies zeigten Enzmann und Kleiber in ihrem Buch „Helfer-Leiden, Stress und Burnout in psychosozialen Berufen“, schon 1989 an der Berufsgruppe der Ärzte auf.

Trotz dieser Tendenzen, die auch der breiten Öffentlichkeit bekannt sind, erlernen nach wie vor viele junge Erwachsene „helfende Berufe“ als sinnerfüllende Tätigkeit. Möglicherweise betrachten sie es als Berufung, denn es sind spezielle Einstellungen und Persönlichkeitseigenschaften vonnöten, um im sozialen Bereich zu arbeiten: Von Personen, die in pflegenden Berufen tätig sind, wird erwartet, hilfreich und verständnisvoll zu sein – und die Pflegenden erwarten das auch von sich.

Hier stellt sich die Frage, ob, und wenn ja, wie sich Personen schützen können, die im Bereich der Pflege arbeiten. Gibt es Einstellungen, Charaktereigenschaften oder vielleicht Trainingsmaßnahmen, um vor der großen Belastetheit zu schützen, welche die Arbeitnehmer letztendlich zur Aufgabe ihres Berufes treiben kann? Worin unterscheiden sich die Menschen im Umgang mit schwierigen Situationen? Ein möglicher Ansatzpunkt hierfür stellen folgende stabile Merkmale der Person dar (Zapf & Semmer, 2004): Berufliche Kompetenz, Selbstwert, Kontrollkognitionen, Sense of Coherence, Hardiness, Optimismus, Sinnggebung und Selbstwirksamkeit. Diese Merkmale werden als Ressourcen diskutiert. Zapf und Semmer gehen davon aus, dass personale Ressourcen „konsistente Zusammenhänge zu Variablen des Befindens“ zeigen (S.1058). Weiter gehen Zapf und Semmer von der Annahme aus, dass solche personalen Ressourcen es „erleichtern, mit auftretenden Stressfaktoren umzugehen“ (S.1059).

Diese Annahme aufgreifend wird in der hier vorliegenden Arbeit eine bereichsspezifische Skala zur Selbstwirksamkeit speziell bei Pflegepersonal entwickelt. Dieses Thema interessiert unter anderem, weil Selbstwirksamkeit zur Entwicklung beruflich relevanter Bedingungen wie Interessenentwicklung, Ziele, Werte sowie auf Karriereentscheidungen Einfluss nimmt (Hackett, 1995). Die außergewöhnliche Rolle der Selbstwirksamkeit im beruflichen Erleben und karriererelevanten Verhalten wurde auch von Hackett und Betz (1995) erwähnt.

Im Mittelpunkt meines Interesses steht der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserleben und Stress, Burnout, Wohlbefinden sowie Depression. Es gibt Hinweise darauf, dass Selbstwirksamkeitserwartungen Einfluss auf den Gesundheitszustand nehmen. Dies ist für Pflegepersonal noch nicht nachgewiesen. Ein möglicher Grund für den fehlenden Nachweis ist ein fehlendes Messinstrument. Um eine gute Voraussetzung für die Erforschung der genannten Zusammenhänge zu schaffen, beschäftigt sich diese Arbeit mit der Entwicklung eines Messinstrumentes.

Mithilfe einer neu entwickelten Skala zur Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal in der stationären Pflege können Daten gewonnen werden, die relevant sind für die Arbeitsplatzgestaltung, die Personalzusammensetzung und die Planung von Arbeitsstrukturen. Stellt sich heraus, dass eine geringe Selbstwirksamkeit einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand, das Befinden und auf die Belastungsbewältigung nimmt, so können Trainingsmaßnahmen ergriffen werden, um das Selbstwirksamkeitserleben zu verbessern.

2 Die gesundheitliche Situation im Pflegeberuf

Erwerbstätigkeit und die damit verbundenen Belastungen sind von hoher Bedeutsamkeit für die körperliche und die psychische Gesundheit des Arbeitnehmers (Koch, Hillert & Geissner, 2007). In den letzten Jahren wurden mehrere Studien durchgeführt, um ein detailliertes Bild der gesundheitlichen Situation im Pflegeberuf darzustellen. Im Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege (DAK, BGW, IGES, 2005) wurde Augenmerk auf die Aufdeckung von Ursachen und Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit auf der einen Seite und arbeitsbedingten Belastungen, Organisationskultur und sozialen Beziehungen auf der anderen Seite gerichtet. Hierbei wurden erstmals Daten von Pflegenden in Deutschland veröffentlicht, welche sich nicht auf die Untersuchung einzelner Kliniken oder Fachbereiche beschränken, sondern welche auf einer bundesweiten Befragung basieren.

Es wurde gezeigt, dass hohe Arbeitsbelastungen zu vermehrtem Auftreten von psychosomatischen Störungen, erhöhten Krankenständen, einer hohen Beschäftigtenfluktuation und frühzeitigem Berufsausstieg führen. Einige der genannten Belastungsfaktoren waren Zeitdruck, Schichtarbeit, Belastungen der Wirbelsäule durch Hebe- und Tragetätigkeit, Verantwortungsdruck und die Belastung durch (zum Teil) hierarchische Strukturen.

Auf der anderen Seite erfüllt die Erwerbstätigkeit auch wesentliche gesundheitsprotektive psychosoziale Funktionen: Bürger (1998) sowie Semmer und Udris (2004) benennen folgende Faktoren:

- Sinnerleben
- Kooperation, soziale Kontakte und Anerkennung
- Zeitstrukturierung
- Aktivität, Kompetenz und Kontrollerleben

Bei Erfüllung der genannten Bedürfnisse dient der Beruf als Quelle für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Im Folgenden möchte ich auf die gesundheitliche Situation der Pflegenden mit Zuhilfenahme aktueller Studien genauer eingehen.

2.1 Krankenstand und Fehlzeiten

Nach einer Umfrage der IKK (2006) unter allen ihren Pflichtversicherten war der Krankenstand der Krankenschwestern und Pfleger im Jahr 2006 mit 3.9% etwas höher als beim Durchschnitt aller IKK-Versicherten (3.8%). Rechnet man den Krankenstand auf Krankheitstage pro Person um, kam 2006 jeder Beschäftigte dieser Berufsgruppe auf durchschnittlich 14.4 Krankheitstage. Im Vergleich mit dem IKK-Durchschnittsversicherten mit 14 Fehltagen pro Person im Jahr 2006 ist dieser Wert leicht erhöht. Bei Beschäftigten der Krankenpflege verursachten Langzeiterkrankungen 38.7% aller Arbeitsunfähigkeitstage. Die IKK, eine aus dem Handwerk entstandene branchenbezogene Krankenkasse, hat sich zwar mittlerweile für viele Berufe geöffnet, ist aber nach wie vor stark im Handwerksberuf und hauptsächlich in Westfalen-Lippe und Niedersachsen vertreten.

Thimmel (2003) bezeichnet das deutsche Pflegepersonal als Spitzenreiter bezüglich ihrer Dienstunfähigkeit. Als Gesundheitsprobleme rangieren Erkrankungen des Bewegungsapparates und psychische Erkrankungen an erster Stelle. In Thimmels Studie werden Ursachen für die psychische Belastung der Pflegenden aufgeführt, beispielsweise die Konfrontation mit dem Tod und die besonderen Rahmenbedingungen der Schicht- und Nachtarbeit. Neben psychosomatischen Erkrankungen beschreibt er Unfallhäufungen aufgrund hoher Arbeitsbelastung und damit einhergehende Fehlzeiten. 861 Pflegekräfte und 159 Schüler wurden gezielt nach Zusammenhängen zwischen beruflicher Zufriedenheit und Fehlzeiten befragt (Wenderlein, 2003). Diese Untersuchung hat gezeigt, dass Schüler deutlich unzufriedener sind als ihre examinierten Kollegen – dies verbunden mit hohen Fehlzeiten. Wenderlein weist in diesem Zusammenhang auf die angespannte Nachwuchssituation im

Pflegeberuf hin.

Einen signifikanten Zusammenhang zwischen hohem Arbeitsstress und häufigem, langem Krankenstand zeigen Verhaeghe, Mak, Maele, Kornitzer und Backer (2003) im flämischen Teil Belgiens auf. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bestehend aus Buchhaltern, Polizisten, Sekretärinnen etc., zeigten die analysierten Daten der 260 befragten Krankenschwestern und 55 Krankenpfleger einen höheren Arbeitsstress. Die Autoren leiten dies aus höheren Arbeitsanforderungen bei geringerer Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz ab.

2.2 Ausstieg aus dem Berufsleben

Nach Hasselhorn, Tackenberg und Müller (2003) überlegen 19.1% der im Krankenhaus stationär tätigen Krankenschwestern und Pfleger aus dem Beruf auszusteigen. Der Anteil der Pflegekräfte, die oft daran dachten, war in den Altersgruppen 25 bis 34 Jahren am höchsten, bei älteren Pflegekräften am niedrigsten. Zusammenhänge sehen die Autoren mit mengenmäßig sowie emotional hohen Arbeitsbelastungen des Berufes, mit zu geringen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und einem Arbeit-Familien-Konflikt.

Vergleichbare Ergebnisse bietet Wenderlein (2003): In einer Befragung unter Krankenpflegeschülern und Examinierten konnten sich von den Erstgenannten 44% vorstellen, den Beruf bis zum Renteneintritt durchzuhalten. Examierte konnten sich das gleiche zu 25% vorstellen. Die Situation in der Altenpflege ist noch schlechter. Hier sind 85% der Berufsanfänger nach fünf Jahren gar nicht mehr in ihrem Beruf tätig. Als Gründe werden schlechte Arbeitsbedingungen, die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf und gesundheitliche Faktoren angegeben.

Müller und Hasselhorn (2004) unterzogen zehn europäische Länder einer Fragebogenstudie bezüglich der selbst empfundenen Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege. Als Instrument diente der Work Ability Index (WAI). Im

Ländervergleich rangierten Norwegen und Niederlande am höchsten. Als Gründe hierfür werden mentale Ressourcen, bessere Kompatibilität von Arbeitsbedingungen und Arbeitsfähigkeit sowie eine günstigere Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit angegeben. Die WAI-Mittelwerte für Polen, Frankreich und Deutschland waren am niedrigsten. Die Autoren führen dies vor allem auf eine große Diskrepanz zwischen den wahrgenommenen eigenen Arbeitsfähigkeiten und den Arbeitsanforderungen zurück. In den letztgenannten Ländern war der Wunsch, aus dem Beruf auszusteigen, am höchsten.

2.3 Der Krankenstand im Pflegeberuf

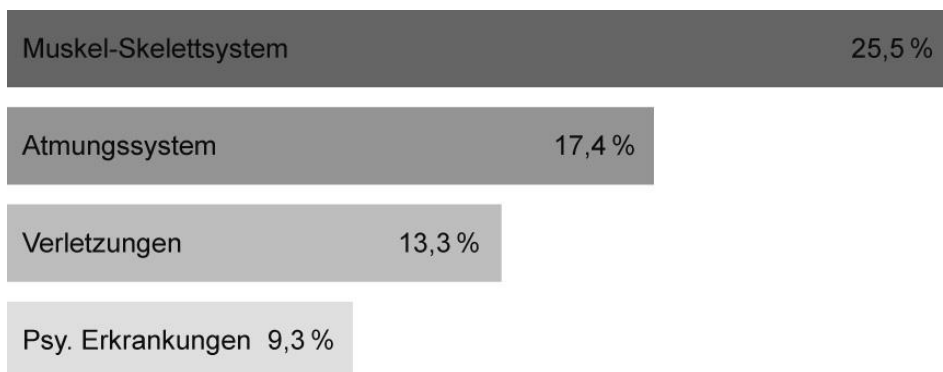


Abbildung (1): Die 4 wichtigsten Erkrankungen im Pflegeberuf anteilig am Krankenstand, DAK-BGW Gesundheitsreport 2005

2.3.1 Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems

Laut Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege (DAK, BGW, IGES, 2005) haben Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems mit 25,5% den größten Anteil am Krankenstand. Innerhalb dieser Erkrankungsgruppe waren wiederum Rückenschmerzen (ICD 10, M54) am häufigsten vertreten. Auf 100 Versichertenjahre entfielen bei Beschäftigten in der stationären Pflege 363.5 Arbeitsunfähigkeitstage auf diese Erkrankungstypen. Besonders ins Gewicht fällt die durchschnittlich hohe Krankheitsdauer von 19.9 Tagen. Die Beschwerden werden auf hohe Belastungen der Wirbelsäule durch schweres Heben und Tragen zurückgeführt. Dazu kommt häufiges Arbeiten in gebückter und verdrehter Körperhaltung.

Im Gesundheitsreport 2005 wird angemerkt, dass psychosoziale Belastungen, welchen Krankenschwestern und Pfleger in hohem Maße ausgesetzt sind, ebenfalls zu Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems beitragen können. Welchen Anteil psychosoziale Belastungen am Auftreten dieser Beschwerden haben, konnte aus den vorliegenden Daten allerdings nicht abgeleitet werden.

Beim Vergleich des Krankenstandes dieser Berufsgruppe mit den Durchschnittswerten der DAK zeigt sich ein erhöhter Anteil dieses Erkrankungstyps um drei Prozent. Luime, Kuiper und Koes (2004) widmeten sich in einer Longitudinalstudie den Schulter- und Nackenbeschwerden von Kranken- und Altenpflegepersonal. Bei 796 Beschäftigten betrug die Prävalenz der Beschwerden zu Beginn der Studie 34 bis 40%. Die Jahresinzidenz der Episoden lag bei 15 bis 19%, das Wiederauftreten bei 60 bis 70%. Im Verlauf der Studie wird mit Blick auf die verschiedenen Inzidenzen, dem Wiederauftreten und den verschiedenen Risikofaktoren, zwischen Schulter- und Nackenbeschwerden unterschieden.

2.3.2 Erkrankungen der Atmungsorgane

An zweiter Stelle stehen laut Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege (DAK, BGW, IGES, 2005) die Krankheiten des Atmungssystems. Diese zeigen die mit Abstand höchste Fallhäufigkeit: 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 35 mal wegen einer Erkrankung aus diesem Spektrum arbeitsunfähig.

Die bisher dargestellten Ergebnisse decken sich mit dem Berufsreport Krankenschwestern und Pfleger (IKK, 2006). Bei einer Umfrage unter IKK-Pflichtversicherten zwischen 1997 und 2006 machten die beiden Krankheitsgruppen (Muskel-, Skelettsystem und Atmungsorgane) mehr als ein Drittel aller Krankheitstage aus. Dies bedeuteten 5.1 Fehltag auf jeden Pflegenden im Jahr 2006.

2.3.3 Verletzungen

Diese breite Palette an Erkrankungen, welche in den Studien Vergiftungen mit einschließt, rangiert an dritter Stelle. Sie verursachte 2006 1.6 Fehltage pro Pflegekraft.

2.3.4 Psychische Erkrankungen

Besonderheiten im Krankheitsgeschehen werden deutlich, wenn man die Krankheitsarten der Pflegenden nach ihrer Abweichung vom Durchschnitt darstellt. Der Beruf scheint eine besondere gesundheitliche Gefährdung aufgrund von psychischen Störungen darzustellen. Im Berufsreport Krankenschwestern und Pfleger (IKK, 2006) weist Pflegepersonal fast 72% mehr Fehltage aufgrund dieser Krankheitsgruppe auf als der IKK-Durchschnitt. Somit weichen psychische Erkrankungen, bezogen auf den IKK-Durchschnitt, deutlich nach oben ab.

Vergleichbares zeigt der Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege (DAK, BGW, IGES, 2005) der DAK. Auf Beschäftigte in der stationären Pflege entfielen im Jahre 2003 132 Krankheitstage auf 100 Versichertenjahre aufgrund von psychischen Erkrankungen. (Am häufigsten ICD 10, F32, Depressive Episode.) Der Anteil dieser Krankheitsart hat in den zurückliegenden Jahren insgesamt kontinuierlich zugenommen. Im Vergleich der Geschlechter ist der Anteil der psychischen Erkrankungen bei Frauen mit 9.7% geringfügig höher als bei Männern mit 9%. Der Gesundheitsreport 2005 der DAK weist auf dieses auffällige Resultat hin. Denn in der Regel kommt den psychischen Erkrankungen bei den weiblichen Versicherten eine deutlich größere Bedeutung an allen Ausfalltagen zu als bei den männlichen Versicherten. Dies wird als Hinweis auf spezifische Belastungen in der Arbeitswelt der Pflegenden gewertet.

Im Hinblick auf die hohe Inzidenz psychischer Erkrankungen haben Büssing, Glaser und Höge (2002) ein detailliertes Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege entworfen. Hiermit soll betrieblichen Praktikern

ermöglicht werden, Arbeitsbelastungen auf zuverlässige und ökonomische Weise zu analysieren. Die Bereiche des Fragebogens sind folgende:

- Organisationale Stressoren,
- soziale Stressoren sowie
- widersprüchliche Anforderungen (unterteilt in folgende Unterkategorien: Regulationsüberforderungen, widersprüchliche Aufgabenziele, Lernbehinderungen, Regulationshindernisse und Folgen widersprüchlicher Anforderungen).

2.3.4.1 *Burnout in der Krankenpflege*

Mit dem Mechanismus, weshalb eine „helfende Beziehung“ zu Burnout führen kann, haben sich Buunk und Schaufeli (1993) befasst. Sie bezeichnen die Beziehung zwischen Helfendem und Hilfeempfänger als sozialen Austauschprozess, welcher Prinzipien der Gerechtigkeit folgt. Demnach wird ein Austauschprozess als gerecht empfunden, wenn das Verhältnis zwischen eigener Anstrengung (Anstrengung, Zeit) und der dafür erhaltenen Gegenleistung (Gehalt, Dankbarkeit) ausgeglichen ist.

Doch gerade in helfenden Berufen herrscht hier ein Ungleichgewicht zwischen der Aufgabe des Helfers, welcher Empathie und Verständnis aufbringen soll, und den Charakteristika der Hilfeempfänger (und nicht zuletzt den Charakteristika des Systems). Durch dieses Ungleichgewicht kann emotionale Erschöpfung entstehen. Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet erscheint das Pflegepersonal als besonders gefährdete Berufsgruppe. Sie beginnen ihr Berufsleben mit großem Engagement und Idealismus, also mit hohen emotionalen Investitionen, auf die von Seiten der Patienten und der Gesellschaft keine angemessene Reaktion erfolgt.

Zahlreiche Studien beschäftigten sich in den letzten Jahren mit den Arbeitsbedingungen und der gesundheitlichen Situation von Pflegepersonal. Gut untersuchte Berufsgruppen sind hier Schwestern und Pfleger in der Onkologie, Intensivmedizin, Psychiatrie und im Operationsbereich (Herschbach,

1991, Dahmen-Fischer, 1992).

Im Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege (DAK, BGW, IGES, 2005) wird als neueste Belastungsform das sich wandelnde Gesundheitssystem genannt: Umstellung des Finanzierungssystems, die zunehmende Öffnung des Marktes und der daraus folgende Wettbewerb unter den Häusern sowie die Einführung von Qualitätsmanagement. Natürlich kann man zunehmende psychische Erkrankungshäufigkeiten in sozialen Berufen nicht ausschließlich auf erschwerte Arbeitsbedingungen, Personalmangel und mangelnde Gelder zurückführen – das wäre zu einfach. Doch ist Folgendes ein wichtiger Punkt: Je weniger Personal beschäftigt wird, desto schlechter sind die Möglichkeiten der Kompensation innerhalb einzelner Behandlungseinheiten. Das Pflegepersonal und ihre berufsverwandten Kollegen müssen wegen des Personalmangels immer mehr leisten.

Unter anderem mit dem Thema „Burnout“ hat sich folgende Arbeit auseinandergesetzt: Büssing, Barkhausen, Glaser und Schmitt (1997, S.67) definieren Burnout folgendermaßen: Eine „gesunde“, wenn auch dysfunktionale Anpassungsleistung des Individuums unter schwierigen, vielleicht sogar „krankmachenden“ Bedingungen. Büssing et al. gehen unter anderem von folgenden Prädiktoren des Burnoutsyndroms aus:

- Stress, welcher von der Interaktion mit Kollegen ausgeht, und sozialer Stress, entstehend bei der Auseinandersetzung mit den Ärzten; Überforderung durch Krankheit oder Patienten sowie Widersprüche zwischen Aufgabenzielen für das Burnoutsymptom emotionale Erschöpfung.
- Erhöhter Handlungsaufwand, Erhöhung des Patientendurchgangs und der Pflegeintensität für das Symptom Depersonalisation.

Ebenso werden sogenannte organisationale Schwachstellen als krankmachende Faktoren diskutiert:

- Räumlich-strukturelle Probleme (beispielsweise beengte räumliche Begebenheiten),

- Schwierigkeiten innerhalb einzelner Subsysteme (Abläufe der Zusammenarbeit im OP, bei Versorgungs- oder Reinigungsdiensten usw.) oder
- Schwierigkeiten zwischen den einzelnen Subsystemen.

Speziell Schröder, Schmutzer und Schröder (2000) unterzogen in der Studie über Belastetheit und Belastungsbedingungen von onkologischem Pflegepersonal folgende Fragenkomplexe einer empirischen Prüfung:

- Unterschiede im Belastungserleben zwischen Palliativpflegekräften und onkologischen Pflegekräften,
- Copingstile der beiden Berufsgruppen,
- Arbeitsplatzmerkmale im systematischen Zusammenhang mit Belastungsdimensionen,
- Änderung des Belastungserlebens im Verlauf von zwei Jahren.

Die Datenerhebung wurde „im Kontext eines bundesweiten Modellprojekts zur Einrichtung onkologischer Palliativeinheiten“ (Schröder et al., 2000, S.18) vorgenommen. Es wurden zu zwei Zeitpunkten (Juni 1996 und Juni 1998) an zwei Personalgruppen (onkologische Palliativpflegekräfte und konventionelle onkologische Pflegekräfte) Belastetheitsmerkmale, Copingstile und Arbeitsplatzmerkmale abgefragt. Erhebungsort war eine onkologische Fachklinik im Erzgebirge.

Die Befunde dieser Untersuchung zeigen keinen deutlichen Unterschied der beiden Personalgruppen bezüglich Belastetheit, interessanterweise zeigt sich aber eine deutliche Abnahme der Belastetheit in beiden Gruppen bei Zunahme von beruflichen Kompetenzen. Das Personal erhielt in der Zeit zwischen den Erhebungen verschiedene, supportive Angebote: Psychologische Supervisions- und Fallarbeit, Fortbildungen in Gesprächsführung, Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen sowie zu Trauerarbeit und Burnoutprophylaxe. Letztgenanntes trug laut Schröder et al. zur Bevorzugung aktiver Copingstile (Ablenkung, aktive Bewältigung) beider Personalgruppen bei.

2.3.4.1.1 Beschreibung von Burnout

In Graham Greens belletristischen Erzählung „A Burn-Out Case“ (1961) findet sich die früheste Erwähnung des Begriffes. Golembiewski (1982) berichtet über einen Begriff, welcher schon ab Ende der Sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts unter amerikanischen Organisationsberatern beobachtet und diskutiert wurde, damals „Flame-Out“ genannt. Die im Deutschen bekannteste Einführung des Begriffs „Burnout“ in der psychologischen Literatur wurde von Herbert J. Freudenberger (1974), dem deutschstämmigen, aber in Amerika lebenden Psychoanalytiker, getätigt: Freudenberger beschreibt den psychischen und physischen Abbau ehrenamtlicher Mitarbeiter alternativer Hilfsorganisationen, sogenannten „Free Clinics“: Frauenhäuser, Kriseninterventionszentren, therapeutische Wohngemeinschaften usw. Er berichtet von Erschöpfung und Ermattung bei Angehörigen helfender Berufe, welche durch zu langes und zu intensives Arbeiten mit bedürftigen Klienten entstehen.

Was die kausale Erklärung von Burnout betrifft, existieren mittlerweile viele unzureichende Bestimmungsversuche: Entweder sind sie so global, dass sie auf fast jeden unzufriedenen Umstand anwendbar sind, oder sie sind so speziell, dass sie nur auf einige wenige Berufe zutreffen. Nur kurz skizziert beschreibt Lauderdale (1982) ein Auseinanderklaffen von vorerst vorhandenen Erwartungen und den nachfolgenden realen Erfahrungen im Arbeitsleben.

Freudenberger und Richelson (1980, S.34) beschränken sich nicht wie Lauderdale auf das berufliche Umfeld: „Burnout wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einlässt, die den erwarteten Lohn nicht bringt.“ Das Erreichen von Zielen spielt in ihrer Theorie eine große Rolle:

- Ziele werden zu hoch gesteckt, so dass sie entweder nicht erreicht werden oder nur durch unverhältnismäßig hohen Einsatz. So bleibt entweder eine Belohnung aus (im ersten Fall) oder die Ansprüche können angesichts der gestiegenen Erwartung nicht erfüllt werden (im

zweiten Fall).

- Die Ziele entsprechen nicht den eigenen Wünschen, sondern sind fremdbestimmt. So verschafft die Belohnung, wird sie überhaupt erreicht, auch keine Befriedigung.
- Mit einem realistischen Ziel werden unrealistische Belohnungsansprüche verknüpft, welche nicht einzulösen sind.

Burisch (1994) spricht schon an, dass diese einzelnen Varianten nicht klar voneinander zu unterscheiden sind. Einigkeit besteht in der Literatur weitgehend darüber, dass Burnout ein schleichend einsetzender und langwieriger Prozess ist. Ein einziges, auslösendes Ereignis, welches diesen Prozess in Gang setzt, ist zwar wahrscheinlich, aber bislang nicht nachgewiesen. Einige Autoren haben einen phasenweisen Verlauf skizziert, so z.B. auch die oben schon angesprochenen Autoren Lauderdale und Freudenberger.

Nach Lauderdale (1982) werden drei Phasen unterschieden:

- Phase 1: Verwirrung
- Phase 2: Frustration
- Phase 3: Verzweiflung

Freudenberger (1974) unterscheidet zwei Phasen:

- Phase 1: Empfindendes Stadium
- Phase 2: Empfindungsloses Stadium

Durchgesetzt hat sich bislang hauptsächlich ein Instrument zur Erfassung von Burnout: Das Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). Es besteht in seiner üblichen Version aus 22 Items, welche in drei Subskalen gegliedert sind:

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisation
- Leistungsunzufriedenheit

2.3.4.1.2 Burnout und Selbstwirksamkeit

Jerusalem (1993) beschreibt eine Steuerung des Leistungsverhaltens und des Belastungserlebens durch das Selbstkonzept. Im Weiteren stellt er fest, dass ein starkes Selbstkonzept eine protektive Ressource darstellt, da Anforderungen als Herausforderungen geschätzt und mit Erfolgsszuversicht bearbeitet werden.

Je stärker das Selbstkonzept ist, das bedeutet je höher man seine Kompetenzen einschätzt, desto leichter gelingt die Bewältigung von Schwierigkeiten aller Art (Jerusalem, 1990). Daher sollte eine hohe Kompetenzeinschätzung mit niedrigen Burnoutwerten einhergehen. Da sich das Burnoutsyndrom explizit auf das Berufsleben bezieht, wird dieser Zusammenhang umso deutlicher ausfallen, je berufsspezifischer die Selbstwirksamkeit hinterfragt wird.

Die Bedeutsamkeit von Selbstwirksamkeitsmessungen in Berufen mit hohen Burnoutwerten liegt auf der Hand, da mittlerweile Präventions- und Interventionsmaßnahmen (mittels Kompetenzerwartungs-Seminaren) möglich sind. Einfach gesagt ist durch Stärkung der Selbstwirksamkeit eine Burnouterkrankung abwendbar beziehungsweise therapierbar (vgl. Selbstwirksamkeitstraining für Lehrer, Schwarzer, 1998). Zentrales Ziel dieser Förderung ist die Vermittlung und Stärkung von Erfolgserfahrungen, sozialer Einbindung und Selbstbestimmung (Jerusalem, 2007).

2.4 Soziale Stressoren und Emotionsarbeit

Krankenpflegekräfte verbringen den Großteil ihrer Arbeitszeit in Interaktion mit Patienten. Durch die Propagierung des ganzheitlichen Pflegeanspruches gewinnt der soziale Aspekt des Berufes an Bedeutung. Dies ist vergleichbar mit anderen Dienstleistungsberufen (nach Paoli, 1997, arbeiten mittlerweile über 50% der Bewohner der industrialisierten Länder im Dienstleistungssektor), hier nennen sich die oben genannten „sozialen Aspekte des Berufes“ allerdings Kundenorientierung oder Kundenzufriedenheit. Diesem Belastungsbereich der

Dienstleister widmet sich das Konzept der Emotionsarbeit. Die schon existierenden Untersuchungen im Pflegebereich legen meist das Burnoutkonzept zugrunde (Zapf & Semmer, 2004).

Der Begriff „emotional labor“ – Emotionsarbeit – wurde von Hochschild (1990) ins Leben gerufen. Dazu wurden Flugbegleiterinnen und Flugbegleiter der Delta-Airlines untersucht: Es ist Teil ihrer Aufgabe, freundlich und zuvorkommend mit den Passagieren umzugehen. Hochschild hat argumentiert, dass dieses stete Lächeln im Gesicht keine Darstellung der eigenen Gefühle, sondern Teil der Arbeit ist, vom Unternehmen gewünscht und eingefordert. Die Zurschaustellung positiver Emotionen liegt also nicht im Ermessen des Dienstleisters, sondern ist Teil der Arbeitsanforderung. Stimmen die inneren Empfindungen nicht mit den nach außen getragenen Gefühlen (in Form von Mimik, Gestik, Stimme) überein, kommt es zu emotionaler Dissonanz: Die zu zeigenden Emotionen stimmen nicht mit den aktuell empfundenen Gefühlen überein (Zapf & Semmer, 2004). Für die emotionale Dissonanz zeigen sich deutliche negative Effekte: Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Außerdem besteht ein negativer Zusammenhang zu Arbeitszufriedenheit.

Zapf, Seifert, Mertini, Voigt, Holz, Vondran et al. (2000) verdeutlichen das Konzept der Emotionsarbeit an folgendem Beispiel: Ein Patient erwartet von der Krankenschwester, dass sie nicht vom „Blinddarm auf Zimmer 331“ spricht und nicht wortkarg ihre Arbeit verrichtet. Vielmehr erwartet der Patient eine einfühlsame und freundliche Behandlung, dass die Krankenschwester Verständnis für seine Situation zeigt und jederzeit einige freundliche Worte für ihn übrig hat. Bis zum jetzigen Zeitpunkt gibt es nicht viele empirische Untersuchungen, in denen Emotionsarbeit als Stressor betrachtet wird (Zapf et al.).

Hochschild (1990) selbst hat herausgefunden, dass Emotionsarbeit mit Substanzenmissbrauch, Kopfschmerzen, Absentismus und sexuellen Störungen verbunden ist. In einer Strukturanalyse der Emotionsarbeit

unterschiedlicher Pflegebereiche (Viertler, 2008) befasst sich der Autor mit dem Einfluss von Alter und Berufserfahrung auf Emotionsregulationsanforderungen, Regulationsmöglichkeiten und -problemen (hier: emotionale Dissonanz). Schon in der Burnoutforschung wurde ein negativer Zusammenhang zwischen steigendem Alter und Burnout postuliert. Analog dazu hat Viertler einen negativen Zusammenhang zwischen Alter beziehungsweise Berufserfahrung und der negativen Belastungsfolge emotionale Dissonanz nachgewiesen. Dieses Ergebnis von Viertler passt zu früheren Forschungsarbeiten, zum Beispiel von Herschbach (1991): Emotionale Dissonanz spielt mit höherem Alter eine immer geringere Rolle. Als Interpretationsmöglichkeit wird eine veränderte Regulationsfähigkeit im Laufe des Lebens angegeben, welche im Alter einen protektiven Faktor darstellt.

Auf den Punkt gebracht möchte ich Folgendes festhalten: Verbringt eine Person den Großteil ihrer Zeit an einem Ort, an dem sie sich nicht im Einklang mit ihren Emotionen verhalten kann, führt dies zu Stress. Dieser Faktor ist besonders bedeutungsvoll bei der Ausübung eines Berufes, welcher sich im Dienstleistungssektor befindet, oder bei Berufen, die sehr kundenbeziehungsweise patientenorientiert sind.

2.5 Stress in der Krankenpflege

Die Frage nach dem Einfluss ungünstiger Bedingungen am Arbeitsplatz auf die physische und psychische Gesundheit ist Gegenstand der Stressforschung. So haben Leino und Hänninen (1995) einen Zusammenhang zwischen den psychosozialen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates aufgezeigt. Weitere Zusammenhänge zeigten beispielsweise Kuper, Singh-Manoux, Sigrist und Marmot (2002) für Herz-Kreislaufkrankungen. Verschiedene Stressmodelle haben seit Ende der 1970er Jahre dazu beigetragen, Zusammenhänge zu verstehen, und angesichts der Vielfalt und Komplexität psychosozialer Arbeitsbedingungen dazu beigetragen, potentiell krank machende Stressoren bei der Arbeit zu identifizieren und anschließend zu operationalisieren (Hasselhorn, Widerszal-

Bazyl & Radkiewicz, 2005) .

Im Folgenden möchte ich zwei Stressmodelle vorstellen, welche im Kontext der Krankenpflege von Bedeutung sind. Beides sind Stressor-Ressourcen-Konzepte, also Konzepte, welche das Zusammenwirken von Stressoren und Ressourcen betonen (Zapf & Semmer, 2004).

2.5.1 Demand-Control-Support Modell

Das Demand-Control-Modell (DC-Modell) oder auch Job Strain Model (Karasek, 1979) hat in den letzten 20 Jahren die Arbeitsstressforschung dominiert. Es wurde von dem Soziologen Robert A. Karasek in enger Zusammenarbeit mit dem schwedischen Kardiologen und Sozialepidemiologen Töres Theorell (1990) entwickelt. Nach dem DC-Modell entstehen berufliche Belastungen durch das Zusammenspiel zweier Hauptaspekte des Arbeitsumfeldes: Psychische Anforderungen und Handlungsspielraum („Control“). Das bedeutet: Wie hoch sind die Anforderungen im Beruf? Und inwieweit kann der Arbeitnehmer Einfluss auf seine Arbeit nehmen? Die Definition der Komponente Handlungsspielraum („Control“) beinhaltet zwei Aspekte: Die Entscheidungsautorität, das ist die Fähigkeit des Arbeitnehmers, Entscheidungen in seinem Arbeitsleben zu treffen, und die Möglichkeit zu Kompetenzentwicklung bei der Arbeit.

Besonderes Aufsehen hat im Zusammenhang mit der Entscheidungsautorität und Kompetenzentwicklung am Arbeitsplatz die Whitehall II - Studie (North, Syme, Feeney, Shipley & Marmot, 1996) erregt. Sie wurde an einer großen Anzahl von Personen (über 10.000 britischen Staatsbeamten) über einen langen Zeitraum durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Herz-Kreislauf-erkrankungen besteht. Besonders fällt auf, dass das Risiko für Erkrankungen steigt, je niedriger der Rang in der Hierarchie ist.

Nach dem DC-Modell entsteht die größte Arbeitsbelastung bei hohen Anforderungen und gleichzeitig geringem Entscheidungsspielraum am

Arbeitsplatz. Dieser Zustand wird als „job strain“ bezeichnet.

Im erweiterten Demand-Control-Support-Modell (DCS-Modell) kommt als weitere Dimension das Ausmaß an sozialer Unterstützung hinzu, welche als Summe der unterstützenden sozialen Interaktion bei der Arbeit sowohl durch Kollegen als auch durch Vorgesetzte definiert wird (Karasek & Theorell, 1990). Nach dem DCS-Modell entsteht „job strain“ als Ergebnis des Zusammenspiels ungünstiger Ausprägungen auf allen drei Dimensionen: Die größte Arbeitsbelastung besteht, wenn in einem Arbeitsumfeld die Anforderungen hoch, der Handlungsspielraum gering und die soziale Unterstützung niedrig ist.

In diversen Studien wurde untersucht, ob das DC-Modell bzw. das DCS-Modell auf die Pflegearbeit anzuwenden ist. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen job strain auf der einen Seite und Bluthochdruck, erhöhtem Cortisolspiegel (Fox, Dwyer & Ganster, 1993), Depression und Burnout (Jonge, Janssen & van Breukelen, 1996) auf der anderen Seite nachgewiesen.

In einer europäischen Vergleichsstudie (Widerszal-Bazyl, Radkiewicz, Hasselhorn & Conway, 2005) wurde das Ausmaß des job strain bei Pflegepersonal ermittelt. Job strain war in Italien am höchsten, in Norwegen am niedrigsten. Deutschland befindet sich in einer mittleren Gruppe neben Finnland u.a. In der gesamten Stichprobe war job strain deutlich mit der Absicht verbunden, den Beruf zu verlassen.

2.5.2 Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Der Ansatz dieses (auch effort-reward-imbalance genannten) Modells von Siegrist (1996) ist die stressverursachende Wirkung des Prinzips der Reziprozität gegenseitigen Handelns. Die Hauptfrage dieses Modells lautet: Lohnt sich das aufgewandte Engagement des Arbeitnehmers auf der Arbeit? Siegrist stellte eine berufsbezogene Austauschtheorie vor. Neben dem Gleichgewicht zwischen dem, was der Beschäftigte gibt („effort“ – Aufwand), und dem, was er erhält („reward“ – Belohnung), stehen neben dem Gehalt außerdem die Anerkennung und Karrieremöglichkeiten als Belohnung.

Siegrist (1996) stellt die ungünstigen Auswirkungen eines Ungleichgewichts in diesem sozialen Gefüge auf die Gesundheit des Beschäftigten dar. Neben depressiven Erkrankungen wird eine übermäßige Aktivierung des autonomen Nervensystems mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Durchblutungsstörungen, Herzerkrankungen) in Zusammenhang gebracht. Siegrist nimmt an, dass Arbeitnehmer mit hohem Engagement und einem hohen Bedarf an Anerkennung („Overcommitment“) ein Ungleichgewicht im sozialen Gefüge stärker empfinden und dadurch einer noch größeren Gefahr von Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgeliefert sind. Schlussendlich vertritt Siegrist die These, dass in Gesellschaften (Osteuropa seit den 90er Jahren) oder Systemen (Gesundheitssystem), welche sich im Umbruch befinden, besonders gute Bedingungen für ein Ungleichgewicht vorhanden sind.

Hasselhorn, Widerszal-Bazyl und Radkiewicz (2005) gehen auf Zusammenhänge des Modells beruflicher Gratifikationskrisen mit dem Wunsch von Krankenpflegepersonal, den Pflegeberuf zu verlassen, ein. Sie zeigen auf, dass ein hoher ERI-Quotient (effort-reward-imbalance-Quotient) mit dem Wunsch, den Beruf zu verlassen, assoziiert ist. Ungünstigste Arbeitsbedingungen zeigte die Studie in folgenden Ländern: Polen, Slowakei, Deutschland und Italien. Hasselhorn et al. erklären diesen Effekt für die beiden erstgenannten Länder in ihrer schwerwiegenden politischen Umbruchsituation, welche sich für Pflegepersonal in ungünstigem Verhältnis zwischen Aufwand und erlebter Belohnung widerspiegelt. Für die grundlegende Unzufriedenheit des deutschen Pflegepersonals an ihrem Arbeitsplatz finden Hasselhorn et al. keine detaillierte Erklärung.

Dieses Kapitel zeigt die Notwendigkeit weitergehender Forschung über die Ursachen gesundheitlicher Defizite von Arbeitnehmern im Pflegeberuf. Es müssen Wege gefunden werden, dem vermehrten Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen, erhöhten Krankenständen, frühzeitigem Berufsausstieg etc. entgegenzuwirken. Ein hierzu beitragender (und im Folgenden detailliert beschriebener) Faktor könnte die Selbstwirksamkeit als

Einflussfaktor auf psychisches und körperliches Wohlbefinden sein.

3 Selbstwirksamkeit und ihr Hintergrund

3.1 Selbstwirksamkeit als Ressource

Nach Zapf und Semmer (2004, S.1041) sind Ressourcen „Mittel, die eingesetzt werden können, um das Auftreten von Stressoren zu vermeiden, ihre Ausprägung zu mildern oder ihre Wirkung zu verringern.“ Es werden interne von externen Ressourcen unterschieden.

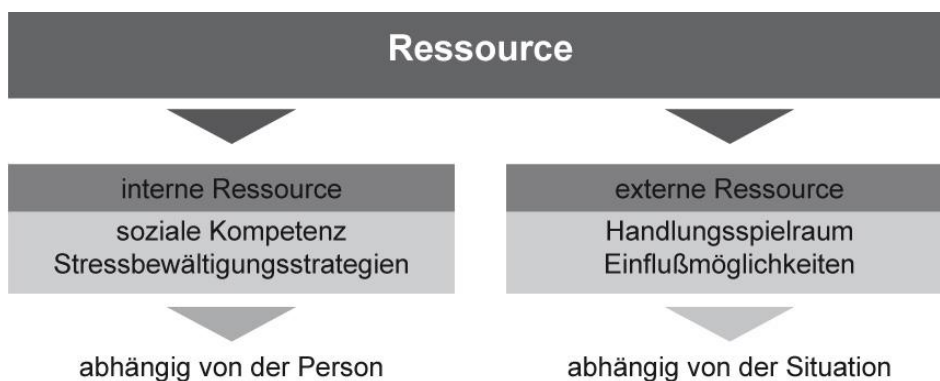


Abbildung (2): Ressourcen I

Über interne Ressourcen verfügt eine Person selbst, etwa soziale Kompetenzen oder Stressbewältigungsstrategien. Externe Ressourcen sind dagegen situationsspezifisch. Wesentliche externe Ressourcen im Berufsleben sind Handlungsspielraum, Einflussmöglichkeit und soziale Unterstützung (Zapf & Semmer, 2004).

Weiter unterscheiden Zapf und Semmer direkte von indirekten Wirkungen der Ressourcen.

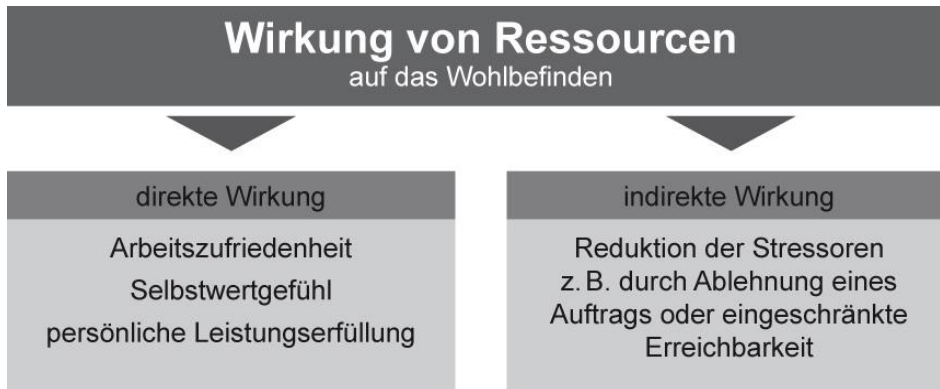


Abbildung (3): Ressourcen II

Ressourcen können sich (über Selbstwertgefühl und persönliche Leistungserfüllung) direkt auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Indirekt können Ressourcen Stressoren reduzieren – etwa durch die Fähigkeit, nicht erfüllbare Handlungsaufträge ablehnen zu können. Diese Fähigkeit ist im pflegerischen Alltag von Bedeutung.

Nach Hobfoll (1998) entsteht Stress durch den (drohenden) Verlust von Ressourcen. Er versteht darunter eine breite Palette angestrebter Güter aller Art: Ausreichende Ernährung, Sicherheit, gute Beziehungen in der Ehe, im Freundeskreis und am Arbeitsplatz (Zapf & Semmer, 2004). Darüber hinaus stellt Hobfoll (2001) dar: Schon das Gefühl, seine Ziele erreichen zu können, ist eine Ressource. Hobfoll stellt folgende zwei Thesen auf:

- Zum Ersten soll Ressourcenverlust ungleich bedeutsamer sein als Ressourcengewinn. Dies bedeutet, dass ein Ressourcenverlust bei gleichem -gewinn immer stärker wiegt.
- Zum Zweiten müssen zum Schutz vor und zur Erholung nach Ressourcenverlust, sowie zum Ressourcenaufbau zuerst einmal Ressourcen investiert werden.

Basierend auf diesen zwei Thesen leitet er vier Aussagen ab:

- Erstens unterscheidet er zwischen Menschen mit großen und Menschen mit geringen Ressourcen. Ein Individuum mit größeren Ressourcen ist aufgeschlossener gegenüber Ressourcengewinn und weniger sensibel gegenüber Ressourcenverlust. Diese Aussage gilt auch umgekehrt: Jemand mit geringeren Ressourcen ist weniger aufgeschlossen für Ressourcengewinn und sensibler für Ressourcenverlust.
- Zweitens bewirkt der Verlust von Ressourcen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber weiterem Ressourcenverlust. Ein einmaliger Verlust löst weitere Verluste aus. Dies bezeichnet Hobfoll als „Verlustspirale“.
- Drittens sind Personen, welche über einen großen Vorrat an Ressourcen verfügen, empfänglicher für weiteren Ressourcengewinn. Dies nennt sich in Anlehnung an die zweite Aussage dann „Gewinnspirale“.
- Viertens postuliert Hobfoll, dass fehlende Ressourcen zu einer defensiven Haltung führen, gleichsam als Schutz der noch vorhandenen Ressourcen und vor weiterem Ressourcenverlust.

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass Menschen mit geringen Ressourcen eine defensive Haltung annehmen und außerdem gefährdet sind, in eine „Verlustspirale“ einzutreten, so dass schon erlittene Verluste nicht mehr kompensiert werden können und weiterer Ressourcenverlust droht. Im Gegenzug können ressourcenstarke Personen diese weiter ausbauen und stärken. Damit besitzen sie einen wirksamen Schutz gegen Ressourcenverlust und gegen Stress.

3.2 Die Selbstwirksamkeitstheorie

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit ist das Resultat einer über 20 Jahre dauernden Forschung des Psychologen Albert Bandura und der immer größer werdenden Anzahl von Untersuchungen, welche durch Banduras Originalarbeit angeregt worden sind. Die Theorie besagt, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeit gesünder, effektiver und erfolgreicher sind als jene mit geringerer Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997). Skalen zur Selbstwirksamkeit,

wie sie beispielsweise im deutschen Sprachraum von Schwarzer (1986) entwickelt und getestet wurden, basieren auf der kognitiven Lerntheorie von Bandura (1977). Dieser formulierte das Konzept der Selbstwirksamkeit als zentralen Bestandteil der sozialen Lerntheorie. Mit dem Begriff Selbstwirksamkeit (englisch „perceived self-efficacy“) bezeichnet Bandura (1997) Einschätzungen eigener Fähigkeiten, welche man benötigt um Handlungen zu organisieren und auszuführen. Im deutschen Sprachgebrauch werden die Begriffe wahrgenommene Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung verwendet. Mitunter wird auch abgekürzt nur von Selbstwirksamkeit gesprochen.

Die Einschätzung der eigenen Kompetenz, Handlungen ausführen zu können, die zu einem gewünschten Ziel führen, entwickelt sich aus allen bisherigen Lebenserfahrungen mit sich und der Umwelt. Sie bestimmt, ob eine Person eine Anforderung annimmt, wie viele Mühen sie dafür auf sich nimmt und wie lange sie die Handlung aufrecht erhält – trotz aller Hindernisse und Rückschläge.

Nach Bandura (1997) vermeiden wir Situationen, von denen wir annehmen, sie würden unsere Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Trauen wir uns jedoch etwas zu, steigen wir aktiv in die Handlung ein und setzen uns damit auseinander. Das bedeutet: Ein Mensch mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung glaubt daran, etwas bewirken und sein Schicksal durch eigenes, selbständiges Handeln beeinflussen zu können.

3.2.1 Vier Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung

Bandura (1997) hat vier effektive Ursprünge (genannt Quellen) unterschieden, aus denen Selbstwirksamkeitserwartungen entstehen:

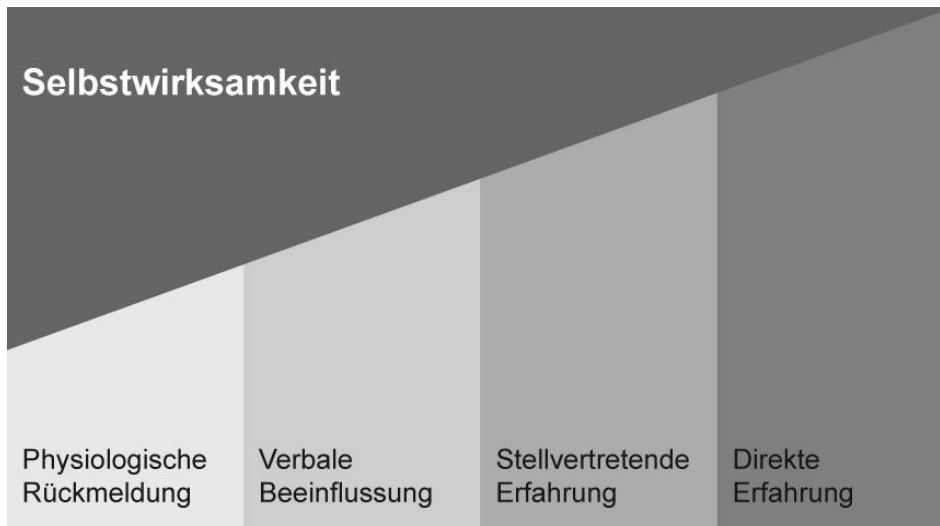


Abbildung (4): Vier Quellen der SWK

3.2.1.1 Physiologische Rückmeldung

Auf der ersten und untersten Ebene von Informationen über die eigene Kompetenz können die physiologischen Rückmeldungen in Form von Herzschlag, Blutdruck, Schwitzen o.ä. einen Hinweis geben, ob die eigenen Handlungsressourcen gut oder schlecht sind. Diese körperlichen Anzeichen werden von der Person wahrgenommen und bewertet.

In diesem Bewertungsprozess liegt folgendes Problem: Körperliche Reaktionen wie erhöhter Herzschlag oder Schwitzen können auch Ausdruck anderer Dinge als der Selbstwirksamkeit sein – z.B. eines übermäßigen Kaffeegenusses am Morgen, Zeitdruck oder die Tatsache, dass drei Kollegen im Raum stehen und warten, dass man mit einer Tätigkeit (endlich) zum Ende kommt.

Je nach Erfahrung und Persönlichkeit werden physiologische Reaktionen darüber hinaus auch vom Betroffenen verschieden wahrgenommen und interpretiert – und haben somit unterschiedliche Auswirkungen. Schreibt eine

Person die Erregung ursächlich eher persönlichen Defiziten zu, besteht die Gefahr reziproker Erregungseskalation (Schneider, 2006).

Reziproke Erregungseskalation bedeutet folgendes: Eine Person begibt sich in eine neue, herausfordernde Situation und reagiert darauf mit Aufregung, d.h. erhöhter Herzfrequenz, Schwitzen, vielleicht einem roten Gesicht. Wenn diese Person die Ursache ihrer Aufregung in ihrer mangelnden Kompetenz sieht, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Handlung abbricht oder sie zu einem erfolglosen Abschluss bringt – selbst wenn (objektiv betrachtet) sehr wohl ausreichende Kompetenzen vorhanden gewesen wären. Als Resultat traut sich die Person in Zukunft weniger zu, Vorhaben gelingen wieder schlecht oder nicht, und so gerät sie in einen Kreislauf, dessen Ursprung die eigentlich falsche Selbsteinschätzung ihrer Fertigkeiten aufgrund der physiologischen Rückmeldung war.

3.2.1.2 Verbale Beeinflussung

Die soziale Unterstützung in Form von verbaler Beeinflussung („Das schaffst Du bestimmt“) ist ein weiterer Faktor, der die Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst. Dies ist davon anhängig, wer einem zuspricht und ob dieser Person die nötige Glaubwürdigkeit und Expertise zugesprochen wird. Im Laufe des Lebens lernt der Mensch ganz individuell, inwieweit er sich auf Empfehlungen und Kommentare der Mitmenschen verlassen kann. Dies ist von der Person, umgebungs- und auch stimmungsabhängig. Nicht jedem ist es angenehm, sich mit Freunden oder Bekannten zu besprechen – je nach Persönlichkeit holt sich die eine Person mehr, die andere weniger Rückmeldung. Auch die gedankliche Aufarbeitung der eingeholten Meinungen verläuft bei jedem anders. Ein gutgemeinter Tipp eines Kollegen „du schaffst doch sonst immer alles so locker“ kann so in den eigenen Augen als unrealistisch gelten, und man hält weiter an der eigenen Einschätzung seiner Kompetenzen fest (Schmitz, 1999).

3.2.1.3 Stellvertretende Erfahrung

Ist eine Person in der Umgebung fähig eine Situation zu meistern, und sieht man diese Person mit ihren Fähigkeiten als vergleichbar zur eigenen Person, kann das dazu führen, dass man sich selbst auch in der Lage fühlt, in eben

dieser Situation erfolgreich zu handeln. Bandura (1997) bezeichnet dies als „Lernen am Modell“. Hierbei gilt, dass die Beeinflussung umso stärker ist, je größer die vermutete Ähnlichkeit zum Modell wahrgenommen wird. „Wenn Schwester XY im Nachtdienst alleine ist, dann kann ich das auch.“ Prämisse ist das Vermögen zum sozialen Perspektivenwechsel: Die betrachtende Person muss die vollführte Handlung aus der Sichtweise der Modellperson verstehen – erst dann kann sie Schlüsse für die eigene Handlungsregulation ziehen (Satow, 1999). Der Abstand zwischen dem Verhalten des Modells und dem eigenen Verhalten darf nicht allzu groß sein. So kann die Beobachtung des entschlossenen Vorgehens eines Laien wirkungsvoller sein als die Beobachtung des Verhaltens eines Fachmannes, welcher das Zielverhalten „aus dem Ärmel schüttelt“. Man fühlt sich meist selbst nicht als Experte – das Modell ist der beobachtenden Person also ähnlicher, wenn ihr Ausgangsniveau auch niedrig ist.

Abschließend bemerkt ist die Überzeugungskraft vieler Modelle größer als nur eines einzigen Modells (Schneider, 2006).

3.2.1.4 Direkte Erfahrung

Die vierte, letzte und effektivste Quelle zum Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen ist die direkte und eigene Erfahrung, also das eigene aktive Handeln und Meistern einer Herausforderung. Da diese Erfahrung am meisten bedeutet – denn wem kann man mehr vertrauen als sich selbst – wird sie auch als „mastery experiences“ (beherrschende Erfahrung) bezeichnet. Doch selbst hier spielt wieder die Interpretation des Individuums eine wichtige Rolle, denn erfolgreiches Handeln kann man auch der Umwelt oder dem Glück zugute schreiben. Nur wenn der erfolgreiche Abschluss einer Handlung der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird, hat das positiven Einfluss auf die wahrgenommene Kompetenzüberzeugung.

Schneider (2006) führt verschiedene Bedingungen auf, von denen Selbstwirksamkeitserwartungen abhängen:

- Selbstwirksamkeitserwartungen, die schon lange Zeit bestehen, können schwieriger verändert werden als solche, die erst kürzlich erworben wurden.
- Wird Erfolg eigenen Kompetenzen zugeschrieben, verstärkt das die Selbstwirksamkeitserwartungen. Wird der Erfolg hingegen externen Umständen zugeschrieben (Glück, Umstände), ist dies nicht der Fall: Dann werden Wirksamkeitserwartungen nicht verstärkt.
- Das umgekehrte Verhältnis zeigt sich bei Misserfolg: Wird der Misserfolg Umgebungsfaktoren zugeschrieben, sind die Auswirkungen gering. Wird er auf eigene fehlende Kompetenzen attribuiert, reduziert das die Selbstwirksamkeitserwartung.
- Erfolge nach geringer Anstrengung werden auf hohe eigene Kompetenzen zurückgeführt und stärken die Selbstwirksamkeit in höherem Maße als Erfolge nach großen Anstrengungen.
- Erfolge bei als schwierig bewerteten Problemen haben einen größeren Effekt auf die Selbstwirksamkeit als Erfolge bei als leicht bewerteten Aufgaben. Je komplexer, anspruchsvoller und vielfältiger die bewerkstelligte Problemsituation, desto eher stärken Erfolgserlebnisse die Selbstwirksamkeit.

Abschließend kann man Folgendes sagen: Verschiedene oben genannte Bedingungen führen dazu, um in Anbetracht einer schwierigen, neuen Situation die eigene Selbstwirksamkeit zu beurteilen. Je zuverlässiger eine Erfahrungsquelle eingeschätzt wird, desto größer ist der Einfluss dieser Quelle auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit und deren Veränderung (Schneider, 2006).

3.2.2 Zur Operationalisierung von Selbstwirksamkeitserwartungen

Wie schon erwähnt wird unter Selbstwirksamkeit die optimistische Einschätzung eigener Handlungskompetenzen und Handlungsmöglichkeiten angesichts schwieriger Anforderungssituationen verstanden. Die Messung und Skalierung dieses Konstrukts macht nur dann Sinn, wenn die Zielerreichung mit einer gewissen Schwierigkeit, Anstrengung, Ausdauer oder Herausforderung verbunden ist. Schmitz (1999) verdeutlichte diesen Sachverhalt an folgendem einleuchtendem Beispiel: Es macht wenig Sinn nach der Selbstwirksamkeitserwartung bei Alltagstätigkeiten wie dem Treppensteigen (vorausgesetzt die beobachtete Person ist gesund) zu fragen. Auch Autofahren, außer für den Fahrschüler, stellt eine Routinetätigkeit dar. Dagegen ist mit der Frage nach der Selbstwirksamkeitserwartung beim Autofahren auf spiegelglatter Fahrbahn eine Situation mit hohem Schwierigkeitsgrad verbunden, in der das aktuelle Verhalten entscheidend von Selbstwirksamkeitserwartungen mitbestimmt wird (Schmitz). Bei der empirischen Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen ist daher der Schwierigkeitsgrad der Aufgabe deutlich zu machen. Außerdem müssen mögliche Handlungsbarrieren und Ressourcen berücksichtigt werden.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungs-Items können folgendermaßen lauten (Schwarzer & Jerusalem, 1999a):

- Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen.
- Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

Anhand dieser Beispiele lassen sich die Merkmale von Items zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen verdeutlichen: Zum einen erfolgt die Formulierung in der ersten Person Singular („Ich“). Außerdem sollen Umschreibungen wie „finde ich Mittel und Wege“ oder „gelingt es mir“ und Verben wie „können“ oder „wissen“ verwendet werden. Ein weiteres wichtiges

Kriterium ist, dass Fragen nach der Selbstwirksamkeit immer in die Zukunft gerichtet sind, es sollen Kompetenzerwartungen in Schritten eines Zielerreichungsprozesses abgefragt werden, der in der Zukunft liegt (Schmitz, 1999).

3.2.3 Messinstrumente zur Selbstwirksamkeit aus dem deutschsprachigen Raum

Im Folgenden sollen beispielhaft einige bereits existierende Messinstrumente der Selbstwirksamkeit aus dem deutschsprachigen Raum erläutert werden. Um die Entwicklung dieser Instrumente zu verstehen sei darauf hingewiesen, dass aus der ursprünglichen Begrifflichkeit „allgemeine Selbstwirksamkeit“ bereichsspezifische Messinstrumente, beispielsweise mit dem Schwerpunkt der Berufsausübung, herausgearbeitet wurden: „Lehrer-Selbstwirksamkeit“, „Kollektive Selbstwirksamkeit im Lehrerberuf“, u.v.m.

3.2.3.1 Allgemeine *Selbstwirksamkeitsskala*

Das Konzept der Allgemeinen Selbstwirksamkeit fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen (Schwarzer & Jerusalem, 1999a). Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen vor allem die Auswahl von Handlungen (Schwierigkeitsgrad), die investierte Anstrengung im Zielerreichungsprozess, die Ausdauer angesichts von Schwierigkeiten und Barrieren sowie indirekt den Grad des Handlungserfolges (Schwarzer & Jerusalem). Sie stellen also eine wichtige personale Ressource im alltäglichen Leben dar. Steht eine Herausforderung an, gleichen wir die nötige Handlung mit unseren Kompetenzen ab. Erst dann entscheiden wir uns für eine bestimmte Handlung.

3.2.3.2 Bereichsspezifische *Selbstwirksamkeitsskalen*

3.2.3.2.1 Lehrer-Selbstwirksamkeit

Schwarzer und Schmitz erforschen in ihrem bundesweiten Modellversuch „Verbund selbstwirksamer Schulen“ bereichsspezifisch die Lehrer-Selbstwirksamkeit – ein gesonderter Begriff also als Weiterentwicklung aus der Allgemeinen Selbstwirksamkeit. Es werden die „Erwartungen eigener Kompetenz in den verschiedenen Bereichen der Berufsausübung erfasst“. (Schmitz, 2000, S. 54) Beispiele hierfür sind die soziale Interaktion der Lehrer mit Schülern, Kollegen oder Eltern. Das Ziel war ein Instrument zu schaffen, welches generell bei Lehrern eingesetzt werden kann. Abgefragt werden die vier Bereiche

(a) berufliche Leistung,

(b) berufliche Weiterentwicklung,

(c) soziale Interaktion mit Schülern, Eltern und Kollegen sowie

(d) Umgang mit Berufsstress (Schwarzer & Schmitz, 1999).

Die Items enthalten die semantische Struktur wie oben beschrieben, also erste Person Singular und Verben wie „können“ oder „wissen“.

„Sie enthalten die subjektive Gewissheit etwas tun zu können, auch wenn eine Barriere im Weg steht.“ (Schwarzer & Schmitz, S.1)

Items zur Erfassung der Lehrer-Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Schmitz) lauten z.B.:

- Ich bin mir sicher, dass ich auch mit den problematischen Schülern in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe.
- Selbst wenn mein Unterricht gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können.

3.2.3.2.2 Kollektive Selbstwirksamkeit

Das ursprünglich allgemeine Konstrukt der Selbstwirksamkeit wurde mittlerweile, mit angestoßen von Bandura (1997), erweitert. Die kollektive Selbstwirksamkeit bewegt sich nicht mehr auf der Ebene einzelner Personen,

sondern sie bezieht sich auf die Einschätzung der Handlungskompetenz einer ganzen Gruppe. Die kollektive Selbstwirksamkeit hat also einen Einfluss darauf, welche Ziele sich eine Gruppe setzt und welche Handlungsstrategien eine Gruppe aufnimmt angesichts schwieriger Situationen und Barrieren. Dieses Konstrukt eignet sich für den Arbeitsplatz, von Schwarzer und Schmitz (1999) dargestellt für den Lehrerberuf: Ein Lehrerkollegium, welches durch eine hohe kollektive Selbstwirksamkeit geprägt ist, traut sich eher den Umgang mit schwierigen Schülern, beispielsweise in sozial schwachen Gegenden, zu. Sollten Bemühungen und Reformvorhaben einmal scheitern, erholt sich diese Gemeinschaft eher als ein weniger selbstwirksames Lehrerkollegium.

Beispiele für Items zur Kollektiven Selbstwirksamkeit bei Lehrern (Schwarzer & Jerusalem, 1999b):

- Ich bin sicher, dass wir als Lehrer pädagogische Fortschritte erzielen können, denn wir ziehen gemeinsam an einem Strang und lassen uns nicht von den Alltagsschwierigkeiten aus dem Konzept bringen.
- Auch mit außergewöhnlichen Vorfällen können wir zurechtkommen, da wir uns im Kollegium gegenseitig Rückhalt bieten.

Spink (1990a,1990b) hat seinen Fokus auf den Sport gerichtet. Er untersucht die kollektive Selbstwirksamkeit und ihren Einfluss auf die Gruppendynamik beim Profi-Volleyball, desweiteren den Zusammenhang zwischen kollektiver Selbstwirksamkeit und dem Zusammenhalt innerhalb der Gruppe, den Gruppenzielen und der Mannschaftsgeschichte.

Jiang und Nanjing (2002) untersuchen das Konzept der Kollektiven Selbstwirksamkeit und ihren Zusammenhang mit dem Verhalten innerhalb einer Gruppe. Thema ihrer Abhandlung ist die Messung und Evaluation sowie die Praktikabilität der Messung kollektiver Selbstwirksamkeit sowie die darauf beruhenden Vorhersagemöglichkeiten von Verhalten.

Die arbeitsbezogene kollektive Selbstwirksamkeitserwartung, eine Acht-Item-Skala, wurde – ausgehend von der kollektiven Selbstwirksamkeit für Lehrer (Schwarzer u. Schmitz, 1999) – für arbeitsbezogene Kooperation entwickelt. Diese Skala bezieht sich auf keinen speziellen Berufszweig und beschreibt die „subjektive Gewissheit, unerwartete und schwierige Anforderungssituationen bei der Arbeit aufgrund gemeinsamer Kompetenzen einer Gruppe bewältigen zu können“ (Moser, Schaffner & Heinle, 2005, S.1).

3.2.3.2.3 Emotionale Selbstwirksamkeit

Schmitz und Salisch (2002) haben ein weiteres Konstrukt entwickelt: Die Emotionale Selbstwirksamkeit. Sie entwickelten acht Subskalen auf Basis der Theorie der acht Fertigkeiten „emotionaler Kompetenz“ von Saarni (2002).

Mit der Annahme, dass hinter jedem Verhalten auch emotionales Wissen und emotionale Fertigkeiten stehen, kann die emotionale Selbstwirksamkeit als Ressource für kompetente Selbstregulation in allen Situationen, in denen Emotionen hervorgerufen werden (Schmitz & Salisch), gesehen werden. Kompetente Selbstregulation wiederum hat Einfluss auf die allgemeine und die spezielle Selbstwirksamkeit.

Giese-Davis, Koopman, Butler, Classen, Cordova et al. (2002) haben in ihrer Abhandlung über Frauen mit metastasierten Mammakarzinomen emotionale Selbstwirksamkeit folgendermaßen definiert: Die von der einzelnen Person wahrgenommene Fähigkeit, ihre Emotionen in dem gegebenen Kontext angemessen zu regulieren.

Ein anderes Projekt hatte das Ziel, das Zusammenspiel von emotionaler Selbstwirksamkeit, ausreichender sozialer Unterstützung (engl. social support), erlebten belastenden Lebensereignissen (engl. stressful life-events) und Stimmungsschwankungen bei 82 Patientinnen aus ländlichen Regionen mit der kürzlich festgestellten Erstdiagnose Mammakarzinom zu untersuchen. Angenommen wurde unter anderem ein jeweils negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Selbstwirksamkeit und ausreichender sozialer Unterstützung sowie zwischen emotionaler Selbstwirksamkeit und dem Faktor

Stimmungsschwankungen. Das Ergebnis der Studie entsprach der Annahme und zeigte eine positive Korrelation zwischen Stimmungsschwankungen und geringer selbst wahrgenommener emotionaler Selbstwirksamkeit (Palesh, Shaffer, Larson, Edsall, Chen et al., 2006).

3.2.4 Selbstwirksamkeit in verschiedenen (nicht-krankenpflege-spezifischen) Bereichen

Bandura (1997) selbst hat dazu angeregt, die Selbstwirksamkeit in kleinen, genau definierten Bereichen zu erforschen. Nach Auswertung solcher Studien könnten Interventionen geschaffen werden, um Unterstützung in speziellen Lebensbereichen anzubieten: Am Arbeitsplatz, in der Schule, zur Krankheitsbewältigung usw. Im Folgenden wird mit Hilfe der Darstellung einiger Studien auf diesen Ansatz eingegangen:

Schneider (2006) stellt eine Studie an Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung vor und arbeitet folgende Punkte heraus: Das Maß der Selbstwirksamkeit korreliert negativ mit subjektiv erlebter Rentenbedürftigkeit und den Zeiten in Arbeitsunfähigkeit. Außerdem wird der günstige Einfluss der Selbstwirksamkeit auf den Einsatz kognitiver und behavioraler Schmerzbewältigungsstrategien dargestellt. Schmerzbewältigungskompetenzen führen wiederum zu einer Reduktion der schmerzspezifischen und allgemeinspsychischen Beeinträchtigung. Schneider zeigt damit auf, dass Selbstwirksamkeitserwartungen auf Aspekte der Gesundheit und des Befindens Einfluss nimmt.

Ob Selbstwirksamkeit ein Faktor ist, der Lehrer vor Burnout schützen kann, ist die Frage, die sich Schmitz (2000) gestellt hat. Hierfür wurde eine Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten an Schulen in zehn Bundesländern durchgeführt. Es wurde der Zusammenhang von personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Stresseinschätzung zur Entwicklung von Lehrerburnout untersucht. Die Befunde dieser Arbeit sprechen für die angenommene protektive Funktion von Selbstwirksamkeitserwartungen im Burnoutprozess. Schmitz zeigt auf, dass die Selbstwirksamkeit neben vordergründigen

Zusammenhängen mit Selbstregulation, Handlungsstrategien usw. (s.o.) auch eine Verbindung zu psychischer Gesundheit beinhaltet.

Hannöver, Schimmelschmidt, Kelbsch, Röske, Thyrian et al. (2004) hatten das Ziel, einen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und der Motivation zur Verhaltensänderung bei Frauen postpartum zu beschreiben. Es wurden 666 Frauen befragt, welche vor und/oder während der Schwangerschaft geraucht haben bezüglich ihrer Bereitschaft zur Verhaltensänderung, also ihrer Bereitschaft, in Zukunft nicht zu rauchen. Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen, welche über einen längeren Zeitraum enthaltsam blieben, ihre Selbstwirksamkeit höher erlebten als Frauen, die über keine Enthaltensamkeitserfahrung verfügten. Hannöver et al. sagen aus, es sei sinnvoll, gezielt die Selbstwirksamkeit bezüglich der Abstinenz zu fördern – dies kann für Interventionen genutzt werden.

Wiedebusch, Ziegler und Muthny (2006) hinterfragten bei Eltern von Kindern mit Typ-I-Diabetes die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und psychischer Widerstandsfähigkeit. Es wurde angenommen, dass diese protektiven Faktoren einen „Puffereffekt“ beinhalten und negative Auswirkungen krankheitsbedingter Belastungen vermindern. Das Ergebnis zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen erlebter Lebensqualität, Selbstwirksamkeit und psychischer Widerstandsfähigkeit. Objektive Krankheitsparameter (Komplikationen, Laborwerte wie Blutzucker, HbA1c) zeigten allerdings keinen Bezug zur Selbstwirksamkeit.

Langfristige Behandlungserfolge bei Fibromyalgie-Patienten in Relation zu krankheitsspezifischer Selbstwirksamkeit stellte die Grundlage einer Studie von Müller, Müller, Blumenstiel, Bieber und Eich (2004) dar. Die Ergebnisse bestätigten folgende Annahme: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Umsetzung neuer Bewältigungsstrategien im therapeutischen Rahmen und der krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeit. Untersucht wurde die Verbesserung der Selbstwirksamkeit als grundlegende Voraussetzung für

anhaltende Besserung auf Symptomebene (Schmerzintensivität, Depressivität).

Satow (1999) untersuchte den Zusammenhang zwischen günstigem Klassenklima, Leistungen und Befinden der Schüler sowie deren schulischen, sozialen und allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen. Besonders nach Verlassen des schulischen Umfeldes, wenn die ehemaligen Schüler mit allgemeinen Lebensanforderungen konfrontiert werden, profitieren sie von hohen optimistischen Einschätzungen ihrer Kompetenzen. In dieser Arbeit wurde ein Rahmenmodell zur Klassenklima-Wirkung entwickelt. „Nach diesem Rahmenmodell ist ein Klima, das die Selbstwirksamkeitsentwicklung von Schülern fördert, im Wesentlichen durch individualisierte Lehrer-Schüler-Beziehungen und durch supportive Schüler-Schüler-Beziehungen gekennzeichnet.“ (Satow, 1999, S.7)

Die Studien zeigen, dass Selbstwirksamkeit als interne Ressource, über die jeder Mensch in unterschiedlich hohem Maße verfügt, starke Zusammenhänge mit körperlichen und psychischen Krankheitsverläufen und deren Behandlungserfolgen aufweist, mit der Lebensqualität eines jeden Menschen, mit dem Verhalten erwachsener Personen im privaten sowie im beruflichen Leben und dem Befinden und der Leistungsfähigkeit Jugendlicher in ihrer schulischen Umgebung. Es existieren mittlerweile Studien zur Selbstwirksamkeit aus vielfältigen Bereichen, mit eigenen, von den jeweiligen Autoren selbst erarbeiteten Skalen oder mit Skalen der allgemeinen Selbstwirksamkeit. Es wurde nachgewiesen, dass sich Selbstwirksamkeit positiv auf das Befinden sowie auf die körperliche und mentale Gesundheit auswirkt. Gerade im Zusammenhang mit Arbeitsstress und – damit einhergehend – Burnout hat sich herausgestellt, dass Selbstwirksamkeit einen guten Schutzfaktor darstellt, um Burnoutsymptome wie Erschöpfung, Frustration und Unzufriedenheit zu reduzieren. Die Vermutung liegt nahe, dass das Vorhandensein dieser Ressource im pflegerischen Umfeld vor Krankheiten schützen kann, im Zusammenhang der hier vorliegenden Arbeit bezogen auf Burnout als depressive Symptomatik am Arbeitsplatz der Krankenschwester/

des Krankenpflegers.

3.2.5 Studien zur Selbstwirksamkeit in der Krankenpflege

Tabelle (1) zeigt eine Auflistung der über Medline, PSYINDEXplus und PsycINFO recherchierbaren Studien über Selbstwirksamkeit in der Pflege aus dem englischsprachigen Raum mit Angaben zu Gütekriterien und der Art der Durchführung. Die Autoren der folgenden Studien wollten Zusammenhänge zwischen beruflichen Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit darstellen. Damit greifen sie den Ansatz Banduras (1997) auf, dass sich, wie schon erwähnt, die Erforschung der Selbstwirksamkeit vor allem in klar definierten, spezialisierten Bereichen anbietet.

So haben beispielsweise Bernal und Froman (1993) in ihrer Arbeit „Influences on the Cultural Self-Efficacy of Community Health Nurses“ eine Skala entwickelt, um Zusammenhänge zwischen zugrundeliegenden Strukturen der Selbstwirksamkeit und demographischen Faktoren wie Herkunft, Erziehung und Fachwissen zu erkunden. Dabei zeigte der ethnische Status der Befragten Zusammenhänge mit ihrer Selbstwirksamkeit. Afroamerikaner, Amerikaner lateinamerikanischer Herkunft und Asiaten zeigten die größte Selbstwirksamkeit bei Zusammenarbeit mit Patienten aus demselben kulturellen Hintergrund. Umgekehrt zeigte sich geringere Selbstwirksamkeit bei Zusammenarbeit mit anderen ethnischen Gruppen – etwa asiatisches Personal bei der Pflege spanischer Patienten.

Craven und Froman widmeten sich 1993 in ihrer Darstellung „Development of a Pediatric Skill Self-Efficacy Scale“ der Selbstwirksamkeit bezüglich pflegerischer Fähigkeiten, Eignung und pflegerischem Geschick und Fachwissen bei Patienten unter 18 Jahren. Das Ergebnis zeigte einen direkt proportionalen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Fachwissen (welches objektiv bewertet wurde). Außerdem wurde ein direkter Zusammenhang zu Einsatzfreude (task enjoyment) und zur Effektivität am Arbeitsplatz nachgewiesen.

1993 entwickelten Murphy und Kraft in ihrer Veröffentlichung „Development and Validation of the Perinatal Nursing Self-Efficacy Scale“ ein Instrument zur Messung der Selbstwirksamkeit bezüglich sogenannter perinataler Fähigkeiten und Fachkenntnis in speziellen geburtshilflichen Einrichtungen, genannt „family-centered single room maternity care.“ Dieser Begriff bezeichnet eine neue Art der umfassenden Geburtshilfe für die werdende Mutter und ihre Familie. Der Zeitraum von der ersten Wehe über die Geburt des Kindes bis hin zur Rekonvaleszenz und damit der Pflege von Mutter und Neugeborenem finden ungestört in einem spezialisierten Raum und Ambiente statt. Hierfür steht Pflegepersonal bereit, welches umfassend ausgebildet sein muss. Ziel war es zum Einen, ein Instrument auszuarbeiten, welches Selbstwirksamkeit als unverzichtbares Attribut in der Ausbildung der perinatalen Pflege misst. Zum Anderen sollten Basisdaten für ein Ausbildungsprogramm gesammelt werden unter Berücksichtigung der Gewichtung diverser Fähigkeiten der Pflegekräfte am Arbeitsplatz.

In Staten Island wurde 1998 von Jeffreys und Smolaka eine Studie, „Exploring the Factorial Composition of the Transcultural Self-Efficacy Tool (TSET)“, mit 1260 Krankenpflegeschülern (dort: Studenten) unterschiedlicher Herkunft durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltet 83 Items, welche die Zuversicht der Studenten in ihre Fähigkeit, mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu arbeiten und auszukommen, messen sollten. Die Autoren betonen die Bedeutung der transkulturellen Pflege: Diese beabsichtigt eine Pflege anzubieten, welche kenntnisreich, sensibel und fachgerecht mit Menschen unterschiedlicher Kulturen umgeht. Hinter dieser Skala stand die Absicht, diese Forschung Ausbildungseinrichtungen für Krankenpflegepersonal zugänglich zu machen. Es wurde darauf geachtet, dass dieses Inventar nicht auf die Anwendung für spezielle ethnische Gruppen begrenzt ist, sondern kulturübergreifend eingesetzt werden kann.

Nach Entwicklung des TSET von Jeffreys und Smolaka (1998) stellt zwei Jahre später Jeffreys (2000) die Schritte der Entwicklung und Evaluierung der

Skala vor. Jeffreys betont den Aspekt der kulturübergreifenden Pflegeausbildung als wichtigen Aspekt. In vier Studien wurden die Gütekriterien des Instruments dargelegt. Bei der Unterscheidung von drei Lerndimensionen (kognitiv, praktisch, affektiv) konnten folgende Ergebnisse herausgearbeitet werden:

- A.** Die geringste Selbstwirksamkeit besaßen Studenten im Fachwissen,
- B.** mehr Selbstwirksamkeit in der Gesprächsführung (praktische Lerndimension),
- C.** am sichersten fühlten sich die Studenten bezüglich ihrer Haltung und ihren Einstellungen (affektive Lerndimension).

Außerdem zeigte Jeffreys (2000), dass sich kulturübergreifende Selbstwirksamkeitserwartung im Laufe der Zeit verändert, beeinflusst durch die Belastung im Beruf und die Auseinandersetzung mit dem Thema. Statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich in Abhängigkeit vom Ausbildungszeitpunkt: Anfänger hatten geringere Werte als fortgeschrittene Studenten. Die höchsten Werte wurden nach einer zweijährigen Zusatzausbildung in kulturübergreifender Pflege gemessen. Demographische Daten (Alter, Geschlecht, Einkommen, usw.) hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Selbstwirksamkeit.

In einer von Coates (1997) erstellten Skala namens „Caring Efficacy Scale“ wird der Glaube einer Person an ihre Fähigkeit zu professionellem Pflegebewusstsein und zu der Fähigkeit, mit Patienten professionell in Beziehung treten zu können, bewertet. Es wurden drei Gruppen von Krankenpflegepersonal unterschieden: 1) „baccalaureate“, 2) „nursing doctorate“ und 3) „master“. Die Entwicklung dieser Skala befindet sich noch in einem frühen Stadium – die Autorin spricht jedoch von vielversprechenden Aussichten für die Aufnahme dieses Aspekts der Pflege für die Ausbildung im Krankenhaus.

Davies und Hodnett (2002) stellen eine Skala zur Messung der Selbstwirksamkeit von Krankenpflegepersonal aus der Geburtshilfe dar. Die Studie beinhaltet zwei Phasen in fünf verschiedenen kanadischen Krankenhäusern. In der ersten Phase wurden die Gütekriterien der Skala überprüft. In der zweiten Phase wurde die Selbstwirksamkeit des Personals in der geburtshilflichen Situation gemessen. Für zukünftige Studien wird angekündigt, den Fokus mehr auf einzelne Aspekte (Organisation der Arbeitsabläufe, Teamarbeit, usw.) dieses Berufszweiges zu richten.

McConville und Lane hatten 2006 in ihrer Studie "Using Online Videoclips to Enhance Self-Efficacy toward Dealing with Difficult Situations among Nursing Students" zwei Intentionen: Die Herstellung von Videomaterial zur Anwendung in der Ausbildung von Krankenpflegepersonal. Diese Lehrvideos zeigten beispielhaft Verhaltensweisen, wie man mit außergewöhnlich schwierigen Patientengruppen oder Situationen umgehen kann. Im Rahmen dieser Videointervention wurde in einem zweiten Schritt die Veränderung der Selbstwirksamkeit zu zwei Zeitpunkten (vor und nach der Intervention) gemessen.

Harvey und McMurray (1994) entwickelten eine akademische und eine klinische Skala zur Selbstwirksamkeit in der Krankenpflege. Ihr Anwendungsbereich war die Identifizierung von Problemen im Werdegang der Krankenpflegeschüler. Hierfür wurden Aspekte der Ausbildung/ des Studiums aufgegriffen und in die Skala eingearbeitet. Als Ergebnis zeigte sich ein voraussagbarer Zusammenhang zwischen der allgemeinen und der akademischen Selbstwirksamkeit auf der einen Seite und dem Ausscheiden aus dem Studium auf der anderen Seite. Für die klinische Selbstwirksamkeit konnte kein voraussagbarer Wert nachgewiesen werden. Bei der Frage nach der unterschiedlichen Ausprägung von Selbstwirksamkeit zwischen Studenten und Studentinnen konnte kein Unterschied festgestellt werden.

Dilorio und Price (2001) erarbeiteten ein Instrument zur Messung der selbstwahrgenommenen klinischen Selbstwirksamkeit bei Krankenschwestern. Da die Skala im Rahmen einer neurowissenschaftlichen Weiterbildung angewandt wurde, fanden neurowissenschaftliche Aspekte Beachtung. Es wurden 54 Personen im Laufe von 10 Jahren beobachtet – die Dauer der einzelnen Weiterbildung lag zwischen sechs und zehn Monaten. Die beiden Messzeitpunkte befanden sich zu Beginn und zum Ende dieser Zeit. Das Ergebnis stellte dar, dass neurowissenschaftliches Fachwissen das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bestärkt. Weiter konnten Ergebnisse dazu genutzt werden, das Weiterbildungsprogramm zu verbessern und auszubauen.

Shellman (2006) beschreibt die Entwicklung und Evaluation einer 28-Item-Skala, genannt ECSES: Eldercare Cultural Self-Efficacy Scale. Den Rahmen bildete wieder Banduras (1977, 1997) Selbstwirksamkeitstheorie. Ziel war die Erfassung des Vertrauens in die eigene Fähigkeit, kompetent mit älteren Patienten aus unterschiedlichen Kulturkreisen zu arbeiten. Zielpersonen waren Studenten der Krankenpflege, die Stichprobe umfasste 248 Personen.

Auf der Suche nach einem geeigneten Messinstrument zur Beurteilung des Selbstvertrauens des Nutzers nach Einführung eines neuen Informations- und Nachrichtensystems im Krankenhaus haben sich Dillon, Lending, Crews und Blankenship (2003) mit dem Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die individuelle Akzeptanz der neuen Technologie befasst. Die Teilnehmer (Krankenpflegepersonal) erhielten diverse Einarbeitungs- und Trainingsmaßnahmen. Arbeitsabläufe mussten neu organisiert, für die weitere kontinuierliche Patientenversorgung musste gesorgt werden. Kurz nach der Einführung des neuen Systems am Arbeitsplatz wurde die Selbstwirksamkeit der teilnehmenden Personen bezüglich ihrer Sicherheit im Umgang damit gemessen. Ziel war es, frühzeitig Maßnahmen ergreifen zu können, um Einarbeitungsstrategien zu verbessern und zu verändern, damit Probleme im Umgang mit dem neuen System frühzeitig aufgedeckt werden können.

Tabelle (1): Selbstwirksamkeit in der Pflege, Studien aus dem englischsprachigen Raum

Autor	Jahr	Titel	Skala/ Subskalen	Reliabilität	Korrelate/ Validität	Bemerkung	Konstruktion
Bernal, Froman	1993	Influences on the cultural self-efficacy of community health nurses	Cultural Self-Efficacy Scale (<u>SCES</u>)	Study 1 (1987): Total-item-CSES, $\alpha=.97$; Study 2 (1997): $\alpha=.89$		Study 1(1987): n = 190; ursprüngliche SCES entwickelt 1987, Bernal & Froman; Study 2 (1997): n = 206	
Craven, Froman	1993	Development of a pediatric skill self-efficacy scale	<u>47-item</u> Pediatric Skill Survey (<u>PSS</u>)	Study 1: Total-item PSS, $\alpha=.98$	PSS \leftrightarrow knowledge, attitude	Study 1: n = 93 Study 2: n = 125	Entwickelt von 10 Experten.
Murphy, Kraft	1993	Development and validation of the perinatal nursing self-efficacy scale	<u>24-item</u> Perinatal Nursing Self-Efficacy Scale (<u>PNSE</u>)	<u>Factor</u> (1) (Labor/Delivery/Recovery Nursing Knowledge and Skills=LDSE) $\alpha=.97$; <u>Factor</u> (2) (Postpartum/Teaching/ Support=PTSE) $\alpha=.90$; <u>Factor</u> (3) (Technical Postpartum Skills (TPSE) $\alpha=.95$	Factor (1) loadings ranging from .59-.95; Factor (2) .50-.85; Factor (3) .41-.91		Zu Beginn ein Entwurf aus 36 Items, gewonnen aus NAACOG (1986) und NAACOG (1988), geprüft von 6 Experten. Über eine 27-Items-Version zur bereinigten Endversion, bestehend aus 24 Items.
Harvey, McMurray	1994	Self-efficacy: A means of identifying problems in nursing education and	(1) <u>NASES</u> (Nursing Academic Self-Efficacy Scale): <u>22 items</u> (2) <u>NCSES</u> (Nursing	(1) NASES $\alpha=.94$, 4 Faktoren; (2) <u>NCSES</u> $\alpha=.96$, 4 Faktoren	NASES \leftrightarrow NCSES .55; Academic Self-Efficacy .47, .43; Self-Efficacy .34,	The 4 Factors of the <u>NASES</u> : Basic nursing constructs, science based areas, interpersonal concerns,	Entwickelt von einem australischen College, 5 lehrende Krankenschwestern, Psychologiestudenten, 150 Kranken-

		career progress	Clinical Self-Efficacy Scale): <u>24 items</u>		.47; General Self-Efficacy .34, .46; Social Self-Efficacy .20, .34; Internal LOC .23, .31; Powerful Others LOC .06, .17; Chance LOC .17, .24; Commitment .16, .26	microbiology; The 4 factors of the <u>NCSES</u> : client treatment skills, interpersonal skills, hygiene skills, technical skills	pflegeschülern, 20 ausgebildete Krankenschwestern
Coates	1997	The caring efficacy skale: Nurses´ self-reports of caring in practice settings	<u>46-Item</u> -Originalversion, reduzierte <u>30-Item</u> Skala (Version A), reduzierte <u>30-Item</u> Skala (Version B), reduzierte <u>12-Item</u> B-Version	Reduced 30-item scale: Form A: $\alpha=.85$; Form B: $\alpha=.88$; 12-item B-version: $\alpha=.84$	Clinical Evaluation Tool (<u>CET</u>): graduates Form A: $r=.34$, Form B: $r=.37$, alumni $r=.30$, independent employer: $r=.46$	Zunehmend verkürzte Versionen, anfänglich 46 Items bis Internet-Kurzversion mit 12 Items, beinhaltet Fremdeinschätzung; $n=107, 3$ Personengruppen werden unterschieden: Baccalaureate, Nursing Doctorate, Master	Anlehnung an Watson's Transpersonal Caring Theory
Jeffreys, Smodlaka	1998	Exploring the factorial	83 Items, 9-Faktor-Struktur der	Total 83-Item TSET: $\alpha=.98$ Faktoren:		s. Studie Marianne R. Jeffreys, 2000. Studie	Transcultural nursing skill items were developed from

		composition of the transcultural self-efficacy tool	Subskalen: (1) recognition, (2) kinship and social factors, (3) professional nursing care, (4) cultural background and identity, (5) lifecycle transitional phenomena, (6) awareness of cultural gap, (7) communication, (8) self-awareness, (9) appreciation	(1) $\alpha=.93$ (2) $\alpha=.95$ (3) $\alpha=.92$ (4) $\alpha=.94$ (5) $\alpha=.93$ (6) $\alpha=.92$ (7) $\alpha=.89$ (8) $\alpha=.87$ (9) $\alpha=.88$		wurde an Studenten/ Schülern durchgeführt.	common themes that emerged in the literature and categorized under one of the three subscales.
Jeffreys	2000	Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool (TSET) : A synthesis of findings	<u>13-items-version</u> : cognitive subscale (5 items), practical subscale (6 items), affektive subscale (2 items); <u>83-items-version</u> : cognitive subscale (25 items), practical subscale (30 items), affektive	<u>83-items-version</u> : TSET-6 $\alpha=.97$; TSET-10 $\alpha=.98$; subscales $\alpha=.90-.98$; test-retest after 2 weeks $\alpha=.63-.84$; <u>all studies together</u> $\alpha=.92-.98$ for the TSET subscale and total instrument	In Study 2 the items correlated between $r =.30$ and $r =.70$. The subscales intercorrelations ranged from $r =.53$, $.62$ and $r =.68$	Study 1 : $n = 357$; Study 2 : $n = 1.260$; Study 3 : $n = 566$; Study 4 : $n = 51$; Befragte Personen waren noch in Ausbildung, verschiedene Levels (1. Semester bis 4. Semester)	Transcultural nursing skill items were developed from common themes that emerged in the literature and categorized under one of the three subscales.

subscale (28 items)						
Dilorio, Price	2001	Description and use of the neuroscience nursing self-efficacy scale	General skills, consciousness, mentation, communication, protective mechanisms, mobility, elimination, nutrition, sensation, psychosocial function		Interventionsstudie mit Prä- und Post-Messungen	Identifikation der Fähigkeiten / Kenntnisse aus der Literatur, ergänzt durch Autoren und Pflegepersonal; rationale Bildung von Kategorien
Davies, Hodnett	2002	Labor support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation	Skala: Nurses' self-efficacy for labor support	1. Phase: Labor support scale: $\alpha = .98$	1. Phase: Entwicklung der Skala "Nurses' self-efficacy for labor support", 2. Phase: Eigentliche Befragung	Ursprüngliche, 14-Items-Skala wurde aus der 1) "Perinatal nursing efficacy scale" (Murphy & Kraft, 1996), zusammen mit 2) Informationen aus der Literatur und 3) Erkenntnissen aus früheren Forschungen, entwickelt.
Dillon, Lending, Crews, Blankenship	2003	Nursing self-efficacy of an integrated clinical	<u>30 Items</u> insgesamt	Subscales: (4) $\alpha = .96$ (5) $\alpha = .93$	Faktoren: (1) Demographics (2) Self-reported computer use	

		and administrative information system			(3) Self-assessed computer expertise (4) Attitudes (5) Self-efficacy toward the new information system (10 items); n = 139	
McConville, Lane	2006	Using online videoclips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students	A <u>6-item</u> self-efficacy toward nursing scale.			2 Messzeitpunkte, vor und nach einer Video-Clip-Intervention.
Shellman	2006	Development and psychometric evaluation of the eldercare cultural self-efficacy scale	<u>ECSES</u> (Eldercare Cultural Self-Efficacy Scale, <u>28-Item</u> -Version; 4 Subskalen: (1) Assessing lifestyle and social patterns, (2) determining cultural health practices, (3) determining	Subskalen: (1) $\alpha= 0.92$ (2) $\alpha= 0.88$ (3) $\alpha= 0.83$ (4) $\alpha= 0.85$	Die 4 wichtigsten ethnischen / kulturell verschiedenen Gruppen: (A) African-American (B) Latino/ Hispanic (C) Asian (D) White	Ursprüngliche Skala bestand aus 38 Items, erarbeitet aus der Krankenpflege-Literatur und der Mitarbeit von erfahrenem gerontologischem Pflegepersonal; Weiterentwicklung der „Cultural Self-Efficacy Scale“ (CSES), Bernal & Froman, 1987, 1997 (s.o.)

cultural beliefs,
(4) dealing with the
grief and losses of
aging

Abschließend kann man Folgendes festhalten: Im Laufe der nun schon Jahrzehnte dauernden Forschung über Selbstwirksamkeit wurde der allgemeine Aspekt berücksichtigt: Allgemeine, kollektive oder emotionale Selbstwirksamkeit, um drei Beispiele zu nennen, decken große Felder ab. Instrumente aus diesen Bereichen existieren schon länger, wurden oft eingesetzt und erlangten in der Praxis eine gewisse Bedeutung.

Der Einfluss der Selbstwirksamkeit als personale Ressource auf Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens wurde (auch in dieser Arbeit) mehrfach erläutert. In diesem Kapitel wurde eine Reihe von Skalen aus dem Umfeld der Krankenpflege aufgezeigt. Diese Skalen sind sehr speziell, es werden Aspekte wie kultureller Hintergrund der Pflegenden und der Patienten mit eingebracht (z.B. Bernal & Froman, 1993), es wird Augenmerk auf die geburtshilfliche Situation gerichtet (z.B. Davies & Hodnett, 2002) oder auf die Einführung von technischen Errungenschaften in der Ausbildung (Videomaterial, McConville und Lane, 2006) oder am Arbeitsplatz (Einführung eines neuen Nachrichten- und Informationssystems, Dillon et al., 2003). Die dargestellten Skalen sind zwar entwickelt, aber nicht oft angewendet worden. Außerdem gehen die Skalen selten auf den direkten Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das gesundheitliche Wohlergehen der Personen, ein sondern beschäftigen sich eher mit Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten am Arbeitsplatz. Dies gilt vor allem für die dargestellten Studien aus dem Pflegebereich.

Möchte man die Selbstwirksamkeitserwartungen von Krankenpflegekräften unter die Lupe nehmen, bietet sich folgendes Vorgehen an: Krankenpflegekräfte arbeiten an verschiedenen Orten, meistens ambulant (z.B. in der häuslichen Pflege) oder stationär im Krankenhaus. Hiermit sind zwei Blickfelder skizziert, wovon in der Literatur nur wenig berichtet wird. Um diese Lücke zu füllen, sozusagen einen Bereich zwischen allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen und den oben genannten speziellen Gebieten, befasst sich die hier vorliegende Arbeit mit der Krankenpflege der stationär tätigen Krankenschwestern und Pfleger. Durch die Gratwanderung zwischen

sehr allgemeiner und sehr spezieller Formulierung besteht die Hoffnung, ein Instrument zu finden, welches im Laufe der Zeit großflächig angewendet werden kann, und dass der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das psychische und körperliche Wohlergehen der Arbeitnehmer fester Bestandteil des krankenhäuslichen Arbeitsumfeldes wird.

4 Zielsetzung

In der hier vorliegenden Arbeit soll eine Skala zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen als grundlegende Ressource zur Vermeidung von Burnout bei Pflegepersonal entwickelt werden. Hierbei stehen die Erstellung und die Reliabilität des Messinstrumentes im Vordergrund. Fragen der Validität (z.B. die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Gesundheit) bleiben nachfolgenden Arbeiten überlassen.

Bei der Entwicklung wurden Banduras Selbstwirksamkeitstheorie zugrunde gelegt und Elemente, welche das Wesen von Stress behandeln, in der Itemformulierung mit aufgenommen (vgl. 2.5). Dieses Instrument sollte bei Pflegepersonal aus allen medizinischen Bereichen anwendbar sein, eine stabile Faktorenstruktur beinhalten und die Testkriterien erfüllen. Es könnte als Ausgangspunkt für Präventions- und Interventionsmaßnahmen genutzt werden, um die Arbeitssituation auf breiter Ebene zu optimieren. Bestünde eine Skala, könnte man Defizite bei stationär tätigem Pflegepersonal objektiv messen – und als Folgerung daraus Ergebnisse erarbeiten: Wo liegt das Defizit? Wie gehen die Arbeitnehmer mit belastenden Situationen um? Oder gibt es Pflegepersonal in bestimmten Fachbereichen, welche deutlich weniger Selbstwirksamkeit aufweisen als in anderen Bereichen? Damit wäre ein erster und großer Schritt getan, um Trainings- und Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln. Schmitz (2008), eine zunächst wissenschaftlich orientierte Psychologin, ist heute hauptsächlich Trainerin mit den Schwerpunkten Persönlichkeitsentwicklung, Motivation und Kommunikation. Im Einzel- oder Gruppentraining wird versucht, Handlungskompetenzen zu erhöhen, um gute Voraussetzungen für erfolgreiches Handeln zu schaffen. Schmitz unterscheidet zwei Bereiche: Die Steigerung der allgemeinen und der spezifischen Selbstwirksamkeit. In den angebotenen Seminaren werden Fallbeispiele besprochen und sorgfältig vorbereitete Rollenspiele bieten die Möglichkeit, direkten Erfolg zu erfahren.

Interventionsmöglichkeiten wären natürlich besonders sinnvoll und nachhaltig, bevor eine Erkrankung auftritt. So könnten Krankenpflegekräfte ihr Engagement ohne Selbstgefährdung einsetzen und über lange Zeit erhalten.

Folgendes muss an dieser Stelle in aller Deutlichkeit ausgesprochen werden: Viele Aspekte im Arbeitsalltag können Erkrankungen auslösen. In der hier erarbeiteten Skala liegt der Fokus auf der Person des Arbeitnehmers – als Individuum in seiner ganz persönlichen Lebenssituation beziehungsweise die Gruppe von Individuen in einer bestimmten Organisation. Damit wird aber nicht ausgeschlossen, dass jeder Arbeitsplatz in seiner Umgebung potentiell krankmachende Aspekte beinhaltet, beispielsweise strukturelle Stressoren im Hinblick auf die Arbeitsaufgaben und -organisation oder soziale Stressoren im Umgang mit Kollegen oder Vorgesetzten (Zapf & Semmer, 2004). Diese vielfältigen äußeren Faktoren dürfen in der Betrachtung der Arbeitsplatzsituation des Einzelnen nicht vernachlässigt werden – sind aber nicht Thema dieser Arbeit.

5 Methode

5.1 Instrumentarium des Fragebogens zu Arbeit und Gesundheit in der Pflege

Aufgrund bisheriger Überlegungen vor dem Hintergrund der nötigen semantischen Struktur wurden mit Unterstützung mehrerer Krankenpflegekräfte aus Praxis, Wissenschaft und Forschung 36 Items zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal entwickelt. Es wurden Barrieren und Belastungen in die Items hinein konstruiert (vgl. Kap. 3.2.2). Die Daten wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten bis Januar 2007 erhoben. Es nahmen stationär tätige Krankenschwestern und Pfleger aus über zehn Kliniken im Großraum Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen teil. Die Studie wurde betreut vom Institut für medizinische Psychologie der Philipps-Universität Marburg. Die wissenschaftliche Begleitung lag bei Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler (Philipps-Universität Marburg).

Der Fragebogen enthält 36 verschiedene Aussagen zur Selbstwirksamkeit in der Pflege. Die Probanden wurden instruiert, zu jeder Aussage das Ausmaß ihrer Zustimmung anzugeben. Die Instruktion lautete: „Nachdem sie eine Auswahl möglicher Belastungsfaktoren in ihrer Schwere eingeschätzt haben, möchten wir gerne erfahren, wie Sie Ihrer Einschätzung nach mit verschiedenen Schwierigkeiten und Barrieren zurechtkommen. Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?“ Die Antworten konnten auf einer vierstufigen Skala von 1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt genau“ abgestuft werden.

Tabelle (2): Itemformulierung, Skala berufliche Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege, 36 Items

	Itemformulierung
sw_b01	Im Umgang mit unsympathischen Patienten oder Angehörigen kann ich meine Ruhe und Gelassenheit bewahren.
sw_b02	Da ich bei meiner Arbeit motiviert bin, kann ich die Sorgen und Ängste eines Patienten gut wahrnehmen.
sw_b03	Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen eines Patienten gut nachempfinden.
sw_b04	Zwischen den beiden Ansprüchen hoher Pflegequalität und begrenzter Zeit finde ich einen guten Kompromiss.
sw_b05	Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen), finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.
sw_b06	Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiterzumachen.
sw_b07	Wenn mich die Arbeit überfordert, bin ich in der Lage, sie rechtzeitig an Andere abzugeben oder sie abzulehnen.
sw_b08	Selbst Patienten, die wenig kooperieren, kann ich zur Mitarbeit motivieren.
sw_b09	Da ich nicht gut „nein“ sagen kann, kommt es oft dazu, dass mir die Arbeit viel zu viel wird.
sw_b10	Sofern kein Notfall vorliegt und ich etwas erledigen möchte, finde ich Mittel und Wege, meine Arbeit gegen ablenkende Unterbrechungen abzuschirmen.
sw_b11	Gibt es sehr viel zu tun, gerate ich leicht in Aufregung und Gehetze.
sw_b12	Ich kann Arbeitsabläufe so organisieren, dass ich sie gut bewältigen kann.
sw_b13	Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann.
sw_b14	Auch wenn es Konflikte im Team gibt, bin ich in der Lage, diese auszuhalten und meine Arbeit so gut wie sonst üblich zu machen.
sw_b15	Ich finde Mittel und Wege, belastende Situationen in der Pflege sterbender Menschen zu verarbeiten.
sw_b16	Auch wenn Andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben.
sw_b17	Ich kann fachlich gut arbeiten, obwohl ich unter Zeitdruck stehe.
sw_b18	Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann.
sw_b19	Ich kann zur Lösung von Konflikten im Team beitragen, da es mir gelingt, diese offen und entschärfend anzusprechen.

sw_b20	Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen.
sw_b21	Auch wenn es mal drunter und drüber geht, halte ich Pausen ein und kann mich in diesen gut erholen.
sw_b22	Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit meiner Arbeit aus dem Auge.
sw_b23	Es bringt mich nicht lange aus dem Gleichgewicht, wenn ich mich nach außen freundlich zeigen muss, mich aber innerlich nicht so fühle.
sw_b24	Wenn mich jemand bei meiner Arbeit unterbricht, bin ich in der Lage, weniger wichtige Anliegen höflich und bestimmt auf einen passenderen Zeitpunkt zu verlegen.
sw_b25	Selbst wenn es beim Patienten zu Komplikationen kommt, verfüge ich über Wissen und Fähigkeiten, angemessene Pflegemaßnahmen einzuleiten.
sw_b26	Auch im Umgang mit todkranken Patienten kann ich verständnisvoll und entgegenkommend sein.
sw_b27	Ich kann es beeinflussen, interessante Arbeiten zu bekommen, selbst wenn diese auch bei anderen beliebt sind.
sw_b28	Selbst bei schwierigen Patienten oder Angehörigen finde ich Mittel und Wege, sie für die Mitarbeit zu gewinnen.
sw_b29	Wenn es meine Rolle als Pflegekraft verlangt, Gefühle zu zeigen, die nicht meinem inneren Zustand entsprechen, belastet mich dies nicht lange.
sw_b30	Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit.
sw_b31	Wenn es im Team Spannungen gibt, gelingt es mir gut, etwas zur Entspannung beizutragen.
sw_b32	Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun.
sw_b33	Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten, eine gute Pflege zu gewährleisten.
sw_b34	Auch wenn ich negative Gefühle in meiner Rolle als Pflegekraft nicht zum Ausdruck bringen kann, gewinne ich mein Gleichgewicht trotzdem schnell wieder
sw_b35	Ich kann die Emotionen eines Patienten wahrnehmen, da ich ein gutes Einfühlungsvermögen habe.
sw_b36	Weil ich von der Bedeutsamkeit meiner Arbeit überzeugt bin, kann ich mich auch in anstrengenden Phasen für die Arbeit motivieren.
umcodierte Items	
sw_b09_u	Da ich nicht gut „nein“ sagen kann, kommt es oft dazu, dass mir die Arbeit viel zu viel wird.
sw_b11_u	Gibt es sehr viel zu tun, gerate ich leicht in Aufregung und Gehetze.

Anmerkung: Antworten vierstufig von 1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt genau“

5.2 Stichprobenbeschreibung

An der Fragebogen-Studie nahmen $N = 209$ Krankenpflegekräfte aus der stationären Pflege teil (79% Frauen, 20% Männer), welche hauptsächlich über persönliche Ansprache rekrutiert wurden. Einige Teilnehmer ergaben sich aus dem Freundes- oder Arbeitskreis schon angeworbener Teilnehmer. Diese wurden nicht persönlich, sondern mittels einer kurzen schriftlichen Beilage um Mitarbeit gebeten und über das Ziel der Studie aufgeklärt. Die Bearbeitungszeit eines Fragebogens betrug etwa 30 Minuten. Die Rücksendung zum Institut erfolgte in einem Umschlag ohne Angabe des Absenders. Die Auswertung erfolgte strikt anonym, die Angaben gelangten nicht an Dritte (Kollegen, Vorgesetzte, Behörde, etc.). Rückschlüsse auf die teilnehmenden Personen waren und sind nicht möglich. Von der Teilnahme ausgeschlossen waren nicht-examinierte Aushilfen, Krankenpflegehelfer (mit 1-jähriger Ausbildung) sowie studentische Aushilfen ohne Examen. Die Teilnehmer wurden angehalten, die Bögen in ihrer Freizeit auszufüllen, um Konflikten am Arbeitsplatz vorzubeugen. Die Befragten waren im Alter von 17 bis 57 Jahren (Mittelwert = 31.78 Jahre, $SD = 9.93$). Die Orte der Befragung waren weit gestreut innerhalb der vier Bundesländer Hessen, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Die Mehrheit der Personen lebte in einer festen Partnerschaft oder war verheiratet (53%), weitere 41% waren ledig und 6% geschieden bzw. getrennt lebend. 33% der Befragten gaben an, Kinder zu haben, die Mehrzahl davon (39%) hatte ein einzelnes Kind. Im Mittel arbeiteten die Befragten 11.3 Jahre in ihrem Beruf (Werte von 1 bis 36 Jahren, $SD = 9.42$), hatten einen Verantwortungsbereich zwischen 1 bis 90 Patienten (Mittelwert = 20.12 Patienten, $SD = 11.14$) und arbeiteten in Zusammenarbeit mit 1 bis 50 Kollegen (Mittelwert = 16.6 Kollegen, $SD = 8.78$). 78% waren mit einer vollen Stelle beschäftigt, dies bedeutet eine Stundenzahl zwischen 32 und 44 Wochenarbeitsstunden, 20% in Teilzeit, hier zwischen 10 und 36.6 Wochenarbeitsstunden. In der gesamten Stichprobe gaben etwa 5% der Teilnehmer an, mehr als 20 Überstunden pro Woche zu leisten. 74% arbeiteten in einem Angestelltenverhältnis, 9% mit Zeitvertrag, 2% als (examinierte) Aushilfe und 14% auf Honorarbasis. Die zugehörigen Tabellen (1)-(13) befinden

sich im Anhang I. Fehlende Prozente zu 100% ergeben sich aus fehlenden Angaben.

Tabelle (3): Sozialdemographische Angaben

Alter	Mindestalter	Maximales Alter	
	17	57	
Häufigkeit (Prozent (%))			
Geschlecht	Männlich	Weiblich	
	42 (20.1)	165 (78.9)	
Familienstand	Ledig	Mit Partner lebend/ verheiratet	Geschieden/ getrennt lebend
	85 (40.7)	111 (53.1)	12 (5.7)
Art der Anstellung	Vollzeit	Teilzeit	
	162 (77.5)	42 (20.1)	
Ausbildungsstand	Examiniert	In Ausbildung	
	178 (85.2)	30 (14.4)	

5.3 Rücklauf

Der Rücklauf betrug etwa 25%. Da nicht jeder Fragebogen persönlich überreicht wurde sondern manche Bögen auf Stationen auslagen ist nicht nachvollziehbar, warum manche nicht bearbeitet oder nicht zurückgesendet wurden. Nach den Erfahrungen von verschiedenen Burnout-Forschern sind zwar viele Personen, die völlig ausgebrannt sind, nicht mehr bereit, an Fragebogenstudien teilzunehmen (Aries & Zuppinger, 1999). Für diese Studie kann aber aus dem Rücklauf keine Aussage über die Teilnahmebereitschaft getroffen werden.

5.4 Verwendete statistische Verfahren

5.4.1 Faktorenanalysen

„Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, das eine größere Anzahl von Variablen anhand der angegebenen Fälle auf eine kleinere Anzahl unabhängiger

Einflussgrößen, Faktoren genannt, zurückführt. Dabei werden diejenigen Variablen, die untereinander stark korrelieren (in Wechselwirkung zueinander stehen), zu einem Faktor zusammengefasst. Variablen aus verschiedenen Faktoren korrelieren untereinander gering. Ziel der Faktorenanalyse ist es also, solche Faktoren zu ermitteln, welche die beobachteten Zusammenhänge zwischen den gegebenen Variablen möglichst vollständig erklären.“ (Bühl & Zöfel, 2000, S.451) Die Variable ist ein Begriff aus der Statistik und bedeutet Merkmal oder Item, also eine Aufgabe oder Frage in einem psychologischen Test (Schlittgen, 2000).

Die Faktorenanalyse wurde 1904 erstmals von dem Psychologen Spearman für die Auswertung seiner Intelligenztests angewendet. Spearman ist davon ausgegangen, dass Menschen eine allgemeine (Faktor X) und eine aufgabenspezifische (Faktor Y) Intelligenz besitzen. Anders ausgedrückt bedeutet Spearmans Annahme, dass sich die Gesamtvarianz des Merkmals Intelligenz in zwei voneinander unabhängige Teilvarianzen (allgemeine und aufgabenorientierte Intelligenz) unterteilen lässt. Die Varianz ist ein Maß dafür, wie stark eine Messgröße (Intelligenz) streut. Die beiden Teilbereiche der Intelligenz sind zwar nicht direkt messbar, mit Hilfe der Faktorenanalyse ist es allerdings möglich, Aspekte herauszufinden, welche im Zusammenhang mit den beiden Teilbereichen stehen. Jeder dieser Aspekte, in Fragen (Items) formuliert und bei einer bestimmten Anzahl von Probanden erfasst, wird dann darauf untersucht, ob tatsächlich Zusammenhänge bestehen (Spearman). Im Anschluss an Spearmans Faktorenanalysen führte J.C. Maxwell Garnett die Verallgemeinerung auf eine Analyse mit mehreren Faktoren ein (Steiger, 1979).

Die Faktorenanalyse ist ein umfassend einsetzbares Hilfsmittel, um von den sichtbaren Erscheinungen auf die diesen Erscheinungen zugrunde liegenden unsichtbaren Motive zu schließen. So ist beispielsweise ein Konstrukt wie "Intelligenz" nicht messbar, wird aber als Ursache bestimmter Handlungsweisen angesehen. Typische Anwendungen der Faktorenanalyse finden sich in der Psychologie und Soziologie. Zum Beispiel kann man aus einem

Persönlichkeitstest, bei dem Probanden einen Fragebogen mit etwa 60 Fragen ausfüllen, eine bestimmte Anzahl Faktoren bestimmen (die sich hinter diesen Fragen verbergen) und dann interpretieren.

5.4.1.1 Screeplot und „Eigenwert>1“

Nachdem man sich für eine Methode der Faktorenanalyse entschieden hat ergibt sich folgende Frage: Wie viele Faktoren benötige ich, um eine bestimmte Anzahl von Items zu beschreiben? Um diese Frage zu beantworten stehen verschiedene statistische Methoden zur Verfügung, die beiden bekanntesten sind der Scree-Test und das Kriterium „Eigenwert>1“. Der Scree-Test ist ein graphischer Test: Die Eigenwerte der möglichen Faktoren werden in einem Diagramm in absteigender Reihenfolge angeordnet und mit einer Linie verbunden. An der Stelle mit der größten Differenz zwischen zwei Eigenwerten ergibt sich ein Knick (der so genannte „Ellenbogen“). Die Punkte links des Knicks bestimmen die Anzahl der extrahierenden Faktoren. Die Faktoren rechts des Knicks werden als „Geröll“ (scree) bezeichnet und tragen nicht zur Modellerklärung bei. Die Bezeichnung hat ihren Ursprung darin, dass der Screeplot eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Geländeprofil in Hanglage aufweist: Dort, wo die Steilheit des Hangs endet und das Geröll und der Schutt beginnen endet übereinstimmend auch die Extraktion der Faktoren. Wenn die Differenzen zwischen den Eigenwerten nur gering ausfallen liefert das Verfahren nicht immer eine eindeutige Lösung. Eine subjektive Entscheidung des Statistikers ist dann nicht zu umgehen (Reinboth, 2006).

„Eigenwert>1“ ist ein Verfahren, in dem die Eigenwerte in absteigender Reihenfolge sortiert werden. Es werden so viele Faktoren extrahiert, wie Eigenwerte mit einem Wert größer als eins vorliegen (Bühl & Zöfel, 2000). Interessierte werden auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen.

5.4.1.2 Rotationsverfahren

Es werden verschiedene Rotationstechniken angewandt um eine bessere Zuordnung der Items zu den Faktoren zu erhalten. Durch Rotation ist es möglich, unkorrelierte (unabhängige) oder korrelierte (zusammenhängende)

Faktoren zu erzeugen (Bühner, 2006). Die Auswahl des jeweiligen Verfahrens richtet sich nach theoretischen Überlegungen und erfordert gute Fachkenntnis. Die korrelierte Rotation bietet sich beispielsweise an, wenn große Zusammenhänge innerhalb der Faktoren der analysierten Daten angenommen werden.

5.4.2 Reliabilitätsanalysen

Nach der Faktorenanalyse, welche eine gewisse Anzahl von Informationen gemäß ihrer internen Zusammenhänge soweit reduziert hat, dass eine charakteristische Beschreibung von Variablen-Gruppen möglich ist, folgt nun die Reliabilitätsanalyse. Sie wird dazu benutzt, um die Zuverlässigkeit der zuvor gefundenen Lösung zu überprüfen: „Die Reliabilitätsanalyse (...) beschäftigt sich mit der Zusammenstellung von einzelnen Items (...) zu einem Test. Sie prüft nach verschiedenen Kriterien, welche Einzelaufgaben sich für den Gesamtest als brauchbar und welche als unbrauchbar erweisen. Zu diesem Zweck bietet man einer Stichprobe von Probanden eine Testform mit allen zur Verfügung stehenden Aufgaben an und führt anschließend eine Aufgabenanalyse durch. Anhand dieser Analyse scheidet man unbrauchbare Aufgaben aus und stellt die übrigbleibenden zur Testendform zusammen. Dabei wird hier ein Test nicht als statistisches Prüfverfahren verstanden (...), sondern als ein Verfahren zur Untersuchung eines Persönlichkeitsmerkmals.“ (Bühl & Zöfel, 2000, S.501)

5.4.2.1 Cronbachs Alpha

Eingeführt wurde die in der Überschrift genannte Bezeichnung von Cronbach (1951). Sie ist eine statistische Maßzahl, welche feststellt, inwieweit eine Reihe von Variablen untereinander korrelieren, d.h. auf eine gemeinsame dahinterliegende latente Variable zurückzuführen sind. Das bedeutet: Messen verschiedene Items im Grunde das Gleiche? Geht man davon aus, dass eine Variable hinsichtlich einer bestimmten Anzahl von Items untersucht wurde, dann ist Cronbachs Alpha definiert als die durchschnittliche Korrelation (Beziehung) zwischen diesen Items. Sie wird auch als Maß der internen Konsistenz (Homogenität) einer Skala bezeichnet (Cronbach) und angewendet,

um die Reliabilität eines psychometrischen Instruments zu bestimmen – hauptsächlich in der Psychologie und in den Sozialwissenschaften zur Testkonstruktion und -evaluation. Cronbachs Alpha kann zwar Werte zwischen minus unendlich und eins annehmen – sinnvoll zu interpretieren sind allerdings nur positive Werte. Als Faustregel sollte ein Wert von mindestens 0,7 erreicht werden, um ein psychometrisches Instrument verwenden zu können (Cronbach). Diese Faustregel ist nicht einfach zu befolgen, denn die Reliabilität leidet leicht zuungunsten der Bandbreite einer Skala (Sponzel, 2008). Das bedeutet folgendes: Cronbachs Alpha ist eine Maßzahl für die Homogenität (und somit Präzision) einer Skala. Inhaltlich versucht der Verfasser einer Skala aber natürlich, eine möglichst breite Palette an Fragen anzubieten, um möglichst viele verschiedene Informationen zu erhalten – das bedeutet Inhomogenität. Ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Aspekten, ausreichender Reliabilität und inhaltlicher Heterogenität, zu schaffen, ist ein schwieriges Unterfangen.

6 Ergebnisse

Die Antwortmöglichkeiten der 36 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal wurden, bis auf eine Ausnahme (sw_b35), von eins bis vier voll ausgeschöpft. Mit zwei Ausnahmen (sw_b09, sw_b11) waren alle Items positiv gepolt, die beiden gerade benannten wurden umgepolt (sw_b09_u, sw_b11_u). Die Mittelwerte lagen zwischen 2.03 und 3.41, die Standardabweichung zwischen 0.51 und 0.83. Fehlende Werte lagen zwischen 1 und maximal 7 (sw_b33), die Schiefe zwischen -0.66 und 0.40 bei einem Standardfehler der Schiefe von 0.17 , Kurtosis zwischen -0.60 und 1.38 bei einem Standardfehler der Kurtosis von 0.34 . Die Inspektion dieser Kennwerte macht deutlich, dass nicht alle Items der Skala normalverteilt sind. Mit Ausnahme der Items sw_b12, 19 und 21 waren alle Items rechtssteil, sw_b29 weist eine symmetrische Verteilung auf (vgl. Tabelle (14), Anhang I).

Tabelle (4): Deskriptive Statistik, Skala berufliche Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege, 36 Items

Item	N	Mittelwert	Standardabweichung	Anzahl der fehlenden Werte	Häufigkeiten/ %				Gesamt %
					„1“ stimmt nicht	„2“ stimmt kaum	„3“ stimmt eher	„4“ stimmt genau	
sw_b01	208	3.06	0.68	1	1.9	14.4	58.9	24.4	99.5
sw_b02	206	3.24	0.57	3	0.5	5.3	62.7	30.1	98.6
sw_b03	208	3.25	0.57	1	0.5	5.3	62.2	31.6	99.5
sw_b04	208	2.58	0.74	1	7.2	35.4	48.8	8.1	99.5
sw_b05	208	2.72	0.70	1	3.3	32.1	53.1	11.0	99.5
sw_b06	208	2.92	0.72	1	2.9	21.1	56.5	19.1	99.5
sw_b07	207	2.54	0.81	2	10.0	35.4	43.5	10.0	99.0
sw_b08	207	2.86	0.56	2	1.0	20.6	68.9	8.6	99.0
sw_b09	207	2.55	0.86	2	1.5	34.0	41.1	12.4	99.0
sw_b10	205	2.72	0.73	4	5.3	27.8	54.1	11.0	98.1
sw_b11	208	2.68	0.83	1	7.7	32.5	43.5	15.8	99.5

Item	N	Mittelwert	Standardabweichung	Anzahl der fehlenden Werte	Häufigkeiten/ %				Gesamt %
					„1“ stimmt nicht	„2“ stimmt kaum	„3“ stimmt eher	„4“ stimmt genau	
sw_b12	206	3.18	0.51	3	0.5	3.8	71.3	23.0	98.6
sw_b13	207	3.16	0.61	2	1.0	9.1	62.2	26.8	99.0
sw_b14	207	2.97	0.65	2	1.0	19.6	59.8	18.7	99.0
sw_b15	204	3.12	0.62	5	0.5	12.0	60.3	24.9	97.6
sw_b16	207	2.71	0.81	2	5.7	34.0	42.6	16.7	99.0
sw_b17	207	3.14	0.55	2	1.0	5.7	69.9	22.0	99.0
sw_b18	206	2.74	0.76	3	5.7	27.3	51.7	13.4	98.6
sw_b19	206	2.76	0.67	3	1.0	33.0	51.7	12.0	98.6
sw_b20	206	2.79	0.77	3	4.8	27.3	50.2	16.3	98.6
sw_b21	207	2.03	0.83	2	27.8	44.0	22.0	4.3	99.0
sw_b22	206	3.05	0.73	3	2.9	14.8	55.0	25.8	98.6
sw_b23	206	2.86	0.74	3	3.8	23.4	54.1	17.2	98.6
sw_b24	207	3.05	0.70	2	1.9	15.8	56.9	24.4	99.0
sw_b25	206	3.18	0.63	3	1.0	9.1	59.3	29.2	98.6
sw_b26	203	3.41	0.55	6	0.5	0.5	53.1	42.1	97.1
sw_b27	204	2.67	0.74	5	5.3	32.1	49.3	10.5	97.6
sw_b28	206	2.82	0.54	3	1.0	22.0	69.9	5.7	98.6
sw_b29	205	2.70	0.68	4	2.4	34.9	50.7	10.0	98.1
sw_b30	207	2.99	0.62	2	1.0	16.7	64.1	17.2	99.0
sw_b31	206	2.70	0.67	3	3.3	31.3	56.0	8.1	98.6
sw_b32	204	3.07	0.58	5	0.5	11.5	66.0	19.6	97.6
sw_b33	202	3.32	0.59	7	0.5	4.8	55.0	36.4	96.7
sw_b34	206	2.86	0.62	3	2.9	17.7	67.9	10.0	98.6
sw_b35	207	3.22	0.51	2		4.3	68.4	26.3	99.0
sw_b36	207	3.00	0.67	2	1.0	19.1	56.5	21.5	99.0

Anmerkung I: *Fehlende Werte zu 100 % bei den Häufigkeitsangaben ergeben sich aus den fehlenden Werten*

Anmerkung II: *Vollständige Itemformulierung siehe Tabelle (2) im Methodenteil*

6.1 Faktorenanalysen

Ziel dieses Auswertungsschrittes war die Identifikation verschiedener Dimensionen der beruflichen Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal in der stationären Pflege. Dazu wurde eine Serie exploratorischer Faktorenanalysen durchgeführt. Es wurden verschiedene Methoden zur Analyse der Faktorenstruktur und zur Faktorenextraktion angewandt: Zur Aufdeckung der Korrelationen zwischen den Items wurde eine Maximum-Likelihood (ML) - Faktorenanalyse mit orthogonaler Rotation (Varimax) durchgeführt. Maßgabe war, nur Faktoren mit Eigenwerten >1 aufzuführen. Für die orthogonale Rotation entschieden wir uns wegen der angenommenen Unabhängigkeit der Faktoren. Die ML-Methode bot sich an, um anschließende konfirmatorische Analysen (außerhalb dieser Arbeit) zu ermöglichen (vgl. Tabelle (15), Anhang I).

Ein weiteres Kriterium ist der Verlauf der Eigenwerte (vgl. Tabelle (16), Anhang I), wie sie im Screeplot sichtbar werden (vgl. Abbildung (1), Anhang I). Es wird die Anzahl der Faktoren bis zum Knick (von links nach rechts) verwendet. Demnach wäre eine 1-, 4- oder 6-faktorielle Lösung möglich. Auf die Parallelanalyse wurde verzichtet, da der erste Faktor zu stark imponiert (Bühner, 2006, S.211).

Zusammenfassend wäre, nach rein mathematischen Kriterien, eine 4-, 6- oder 9-faktorielle Lösung möglich.

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich dieses Ergebnis robust gegenüber der Rotationsmethode erweist. Die Ergebnisse der dazu durchgeführten Maximum-Likelihood-Analyse mit schiefwinkliger Rotation (Promax, führt zu korrelierten Faktoren) entsprachen den Ergebnissen der ersten Analyse. Die Items luden auf den gleichen Faktoren.

Weitere in der Literatur angebotene Verfahren, wie die Analyse der Hauptachsen (sparsame Repräsentation eines Itemsatzes durch wenige latente

Dimensionen, Bühner, 2006, S.210) oder die Analyse der Hauptkomponenten (mit dem Ziel der Reduktion der Korrelationsmatrix auf wenige Faktoren, Bühner, S.210) zeigten das gleiche Ergebnis: Die 36 Items der beruflichen Selbstwirksamkeit b_sw1 bis b_sw36 enthalten neun Facetten.

Nachfolgend wurde eine Maximum-Likelihood (ML) Faktorenanalyse mit orthogonaler Rotation (Varimax) durchgeführt und dabei die Anzahl der Faktoren auf 4, 6 und 9 limitiert. Zwei Beurteiler untersuchten die Lösungen auf ihre inhaltliche Interpretierbarkeit. Übereinstimmend wurde einzig die 9-faktorielle Lösung als inhaltlich plausibel bewertet. Bei Betrachtung der neun Faktoren konnte man folgende thematischen Bereiche unterscheiden:

- *Emotionale-motivationale Kompetenz & Empathie*
(Beispielitem: „Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen eines Patienten gut nachempfinden.“)
- *Emotionsarbeit*
(Beispielitem: „Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiterzumachen.“)
- *Zielkonflikte/ diffuse Ziele*
(Beispielitem: „Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen), finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.“)
- *Fachkompetenz*
(Beispielitem: „Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun.“)
- *Tod/ Sterben*
(Beispielitem: „Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten, eine gute Pflege zu gewährleisten.“)

- *Kontrolle/ Autonomie*
(Beispielitem: „Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen.“)
- *Arbeitsorganisation/ Selbstmanagement*
(Beispielitem: „Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann.“)
- *Teamklima/ soziale Konflikte*
(Beispielitem: „Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann.“)
- *Selbstwertschätzung*
(Beispielitem: „Auch wenn andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben.“)

Die Ladungen der Items auf ihren jeweiligen Faktoren waren hoch (über .30; Tabelle (15), Anhang I). Eine Ausnahme stellten lediglich zwei Items (sw_b14 und sw_b24) dar.

6.2 Skalenkonstruktion

Ziel dieses Untersuchungsabschnittes war die Auswahl geeigneter Items zur Konstruktion einer Skala ohne Subskalen. Die Herausforderung bestand in der gleichzeitigen Maximierung zweier gegensätzlicher Konstruktionsziele:

1. Zur Sicherung der Eindimensionalität sowie zur Maximierung der Reliabilität ist eine Homogenität der Items notwendig. Dies führt jedoch zu inhaltlich sehr spezifischen Skalen mit schmalem Validitätsbereich.
2. Die Skala hat den Anspruch, möglichst alle inhaltlich relevanten Facetten der beruflichen Selbstwirksamkeit zu erfassen. Mit einer Skala soll dieses Merkmal ökonomisch erfasst werden. Dies führt zu einer Heterogenität der Items mit Einbußen in Eindimensionalität und Reliabilität.

Die Auswahl der Items folgte einem periodisch wiederholenden Prozess. Zunächst wurde ein Item pro Faktor ausgewählt. Dieses sollte möglichst hoch auf dem Faktor laden, ihn also gut repräsentieren. Zudem sollte es möglichst schwer sein und eine hohe Streuung aufweisen. Die Präferenz schwerer Items geschah vor dem Hintergrund, dass Skalen zur Selbstwirksamkeit dazu tendieren, zu leicht zu sein (einen zu hohen Mittelwert aufzuweisen). Inhaltlich sollte es verständlich und relevant sein. Die so ausgewählten Items wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Dadurch konnten Items identifiziert werden, die sich ungünstig auf die Messgenauigkeit auswirken. In diesem Fall wurden sie durch ein anderes Item desselben Faktors ersetzt. Wiederholt wurden Faktorenanalysen durchgeführt, um die Eindimensionalität zu berücksichtigen. Items, die zu gering auf dem ersten unrotierten Faktor luden, wurden ausgetauscht. Faktoren, welche relativ viele Items auf sich vereinigten, trugen mit mehr als nur einem Item zur Skala bei.

sw_b35 wurde wegen geringer Streuung nicht übernommen, 94,7% der Probanden wählten Antwortkategorie „3“ und „4“ (siehe Tabelle (14), Anhang I).

Die mit dem beschriebenen Verfahren ausgewählten Items befinden sich in der folgenden Tabelle (15).

Tabelle (5): Skala berufliche Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege, 13 Items

Item	Thema	Fokus	Mittelwert	Standardabweichung	Trennschärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Kommunalitäten Anfänglich	Extraktion	Ladungen auf 1. unrotierten Faktor
sw_b03 Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen eines Patienten gut nachempfinden.	Emotional-motivationale Kompetenz/ Empathie	Patient	3.25	.57	.37	.82	.21	.19	.42
sw_b05 Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen) finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.	Zielkonflikte/ diffuse Ziele	Selbst	2.72	.70	.55	.80	.40	.48	.62
sw_b06 Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiterzumachen.	Emotionsarbeit	Patient	2.92	.72	.37	.82	.22	.31	.41
sw_b13 Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann.	Arbeitsorganisation/ Selbstmanagement	Selbst	3.16	.61	.44	.81	.24	.28	.50
sw_b16 Auch wenn andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine	Selbstwerteinschätzung	Andere	2.71	.81	.40	.82	.23	.22	.43

Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben.									
sw_b18 Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann.	Teamklima/ soziale Konflikte	Kollegen	2.74	.76	.51	.80	.33	.44	.54
sw_b20 Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen.	Kontrolle/ Autonomie	Selbst	2.79	.77	.49	.81	.29	.29	.55
sw_b22 Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit meiner Arbeit aus dem Auge.	Sinnstiftung	Selbst	3.06	.73	.54	.81	.36	.38	.61
sw_b28 Selbst bei schwierigen Patienten oder Angehörigen finde ich Mittel und Wege, sie für die Mitarbeit zu gewinnen.	Emotional-motivationale Kompetenz/ Empathie	Patient	2.82	.53	.45	.81	.27	.28	.50
sw_b30 Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit.	Arbeitsorganisation/ Selbstmanagement	Selbst	2.99	.62	.56	.80	.42	.60	.63
sw_b31 Wenn es im Team Spannungen gibt, gelingt es mir gut, etwas zur Entspannung beizutragen.	Teamklima/ soziale Konflikte	Kollegen	2.70	.67	.49	.81	.36	.60	.53
sw_b32 Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun.	Fachkompetenz	Selbst	3.07	.58	.41	.81	.27	.31	.45

sw_b33 Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten, eine gute Pflege zu gewährleisten	Tod & Sterben	Patient	3.31	.59	.43	.81	.26	.29	.48
--	---------------	---------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Anmerkung: Auf zwei Stellen hinter dem Komma gerundet.

6.3 Skala berufliche Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal

6.3.1 Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse

Die 13 ausgewählten Items zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal laden hoch auf dem ersten unrotierten Faktor, welcher 32.2% der Varianz erklärt (Tabelle (17), Anhang I). Auch der Screeplot (Abbildung (2), Anhang I) weist deutlich auf die Eindimensionalität der Skala hin. Als weiteres Verfahren zur Ermittlung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren schlägt Bühner (2006, S. 203) den MAP-Test (Minimum-Average-Partial-Test) vor. Wie Anhang I (Tabelle (18)) verdeutlicht, wird hierbei die ein-faktorielle Lösung angenommen.

Die 13-Item-Skala der beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal (N = 209) zeigt eine Reliabilitätsschätzung von Cronbachs Alpha = .82. Die Trennschärfen (korrigierte Item-Gesamtwert-Korrelation) liegen zwischen .37 und .56. Die mittlere Interitemkorrelation beträgt .26. Sie streut von .07 bis .51. Eine ausführliche Tabelle zu den Interitemkorrelationen befindet sich im Anhang (Tabelle (19), Anhang I).

6.3.2 Skalenkennwerte und Häufigkeitsverteilung

Die 13-Item-Skala der beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal (N = 209) zeigt einen Mittelwert von 2.94 bei einer Standardabweichung von .38, (Skalenwerte siehe Tabelle (20), Anhang I). Die Skala weist eine Schiefe von .08 mit einem Standardfehler der Schiefe von .17 auf und kann somit als nicht schief bewertet werden. (Eine Abweichung von der Normalverteilung hinsichtlich der Schiefe würde angenommen, wenn der Wert für die Schiefe mehr als doppelt so groß wie ihr Standardfehler wäre.)

Die Kurtosis des Skalenwertes beträgt .78 bei einem Standardfehler der Kurtosis von .34, d.h. die Skala weicht hinsichtlich ihrer Wölbung von einer Normalverteilung ab und weist einen breiteren Gipfel auf (Kriterium: Der Wert für die Kurtosis ist mehr als doppelt so groß wie ihr Standardfehler).

Folgende Abbildung (5) zeigt die Häufigkeitsverteilung der Skala berufliche

Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal. Zu sehen ist, dass die befragten Personen die Werte von 1,5 bis 4 erreichten. Dies bedeutet, dass die Skala zum Großteil ausgeschöpft wird und zwar nach oben (hohe Selbstwirksamkeitserwartungen) vollständig, nach unten jedoch nicht ganz vollständig.

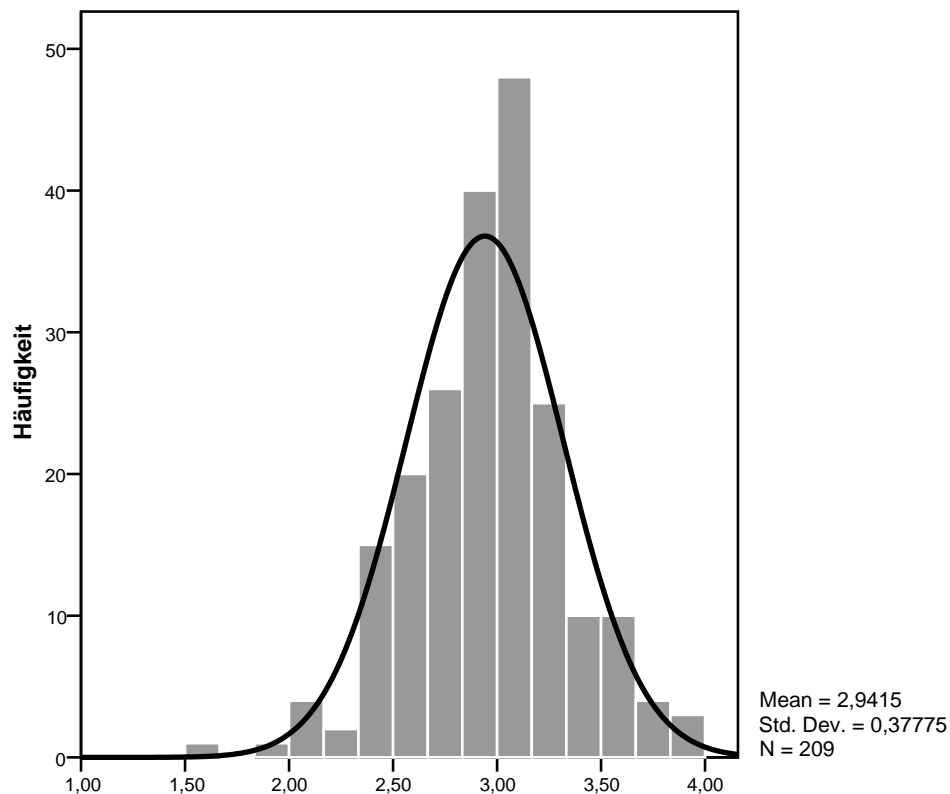


Abbildung (5): Normalwerteverteilung, Skala berufliche Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege, 13 Items

Abbildung (3) im Anhang I zeigt einen P-P-Normalverteilungsplot. Dies ist ein Test zur Analyse der Daten auf Normalverteilung. Hierbei werden die erwarteten kumulierten Häufigkeiten in Form eines Streudiagramms in Abhängigkeit von den tatsächlichen kumulierten Häufigkeiten (nach der Transformationsformel von Blom) dargestellt (Bühl & Zöfel, 2000, S.559). Wenn die Punkte auf der Geraden liegen, kann man auf eine Normalverteilung der Testergebnisse schließen.

7 Diskussion und Ausblick

7.1 Technische Aspekte der Skala „berufsspezifische Selbstwirksamkeit in der Stationären Pflege“

Die teststatistischen Kennwerte und die Konstruktvalidität der neuen bereichsspezifischen Skala für berufliche Selbstwirksamkeit von Pflegepersonal wurden im Rahmen meiner Dissertation in vier Bundesländern an einer Stichprobe von $N = 209$ erhoben. Die 13 Items der neu konstruierten Skala laden hoch auf dem 1. unrotierten Faktor, welcher 32.3% der Varianz erklärt. Weitere Verfahren (Screeplot und MAP-Test) bestätigen die Homogenität und Eindimensionalität der Skala. Cronbachs Alpha liegt bei .82 und ist hoch genug, um zu zeigen, dass alle Items zum Gesamtwert beitragen. Die Trennschärfen liegen zwischen .37 und .56, der Mittelwert der Skala zeigt einen Wert von 2.94 bei einer Standardabweichung von .38. Die mittlere Interitemkorrelation beträgt .26 und streut von .07 bis .51.

Die vorliegende Skala wurde zur Messung der Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal erstellt. Dies ist ein gedankliches Konstrukt. Der starke erste Faktor (vgl. 6.3.1) kann als Zeichen guter Homogenität der Skala verstanden werden. Das bedeutet folgendes: Das Konstrukt „Selbstwirksamkeit“ wird durch die vorliegende Skala gut repräsentiert.

Die Trennschärfen von mindestens .37 zeigen, dass alle Items mit dem Gesamtwert der Skala zusammenhängen. Dies weist darauf hin, dass die Items verständlich sind und im Sinne der Skala verstanden wurden.

Ein stets kritischer Aspekt bei Stichprobenerhebungen ist die Repräsentativität der Stichprobe. In dem Fall der hier vorliegenden Arbeit wurde die Erhebung mittels einer anfallenden Stichprobe (Naderer & Balzer, 2007) durchgeführt. Die „Spiegeltheorie“ besagt, dass eine Stichprobe dann als repräsentativ gilt, wenn sie ein verkleinertes Bild der Grundgesamtheit darstellt. Dies wäre bei einer

Zufallsstichprobe der Fall. Bei der anfallenden Stichprobe allerdings werden die Personen befragt, welche sich zu einer beliebigen Zeit an einem beliebigen Ort aufhalten. Meine Studie (genauso wie bei Befragungen in Fußgängerzonen) stellt also kein verkleinertes Bild der Grundgesamtheit dar (Naderer & Balzer). Da es sich in der vorliegenden Arbeit aber um die Konzeption einer Skala handelt, sind Faktoren wie Repräsentativität und Art der Stichprobengewinnung nicht so bedeutsam wie in möglichen Folgeuntersuchungen – vielmehr überwog hier der Vorteil einer guten Anwendbarkeit.

Außerdem möchte ich die zeitliche Facette meiner Befragung ansprechen: Die Bearbeitung des Fragebogens benötigte 30 Minuten. Das bedeutet, die Personen, die der Befragung zugestimmt haben, mussten sich in ihrer Freizeit die genannte Zeit nehmen. Des Weiteren mussten sie daran denken, den Bogen mit sich nachhause und wieder mit auf die Arbeit zu nehmen und in einen Umschlag gesteckt abzuschicken. Dies alles ist mit großem Aufwand verbunden. Die Vermutung liegt nahe, dass gerade die Personen, welche aufgrund selbst wahrgenommener hoher Belastung am Arbeitsplatz einen hohen Bedarf an Ruhe und Regeneration haben, den Fragebogen nicht bearbeitet haben. Aus diesem Grund stellt die vorliegende Stichprobe im Hinblick auf die in dieser Erhebung betrachteten Aspekte Belastetheit, Arbeitsumfang, Überforderung und weitere Stressoren am Arbeitsplatz vielleicht auch kein naturgetreues Abbild der Grundgesamtheit der beobachteten Berufsgruppe dar.

In diesen Zusammenhängen kritisch anzumerken ist der hohe Mittelwert der 13-Item-Skala. Er liegt bei 2.94 und ist somit für eine vierstufige Skala von 1 bis 4 sehr hoch. Allerdings lässt sich diese Beobachtung bei Betrachtung anderer Skalen zur Selbstwirksamkeit wiederholen. Beispielsweise erhielten Hinz, Schumacher, Albani, Schmid und Brähler (2006), die eine ebenfalls vierstufige 10-Item-Skala zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeit einsetzten, denselben Mittelwert von 2.94. Auch Schmitz (2000) weist für die Lehrer- und die kollektive Selbstwirksamkeit auf hohe Mittelwerte hin. Interessant und ein

Aspekt für die Zukunft wäre nun die Betrachtung des Mittelwertes dieser Skala bei einer Vollerhebung oder einer Zufallsstichprobe, bei der eine Grundgesamtheit besser repräsentiert wird.

Ein weiterer Aspekt der neu konstruierten Skala ist der geringe Anteil fehlender Werte. Dies kann als Hinweis auf die Verständlichkeit der Formulierungen interpretiert werden. Die gute Streuung zeigt an, dass sich die Befragten in ihren Angaben unterscheiden – was als gute Voraussetzung zur Diagnostik gewertet werden kann.

Einschränkend ist festzustellen, dass mit der vorliegenden Untersuchung keine Aussagen über die Stabilität beziehungsweise Veränderlichkeit der Skala zur Selbstwirksamkeit bei Pflegepersonal getroffen werden können. Hierzu wäre eine Längsschnittuntersuchung nötig, was aus zeitlichen und aus Gründen der Anonymität nicht möglich war. Dies sollte in künftigen Untersuchungen erfolgen. Bei diesem Anlass könnten die teststatistischen Kennwerte der Skala anhand einer größeren Stichprobe überprüft werden.

7.2 Inhaltliche Aspekte

Die Entwicklung dieses Instruments zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege hatte ein bestimmtes Ziel: Dies war die Abdeckung des Bereichs zwischen allgemeiner Selbstwirksamkeit auf der einen Seite (Schwarzer & Jerusalem, 1999a; Schwarzer & Schmitz, 1999; Schmitz & Salisch, 2002) und der spezifischen Selbstwirksamkeit in kleinen Teilbereichen des Berufes auf der anderen Seite (Jeffreys & Smolaka, 1998; Coates, 1997; Davies & Hodnett, 2002 und weitere). Ein Instrument wie das vorliegende (für das gesamte Pflegepersonal der stationär orientierten Pflege) existierte bislang nicht.

Inhaltlich wurde versucht, folgende thematische Bereiche, welche das komplexe Wesen von Stress beinhalten, einfließen zu lassen: Emotional-motivationale Kompetenz/ Empathie, Zielkonflikte/ diffuse Ziele, Emotionsarbeit, Arbeitsorganisation/ Selbstmanagement, Selbstwerteinschätzung, Teamklima/

soziale Konflikte, Kontrolle/ Autonomie, Sinnstiftung, Fachkompetenz, Tod & Sterben (vgl. Tabelle 5, Ergebnisteil).

Von den genannten Bereichen sind in der arbeits- und organisationspsychologischen Stressforschung die Stressoren, welche mit der Gestaltung von Aufgaben und der Organisation der Arbeit zu tun haben, am häufigsten untersucht (Zapf & Semmer, 2004). Das international verbreitete Konzept ist das des Rollenstress (Katz & Kahn, 1978). Unterschieden werden Rollenkonflikt, Rollenambiguität und Rollenüberforderung (Zapf & Semmer). Substanzielle Zusammenhänge zwischen diesen Stressoren mit verschiedenen Stressfolgen wurden u.a. von Kahn & Byosiere (1992) aufgezeigt.

Soziale Konflikte in Betrieben (vgl. Thomas, 1992) sind ein häufig wiederkehrendes Thema in der Literatur. Nicht jedoch der Bereich der sozialen Konflikte zwischen Kollegen – obwohl das Teamklima als allgegenwärtige Belastungssituation am Arbeitsplatz im praktischen Leben eine große Rolle einnimmt. Zapf und Semmer (2004) erörtern soziale Stressoren am Arbeitsplatz u.a. auf den Ebenen des Individuums, zwischen Kollegen, die Interaktion mit Kunden oder Klienten und die Interaktion zwischen den Arbeitenden und der Organisation.

Das Konzept der Emotionsarbeit wurde in der vorliegenden Arbeit schon erörtert (vgl. 2.4).

Tod und Sterben ist ein außergewöhnliches Thema. Jeder nicht im Gesundheitswesen Tätige würde vermuten, dass der Umgang mit schwerst- und todkranken Patienten eine äußerst große Belastungssituation darstellt. Tatsächlich haben aber Studien nachgewiesen, dass dies nicht der Fall ist. Der Umgang mit dem Leid anderer Menschen scheint ein charakteristischer und zulässiger Bestandteil des Berufes zu sein. Substanziellere Zusammenhänge dagegen, insbesondere mit Burnoutvariablen, ergaben sich für schwierige Klientenkontakte (Zapf & Semmer, 2004).

Um die inhaltlichen Überlegungen zur Erstellung der vorliegenden Skala zu verdeutlichen, möchte ich abschließend die Kontrolle und ihre verwandten Konzepte als wichtige Ressource im Stresserleben darstellen. Karasek und Theorell (1990) benutzen den Begriff Kontrolle als Oberbegriff für Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Autonomie, Partizipation, Entscheidungsmöglichkeiten und Freiheitsgrade. Da bei vollständiger Kontrolle Stress vermeidbar wäre, haben auch Zapf und Semmer (2004) die Kontrolle in die Stressdefinition integriert. Kontrolle wird als menschliches Bedürfnis definiert, dessen Befriedigung positive und dessen Nichtbefriedigung negative Folgen nach sich zieht (Zapf & Semmer).

In der Zukunft werden weitere Befragungen zeigen, ob die Skala verständlich ist und die verschiedenen Themenbereiche den Aspekt der Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal gut repräsentieren.

7.3 Ausblick

Die Skala erscheint hinsichtlich des aktuellen Zustands des Gesundheitssystems in Deutschland und der Arbeitssituation im Krankenhaus als vielversprechend. Sie eröffnet eine Möglichkeit, Probleme des Pflegepersonals am Arbeitsplatz zu identifizieren und Interventionen frühzeitig ins Leben zu rufen. Es ist eine Voraussetzung geschaffen, um Fragen der Gesundheit des Pflegepersonals weiter erforschen zu können. Der Arbeitgeber hätte damit eine Möglichkeit, Erkrankungshäufigkeiten, Fehlzeiten oder dem frühzeitigen Berufsausstieg entgegenwirken. Diesbezügliche Befragungen und damit einhergehende Untersuchungen würden zeigen, ob die Skala hierfür wirklich geeignet ist und ob sich der vermutete Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Gesundheitsaspekten bestätigt. Dieser Zusammenhang, aus anderen Berufsgruppen bekannt, ist im Berufszweig der Krankenpflege bisher noch nicht umfassend erforscht.

Dank der allgemein gehaltenen Formulierung der Items ist die Skala bei Pflegepersonal in allen stationären Fachbereichen einsetzbar. Bei dem

erneuten Einsatz dieser Skala wäre es empfehlenswert, auf eine möglichst naturgetreue Abbildung der Grundgesamtheit der Pflegekräfte nach vorher definierten Aspekten zu achten, beispielsweise Alter, Geschlecht usw. (vgl. 7.1). Außerdem würde sich, um das Irrtums- und Fehlerintervall zu verkleinern, die Vollerhebung auf Stationen, welche im Blickpunkt stehen, anbieten. Dies wäre, wenn vom Arbeitgeber unterstützt und während der Arbeitszeit zugelassen, eine Methode, um die Repräsentativität zu optimieren. Die vorgeschlagene Skala, bestehend aus 13 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal, ist im Umfang nicht vergleichbar mit dem Fragebogen welcher für die vorliegende Arbeit erarbeitet wurde. Eine Bearbeitungszeit von wenigen Minuten ist sicher im Arbeitsalltag unterzubringen.

Bei der Identifizierung von Problemen der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz sei zwar darauf hingewiesen, dass die Selbstwirksamkeit eine Ressource darstellt welche schützen kann und die Beachtung verdient. Allerdings ist es nur eine Ressource unter vielen. Im komplexen Stressgeschehen wäre es zu einfach, nach Betrachtung der Selbstwirksamkeit alle anderen vielfältigen Mechanismen der Erkrankung von Individuen am Arbeitsplatz außer Acht zu lassen.

8 Zusammenfassung

Der vorliegende Aufsatz stellt – ausgehend von einem Einblick in bisherige Erhebungsinstrumente zu allgemeiner sowie spezieller Selbstwirksamkeit – eine neue Skala zur Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen als grundlegende Ressource zur Vermeidung von Burnout bei stationär tätigem Pflegepersonal vor. Eine Skala in dieser Form existiert bislang nicht – sie soll die Lücke zwischen Skalen der allgemeinen Selbstwirksamkeit und Skalen der Selbstwirksamkeit in speziellen Lebenssituationen von Pflegepersonal (beispielsweise die Selbstwirksamkeit bezüglich Pflege anderskultureller Patienten) füllen. Die 13-Item-Skala wurde im Rahmen einer Dissertation unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Medizinische Psychologie in Marburg an der Lahn (unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler) entworfen. Es handelt sich um eine Fragebogenstudie, deren Daten über einen Zeitraum von 18 Monaten bis Januar 2008 hinsichtlich ihrer teststatistischen Kennwerte an einer Stichprobe von $N = 209$ Krankenschwestern und Pflegern in Bayern, Hessen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen untersucht wurde. Mittels diverser statistischer Verfahren wurden aus einem Pool von 36 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal 13 Items ausgewählt, welche das Thema inhaltlich möglichst gut repräsentieren. Die Faktorenanalyse der 13-Item-Skala ergab einen Faktor, welcher 32,3% der Varianz erklärt. Die eindimensionale Struktur der Skala wurde mittels Screeplot und MAP-Test bestätigt. Die Ergebnisse hinsichtlich der Reliabilität ergeben einen Wert für Cronbachs Alpha der Skala von .82. Die Trennschärfen liegen zwischen .37 und .56, der Mittelwert der 13-Item-Skala liegt bei 2.94 mit einer Standardabweichung von .38. Da die Analysen gute psychometrische Qualität der Skala bestätigen, kann ihr umfassender Einsatz im stationären Pflegedienst empfohlen werden.

9 Literaturverzeichnis

Aries, M. & Zuppiger, I. (1999). *Burnout. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal*. Bern: Edition Soziothek.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bernal, H. & Froman, R. (1993). Influences of the cultural self-efficacy of community health nurses. *Journal of Transkultural Nursing*, 4 (2), 24-31.

Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Hrsg.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (S. 53-73). Washington DC: Taylor & Francis.

Bühl A. & Zöfel P. (2000). *SPSS Version 10, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Pearson Education.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*, 2.Auflage. München: Pearson Studium.

Bürger, W. (1998). Positive und gesundheitsförderliche Aspekte der Arbeit und ihre Bedeutung für Patienten in medizinischer Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 137-150.

Büssing, A., Barkhausen, M., Glaser, J. & Schmitt, S. (1997). *Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse im Längsschnitt* (Bericht Nr. 37). München: TU, Lehrstuhl der Psychologie.

Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2002). *Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege. Manual und Materialien*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.

Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom* (2.Auflage). Berlin: Springer.

Coates, C.J. (1997). The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3, (1), 53-59.

Craven, K.O. & Froman, R.D. (1993). Development of a pediatric skill self-efficacy scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 125-133.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

Dahmen-Fischer, U. (1992). *Psychologische Interventionen zur Reduktion von Stress und Burnout in der onkologischen Krankenpflege*. Berlin: Peter Lang.

DAK, BGW & IGES (2005). *Gesundheitsreport Stationäre Krankenpflege*. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Davies, B.L. & Hodnett, E. (2002). Labor support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, 31, 48-56.

Dillon, T.W., Lending, D., Crews II, T.R. & Blankenship, R. (2003). Nursing self-efficacy of an integrated clinical and administrative information system. *Computers, Informatics, Nursing*, 21 (4), 198-205.

Dilorio, C. & Price, M.E. (2001). Description and use of the neuroscience nursing self-efficacy scale. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33 (3), 130-135.

Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer–Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Fox, M.L., Dwyer, D.J. & Ganster, D.C. (1993). Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcome in a hospital setting. *Academy of Management Journal*, 36, 289-318.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Freudenberger H.J. & Richelson, G. (1980). *Burn-Out. The high cost of high achievement*. New York: Anchor Press.

Giese-Davis J., Koopman C., Butler L., Classen C., Cordova M., Fobair, P., Benson J., Kraemer H.C. & Spiegel D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 916-925.

Golembiewski, R.T. (1982). Organizational development (OD) interventions: Changing interaction, structures, and policies. In W.S. Paine (Hrsg.), *Job, Stress and Burnout* (S.229-253). Beverly Hills: Sage.

Greene, G. (1961). *A burn-out case*. New York: Viking.

Hackett, G. (1995). Self-efficacy in career choice and development. In A. Bandura (Hrsg.), *Self-efficacy in changing societies* (S. 232-258). Cambridge: University press.

Hackett, G. & Betz, N.E. (1995). Self-efficacy and career choice. In J. Maddux (Hrsg.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (S. 249-280). New York: Plenum Press.

Hannöver, W., Schimmelschmidt, D., Kelbsch, J., Röske, K., Thyrian, J. R., John, U. & Hapke, U. (2004). *Selbstwirksamkeitserwartung und Motivation zur Verhaltensänderung in einer Stichprobe von Frauen postpartum*. Magdeburg: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Jahrestagung, 09/22 – 09/25.

Hannöver, W., Thyrian, J. R., Röske, K., Kelbsch, J., John, U., & Hapke, U. (2004). Interventionen zur Prävention gesundheitlicher Risiken für Schwangere, Frauen postpartum und deren Kinder. *Das Gesundheitswesen*, 66, 688-696.

Harvey V. & McMurray, N. (1994). Self-efficacy: A means of identifying problems in nursing education and career progress. *International Journal of Nursing Studies*, 31 (5), 471-485.

Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P. & Müller, B.H. (2003). Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. *Das Gesundheitswesen*, 65, (1), 40-46.

Hasselhorn, H.M., Widerszal-Bazyl, M. & Radkiewicz, P. (2005). Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa. In *Berufsausstieg bei Pflegepersonal* (S.116-123). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.

Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: Edition Medizin.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52 (1), 26-32.

Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress-process: Advancing conversation of resources theorie. *Journal of Applied Psychologie*, 50, 337-421.

Hochschild, A.R. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt am Main: Campus.

IKK-Bundesverband (2006). Der IKKimpuls. *Berufsreport Krankenschwestern und -pfleger*. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband. Referat Prävention.

Jeffreys, M.R. (2000). Development and psychometric evaluation of the transcultural self-efficacy tool: A synthesis of findings. *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (2), 127-136.

Jeffreys, M.R. & Smodlaka I. (1998). Exploring the factorial composition of the transcultural self-efficacy tool. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 217-225.

Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.

Jerusalem, M. (1993). *Die Entwicklung von Selbstkonzepten und ihre Bedeutung für Motivationsprozesse im Lern- und Leistungsbereich. Antrittsvorlesung*. Berlin: Humbold-Universität. Institut für Schulpädagogik und Pädagogische Psychologie.

Jerusalem, M. (2007). *Entwicklungs- und Gesundheitsförderung durch Stärkung von Kompetenzen*. Vortrag beim 5. Nachsorgesymposium am 29./30. Juni 2007. Augsburg.

Jiang F. & Nanjing N.U. (2002). From personal efficacy to collective efficacy: The new development of Banduras theory of self-efficacy. *Psychological Science China*, 25 (1), 114-115.

Jonge de, J., Janssen, P.P.M. & Breukelen van, G.J.P. (1996). Testing the demand-control-support model among health-care professionals: A structural equation model. *Work and Stress*, 10, 209-224.

Kahn, R.L. & Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 2.Auflage (S. 571-650). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Katz, D. & Kahn, R.L. (1978). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.

Koch, S., Hillert, A. & Geissner, E. (2007). Diagnostische Verfahren zum beruflichen Belastungs- und Bewältigungserleben in der psychosomatischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 46 (2), 82-92.

Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J. & Marmot, M. (2002). When reciprocity fails: Effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 777-784.

Lauderdale, M. (1982). *Burnout*. Austin: Learning Concepts.

Leino, P.I. & Hänninen, V. (1995). Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21, 134-142.

Luime, J.J., Kuiper, J.I. & Koes, B.W. (2004). Work-related risk factors for the incidence and recurrence of shoulder and neck complaints among nursing-home and elderly-care workers. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 30 (4), 279-286.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

McConville, S.A. & Lane, A.M. (2006). Using online video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. *Nurse Education Today*, 26, 200-208.

Moser, K.S., Schaffner, D. & Heinle, M. (2005). Entwicklung und Validierung einer bereichsspezifischen Skala zur Erfassung arbeitsbezogener kollektiver Selbstwirksamkeitserwartungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49 (2), 85-91.

Murphy, C.A. & Kraft, A. (1993). Development and validation of the perinatal nursing self-efficacy scale. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 7 (2), 95-106.

Müller, A., Müller, K., Blumenstiel, K., Bieber, C. & Eich, W. (2004). Das Konzept der Selbstwirksamkeit als bedeutsamer Prädiktor anhaltenden Behandlungserfolgs von Fibromyalgie-Patienten. *Aktuelle Rheumatologie*, 29 (2), 101-108.

Müller, B.H. & Hasselhorn, H.-M. (2004). Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 58 (3), 167-177.

Naderer, G. & Balzer, E. (2007). *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen, Methoden und Anwendungen*. Wiesbaden: Gabler.

North, F.M., Syme, L.S., Feeney, A., Shipley, M. & Marmot, M. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 86, 332-340.

Palesh, O-G., Shaffer, T., Larson, J., Edsall, S., Chen, X-H., Koopman, C., Turner-Cobb, J-M., Kreshka, M-A., Graddy, K. & Parsons, R. (2006). Emotional self-efficacy, stressful life-events and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *Breast-Journal*, 12 (2), 123-129.

Paoli, P. (1997). *Second european survey on the work environment 1995*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Reinboth, (2006). *Multivariate Analyseverfahren in der Marktforschung*. Morrisville: LuLu-Verlagsgruppe.

Pfaff, H. (2003). Personal in Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse der Pflegestatistik zum 15. Dezember 2001. *Wirtschaft und Statistik, 11*, 1010-1014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Rothland, M. (2007). *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In M. von Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.

Satow, L. (1999). *Klassenklima und Selbstwirksamkeitsentwicklung*. Dissertation, Freie Universität Berlin.

Schlittgen, R. (2000). *Einführung in die Statistik*, 9. Auflage. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag.

Schmitz, G.S. (1999). *Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout?* Dissertation, Freie Universität Berlin.

Schmitz, G.S. (2000). Kann Selbstwirksamkeitserwartung Lehrer vor Burnout schützen? *Psychologie in Unterricht und Erziehung, 48* (1), 49-67.

Schmitz, G.S. & Salisch, M. von (2002). *Skala zur Erfassung der emotionalen Selbstwirksamkeit*. Freie Universität Berlin.

Schmitz, G.S. (2008). *Von der Praxis in die Wissenschaft in die Praxis*. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~gschmitz/index.html> [26.11.2008]

Schneider, J. (2006). *Selbstwirksamkeitserwartungen bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung*. Dissertation, Philipps-Universität Marburg.

Schröder, C., Schmutzer, G. & Schröder, H. (2000). Belastetheit und Belastungsbedingungen von onkologischen Palliativpflegekräften im zeitlichen Verlauf und im Vergleich mit konventioneller onkologischer Pflege. *Zeitschrift psychosomatische Medizin*, 46, 18-34.

Schwarzer, R. (1986). *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit*. Berlin: Freie Universität.

Schwarzer, R. (1998). Self-Science: Das Trainingsprogramm zur Selbstführung von Lehrern. *Unterrichtswissenschaftliche Zeitschrift für Lernforschung*, 2, 158-172.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999a). *Skala zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999b). *Skala zur Erfassung der Kollektiven Selbstwirksamkeit*. Freie Universität Berlin.

Schwarzer R. & Schmitz G.S. (1999). *Skala zur Erfassung der Lehrer-Selbstwirksamkeit*. Freie Universität Berlin.

Spearman, C. (1904). General intelligence objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*, 15, 201-293.

Semmer, N.K. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie*, 3. Auflage (S.133-165). Bern: Huber.

Shellman, J. (2006). Development and psychometric evaluation of the eldercare cultural self-efficacy scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3 (1), 9.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.

Spink, K. S. (1990a). Collective efficacy in the sport setting. Special issue: The group in sport and physical activity. *International Journal of Sport Psychology*, 21 (4), 380-395.

Spink, K. S. (1990b). Group cohesion and collective efficacy of volleyball teams. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12 (3), 301-311.

Sponzel, R. (2008). *Cronbachs alpha. Von der numerologischen Kunst, eine "Reliabilität" aus dem Nichts zu zaubern*. Überblick Arbeiten zur Definitionslehre, Methodologie, Meßproblematik, Statistik und Wissenschaftstheorie besonders in Psychologie, Psychotherapie und Psychotherapieforschung, Bereich Meß- und Testtheorie, Gruppe Testgütekriterien, Internetpublikation für allgemeine und integrative Psychologie IP-GIPT. Verfügbar unter: <http://www.sgipt.org/wisms/mtt/tgk/calpha.htm> [27.10.2008]

Steiger, J.H. (1979). Factor indeterminacy in the 1930's and the 1970's. Some interesting parallels. *Psychometrika*, 44, 157–167.

Thimmel, R. (2003). Arbeitsbedingungen in der Pflege. Unsichtbare Schwerstarbeit. *Arbeitnehmer*, 6, 6-8.

Thomas, K.W. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Hrsg.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 2.Auflage (S. 651-718). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Verhaeghe, R., Mak, R., Maele van, G., Kornitzer, M. & Backer de, G. (2003). Job stress among middle-aged health care workers and its relation to sickness absence. *Stress and health*, 19 (59), 265-274.

Viertler, B. (2008). *Strukturanalyse der Emotionsarbeit unterschiedlicher Pflegebereiche. Eine quantitative Vergleichsstudie der Bereiche Normalstation im Akutkrankenhaus, psychiatrische Abteilung und Altersheim*. Diplomarbeit. Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Universität Innsbruck.

Wenderlein, F.U. (2003). Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege. *Das Gesundheitswesen*, 65, 620-628.

Widerszal-Bazyl, M., Radkiewicz, P., Hasselhorn, H.-M. & Conway, P. (2005). Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europäischen Ländern. In *Berufsausstieg bei Pflegepersonal*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.

Wiedebusch, S., Ziegler, R. & Muthny, F.A. (2006). Erleben von Selbstwirksamkeit und Resilienz bei Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Typ-I-Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 1, 143.

Zapf, D., Seifert, C., Mertini, H., Voigt, C., Holz, M., Vondran, E., Isi'c, A. & Schmutte, B. (2000). Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In H.-P. Musahl & T. Eisenhauer (Hrsg.). *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* (S. 99–106). Heidelberg: Asanger.

Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich D, Serie III, Band 3 Organisationspsychologie, 2. Auflage (S. 1007-1112). Göttingen: Hogrefe.

Tabellen

Tabelle (1): Geschlechtsverteilung der Stichprobe N = 209

	Männlich	Weiblich	Keine Angabe	Gesamt
Häufigkeit	42	165	2	209
Prozent (%)	20.1	78.9	1.0	100

Tabelle (2): Familienstand der Stichprobe N = 209

	Ledig	Mit Partner lebend/ verheiratet	Geschieden/ getrennt lebend	Keine Angabe	Gesamt
Häufigkeit	85	111	12	1	209
Prozent (%)	40.7	53.1	5.7	0.5	100

Tabelle (3): Alter der Stichprobe N = 209

	Min	Max	Mittelwert	SD	Median
Alter	17	57	31.78	9.93	29

Anmerkung: Eine Person ohne Angabe, das entspricht 0.5% der gesamten Stichprobe.

Tabelle (4): Kinder/ Kinderlosigkeit

	Kein Kind	Mindestens ein Kind	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl	137	69	3	209
Prozent (%)	65.6	33.0	1.4	100

Tabelle (5): Anzahl der Kinder

	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4 Kinder	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl	27	28	7	1	6	69
Prozent (%)	39.1	40.6	10.1	1.4	8.7	100

Tabelle (6): Anzahl der Berufsjahre

Min	Max	Mittelwert	SD	Median
1	36	11.33	9.42	8

Anmerkung: 4 Personen ohne Angabe, das entspricht 1.9% der gesamten Stichprobe

Tabelle (7): Größe des Verantwortungsbereichs (Stationsgröße/ Patientenzahl)

Min	Max	Mittelwert	SD	Median
1	90	20.12	11.14	20

Anmerkung: 27 Personen ohne Angabe, das entspricht 12.9% der gesamten Stichprobe

Tabelle (8): Größe des Teams/ Anzahl der Kollegen

Min	Max	Mittelwert	SD	Median
1	50	16.63	8.78	15

Anmerkung: 29 Personen ohne Angabe, das entspricht 13.9% der gesamten Stichprobe

Tabelle (9): Vollzeit/ Teilzeit

	Ganze Stelle	Teilzeit	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl	162	42	5	209
Prozent	77.5	20.1	2.4	100

Tabelle (10): Wochenstunden der Vollzeitstelle

Min/ Stunden	Max/ Stunden	Mittelwert	SD	Median
32	44	39.11	1.46	38.5

Anmerkung: 7 Personen ohne Angabe, das entspricht 4.3% der gesamten Stichprobe

Tabelle (11): Wochenstunden der Teilzeitstelle

Min	Max	Mittelwert	SD	Median
10	36.6	22.68	6.35	20

Anmerkung: 8 Personen ohne Angabe, das entspricht 19% der gesamten Stichprobe

Tabelle (12): Menge der Überstunden pro Monat

	Keine Überstunden nötig	Bis zu 10 Überstunden	Bis 20 Überstunden	Mehr als 20 Überstunden	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl	49	82	41	11	26	209
Prozent (%)	23	39.2	19.6	5.3	12.4	100

Tabelle (13): Art des Anstellungsverhältnisses

	Angestellt	Zeitvertrag	Aushilfe	Schüler/in	Keine Angabe	Gesamt
Anzahl	155	18	5	30	1	209
Prozent (%)	74.2	8.6	2.4	14.4	0.5	100

Tabelle (14): Deskriptive Statistik, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 36 Items

Item	N	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	Standardfehler der Schiefe	Kurtosis	Standardfehler der Kurtosis	Anzahl der nicht-beantworteten Items	Häufigkeiten/ %						
									„1“ stimmt nicht	„1,5“	„2“ stimmt kaum	„2,5“	„3“ stimmt eher	„4“ stimmt genau	Gesamt (%)
sw_b01	208	3.06	0.68	-0.45	0.17	0.41	0.34	1	1.9		14.4		58.9	24.4	99.5
sw_b02	206	3.24	0.57	-0.19	0.17	0.49	0.34	3	0.5		5.3		62.7	30.1	98.6
sw_b03	208	3.25	0.57	-0.21	0.17	0.42	0.34	1	0.5		5.3		62.2	31.6	99.5
sw_b04	208	2.58	0.74	-0.21	0.17	-0.22	0.34	1	7.2		35,4		48.8	8.1	99.5
sw_b05	208	2.72	0.70	-0.15	0.17	-0.13	0.34	1	3.3		32.1		53.1	11.0	99.5
sw_b06	208	2.92	0.72	-0.36	0.17	0.09	0.34	1	2.9		21.1		56.5	19.1	99.5
sw_b07	207	2.54	0.81	-0.13	0.17	-0.45	0.34	2	10.0		35.4		43.5	10.0	99.0
sw_b08	207	2.86	0.56	-0.36	0.17	0.87	0.34	2	1.0		20.6		68.9	8.6	99.0
sw_b09_u	207	2.55	0.86	-0.11	0.17	-0.60	0.34	2	1,5		34.0		41.1	12.4	99.0
sw_b10	205	2.72	0.73	-0.35	0.17	0.03	0.34	4	5.3		27.8		54.1	11.0	98.1
sw_b11_u	208	2.68	0.83	-0.15	0.17	-0.53	0.34	1	7.7		32.5		43.5	15.8	99.5
sw_b12	206	3.18	0.51	0.05	0.17	1.46	0.34	3	0.5		3.8		71.3	23.0	98.6
sw_b13	207	3.16	0.61	-0.36	0.17	0.67	0.34	2	1.0		9.1		62.2	26.8	99.0

sw_b14	207	2.97	0.65	-0.18	0.17	-0.01	0.34	2	1.0		19.6		59.8	18.7	99.0
sw_b15	204	3.12	0.62	-0.21	0.17	0.08	0.34	5	0.5		12.0		60.3	24.9	97.6
sw_b16	207	2.71	0.81	-0.07	0.17	-0.56	0.34	2	5.7		34.0		42.6	16.7	99.0
sw_b17	207	3.14	0.55	-0.27	0.17	1.79	0.34	2	1.0		5.7	0.5	69.9	22.0	99.0
sw_b18	206	2.74	0.76	-0.32	0.17	-0.11	0.34	3	5.7		27.3	0.5	51.7	13.4	98.6
sw_b19	206	2.76	0.67	0.12	0.17	-0.45	0.34	3	1.0		33.0	1.0	51.7	12.0	98.6
sw_b20	206	2.79	0.77	-0.27	0.17	-0.24	0.34	3	4.8		27.3		50.2	16.3	98.6
sw_b21	207	2.03	0.83	0.40	0.17	-0.45	0.34	2	27.8		44.0	1.0	22.0	4.3	99.0
sw_b22	206	3.05	0.73	-0.54	0.17	0.34	0.34	3	2.9		14.8		55.0	25.8	98.6
sw_b23	206	2.86	0.74	-0.35	0.17	-0.01	0.34	3	3.8		23.4		54.1	17.2	98.6
sw_b24	207	3.05	0.70	-0.42	0.17	0.21	0.34	2	1.9		15.8		56.9	24.4	99.0
sw_b25	206	3.18	0.63	-0.40	0.17	0.50	0.34	3	1.0		9.1		59.3	29.2	98.6
sw_b26	203	3.41	0.55	-0.41	0.17	0.55	0.34	6	0.5	0.5	0.5	0.5	53.1	42.1	97.1
sw_b27	204	2.67	0.74	-0.19	0.17	-0.17	0.34	5	5.3		32.1	0.5	49.3	10.5	97.6
sw_b28	206	2.82	0.54	-0.51	0.17	0.95	0.34	3	1.0		22.0		69.9	5.7	98.6
sw_b29	205	2.70	0.68	0.00	0.17	-0.26	0.34	4	2.4		34.9		50.7	10.0	98.1
sw_b30	207	2.99	0.62	-0.24	0.17	0.43	0.34	2	1.0		16.7		64.1	17.2	99.0
sw_b31	206	2.70	0.67	-0.26	0.17	0.08	0.34	3	3.3		31.3		56.0	8.1	98.6
sw_b32	204	3.07	0.58	-0.16	0.17	0.61	0.34	5	0.5		11.5		66.0	19.6	97.6

sw_b33	202	3.32	0.59	-0.36	0.17	0.22	0.34	7	0.5	4.8	55.0	36.4	96.7	
sw_b34	206	2.86	0.62	-0.66	0.17	1.38	0.34	3	2.9	17.7	67.9	10.0	98.6	
sw_b35	207	3.22	0.51	0.29	0.17	-0.07	0.34	2		4.3	68.4	26.3	99.0	
sw_b36	207	3.00	0.67	-0.18	0.17	-0.20	0.34	2	1.0	19.1	1.0	56.5	21.5	99.0

Anmerkung I: Fehlende Werte zu 100 % bei den Häufigkeitsangaben ergeben sich aus der Nichtbeantwortung einzelner Fragen durch die Probanden

Anmerkung II: Vollständige Itemformulierung siehe Tabelle (2) im Methodenteil

Tabelle (15): Ladungsmatrix, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 36 Items

		Faktor								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
sw_b03	Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen eines Patienten gut nachempfinden.	.710								
sw_b02	Da ich bei meiner Arbeit motiviert bin, kann ich die Sorgen und Ängste eines Patienten gut wahrnehmen.	.702								
sw_b35	Ich kann die Emotionen eines Patienten wahrnehmen, da ich ein gutes Einfühlungsvermögen habe.	.665								
sw_b36	Weil ich von der Bedeutsamkeit meiner Arbeit überzeugt bin, kann ich mich auch in anstrengenden Phasen für die Arbeit motivieren.	.556								
sw_b08	Selbst Patienten, die wenig kooperieren, kann ich zur Arbeit motivieren.	.486								
sw_b28	Selbst bei schwierigen Patienten finde ich Mittel und Wege, sie für die Mitarbeit zu gewinnen.	.417								
sw_b23	Es bringt mich nicht lange aus dem Gleichgewicht, wenn ich mich nach außen freundlich zeigen muss, mich aber innerlich nicht so fühle.		.564							
sw_b29	Wenn es meine Rolle als Pflegekraft verlangt, Gefühle zu zeigen, die nicht meinem inneren Zustand entsprechen, belastet mich dies nicht lange.		.551							
sw_b01	Im Umgang mit unsympathischen Patienten kann ich Ruhe und Gelassenheit bewahren.		.515							
sw_b06	Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiterzumachen.		.514							

		Faktor								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
sw_b18	Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann.		.420							
sw_b34	Auch wenn ich negative Gefühle in meiner Rolle als Pflegekraft nicht zum Ausdruck bringen kann, gewinne ich mein Gleichgewicht trotzdem schnell wieder.		.415							
sw_b16	Auch wenn andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben.		.407							
sw_b14	Auch wenn es Konflikte im Team gibt, bin ich in der Lage, diese auszuhalten und meine Arbeit so gut wie sonst üblich zu machen.									
sw_b25	Selbst wenn es beim Patienten zu Komplikationen kommt, verfüge ich über Wissen und Fähigkeiten, angemessene Pflegemaßnahmen einzuleiten.									.808
sw_b32	Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun.									.700
sw_b17	Ich kann fachlich gut arbeiten, obwohl ich unter Zeitdruck stehe.		.306		.404					
sw_b24	Wenn mich jemand bei meiner Arbeit unterbricht, bin ich in der Lage, weniger wichtige Anliegen höflich und bestimmt auf einen passenderen Zeitpunkt zu verlegen.									
sw_b30	Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit.									.608
sw_b05	Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen), finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.		.400		.592					

		Faktor								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
sw_b04	Zwischen den beiden Ansprüchen hoher Pflegequalität und begrenzter Zeit finde ich einen guten Kompromiss.				.489					
sw_b21	Auch wenn es mal drunter und drüber geht, halte ich Pausen ein und kann mich in diesen gut erholen.				.424					
sw_b22	Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit aus dem Auge.	.314			.373					
sw_b10	Sofern kein Notfall vorliegt und ich etwas erledigen möchte, finde ich Mittel und Wege, meine Arbeit gegen ablenkende Unterbrechungen abzuschirmen.				.329					
sw_b27	Ich kann es beeinflussen, interessante Arbeiten zu bekommen, selbst wenn diese auch bei anderen beliebt sind.					.904				
sw_b20	Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen.					.583				
sw_b33	Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten eine gute Pflege zu gewährleisten.						.797			
sw_b26	Auch im Umgang mit sterbenden Patienten kann ich verständnisvoll und entgegenkommend sein.			.351			.590			
sw_b15	Ich finde Mittel und Wege, belastende Situationen in der Pflege sterbender Menschen zu verarbeiten.		.339				.478			
sw_b12	Ich kann Arbeitsabläufe so organisieren, dass ich sie gut bewältigen kann.							.906		
sw_b13	Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann.			.303				.500		

		Faktor								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
sw_b09_u	Da ich nicht gut „nein“ sagen kann, kommt es oft dazu, dass mir die Arbeit viel zu viel wird.								.864	
sw_b07	Wenn mich die Arbeit überfordert, bin ich in der Lage, sie rechtzeitig an Andere abzugeben oder sie abzulehnen.								.407	
sw_b11_u	Gibt es sehr viel zu tun, gerate ich leicht in Aufregung und Gehetze.		.309						.338	
sw_b31	Wenn es im Team Spannungen gibt, gelingt es mir gut, etwas zur Entspannung beizutragen.	.310								.894
sw_b19	Ich kann zur Lösung von Konflikten im Team beitragen, da es mir gelingt, diese offen und entschärfend anzusprechen.									.482

Anmerkung I: Extraktionsmethode: Maximum-Likelihood; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Anmerkung II: Ladungen unter .3 sind nicht aufgeführt

Tabelle (16): Eigenwerteverlauf, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 36 Items

Faktor	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	9.080	25.222	25.222
2	2.393	6.647	31.869
3	2.152	5.977	37.846
4	1.811	5.032	42.877
5	1.540	4.278	47.155
6	1.453	4.035	51.190
7	1.278	3.549	54.740
8	1.187	3.297	58.037
9	1.049	2.915	60.951

Anmerkung: Extraktionsmethode: Maximum Likelihood

Tabelle (17): Eigenwerteverlauf, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items

Faktor	Eigenwert	
	Gesamt	% der Varianz
1	4,205	32,344
2	1,199	9,225
3	1,065	8,189
4	,966	7,429
5	,876	6,742
6	,783	6,024
7	,724	5,572
8	,685	5,271
9	,627	4,825
10	,550	4,232
11	,523	4,022
12	,415	3,190
13	,382	2,937

Tabelle (18): MAP, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items

sw_b03

sw_b28

sw_b06

sw_b05

sw_b30

sw_b16

sw_b22

sw_b32

sw_b33

sw_b20

sw_b13

sw_b18

sw_b31

Run MATRIX procedure:

MGET created matrix CR.

The matrix has 13 rows and 13 columns.

The matrix was read from the record(s) of row type CORR.

Eigenvalues

4,204657015

1,199202672

1,064565457

,965805062

,876400880

,783084659

,724412461

,685171938

,627209086

,550192996

,522854375

,414636181

,381807219

Velicer's Average Squared Correlations

,00000000 ,07593603

1,00000000 ,01660307

2,00000000 ,02281564

3,00000000 ,03173586

4,00000000 ,04455255

5,00000000 ,06038993

6,00000000 ,08158548

7,00000000 ,11336054

8,00000000 ,14829049

9,00000000 ,21067516

10,00000000	,29459501
11,00000000	,51910669
12,00000000	1,00000000

The smallest average squared correlation is

$10^{-2} \times$
1,660307144

The number of components is

1

----- END MATRIX -----

Tabelle (19): Interitemkorellationen, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items

	sw_b03	sw_b05	sw_b06	sw_b13	sw_b16	sw_b18	sw_b20	sw_b22	sw_b28	sw_b30	sw_b31	sw_b32	sw_b33
sw_b03	1	.298(**)	,107	,202(**)	,067	,208(**)	,188(**)	,267(**)	,327(**)	,229(**)	,107	,202(**)	,067
sw_b05	.298(**)	1	,322(**)	,305(**)	,280(**)	,344(**)	,311(**)	,420(**)	,238(**)	,515(**)	,322(**)	,305(**)	,280(**)
sw_b06	,107	.322(**)	1	,181(**)	,284(**)	,317(**)	,119	,286(**)	,203(**)	,270(**)	1	,181(**)	,284(**)
sw_b13	.202(**)	.305(**)	,181(**)	1	,248(**)	,202(**)	,266(**)	,326(**)	,177(*)	,376(**)	,181(**)	1	,248(**)
sw_b16	,067	.280(**)	,284(**)	,248(**)	1	,282(**)	,333(**)	,225(**)	,199(**)	,222(**)	,284(**)	,248(**)	1
sw_b18	.208(**)	.344(**)	,317(**)	,202(**)	,282(**)	1	,302(**)	,237(**)	,311(**)	,317(**)	,202(**)	,282(**)	1
sw_b20	.188(**)	.311(**)	,119	,266(**)	,333(**)	,302(**)	1	,359(**)	,317(**)	,339(**)	,119	,266(**)	,333(**)
sw_b22	.267(**)	.420(**)	,286(**)	,326(**)	,225(**)	,237(**)	,359(**)	1	,313(**)	,286(**)	,326(**)	,225(**)	,237(**)
sw_b28	.327(**)	.238(**)	,203(**)	,177(*)	,199(**)	,311(**)	,317(**)	,313(**)	1	,203(**)	,177(*)	,199(**)	,311(**)
sw_b30	.229(**)	.515(**)	,270(**)	,376(**)	,222(**)	,269(**)	,339(**)	,422(**)	,241(**)	1	,270(**)	,376(**)	,222(**)
sw_b31	.273(**)	.244(**)	,143(*)	,197(**)	,184(**)	,443(**)	,326(**)	,312(**)	,359(**)	,199(**)	,143(*)	,197(**)	,184(**)
sw_b32	.207(**)	.168(**)	,152(*)	,307(**)	,137(*)	,272(**)	,228(**)	,173(*)	,276(**)	,299(**)	,152(*)	,307(**)	,137(*)
sw_b33	.240(**)	.218(**)	,113	,265(**)	,248(**)	,242(**)	,228(**)	,341(**)	,147(*)	,113	,265(**)	,248(**)	,242(**)

Tabelle (20): Deskriptive Statistik, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items; Häufigkeitsverteilung

N	Gültig	209
	Fehlend	0
Mittelwert		2,9415
Median		2,9231
Standardabweichung		,37775
Schiefe		-,076
Standardfehler der Schiefe		,168
Kurtosis		,782
Standardfehler der Kurtosis		,335
Minimum		1,62
Maximum		4,00

Abbildungen

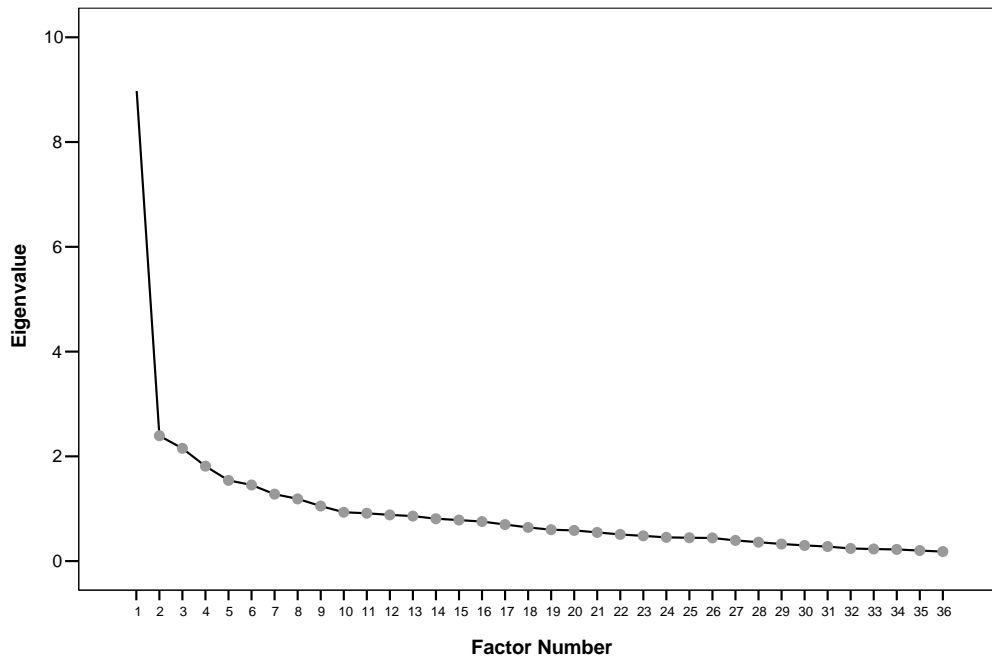


Abbildung (1): Screeplot, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 36 Items

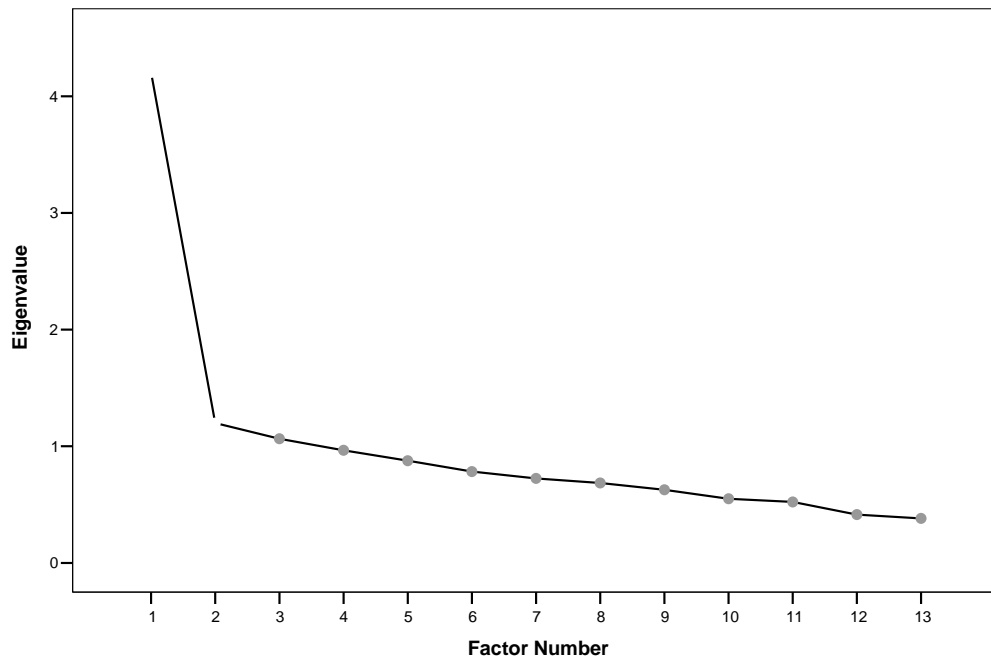


Abbildung (2): Screeplot, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items

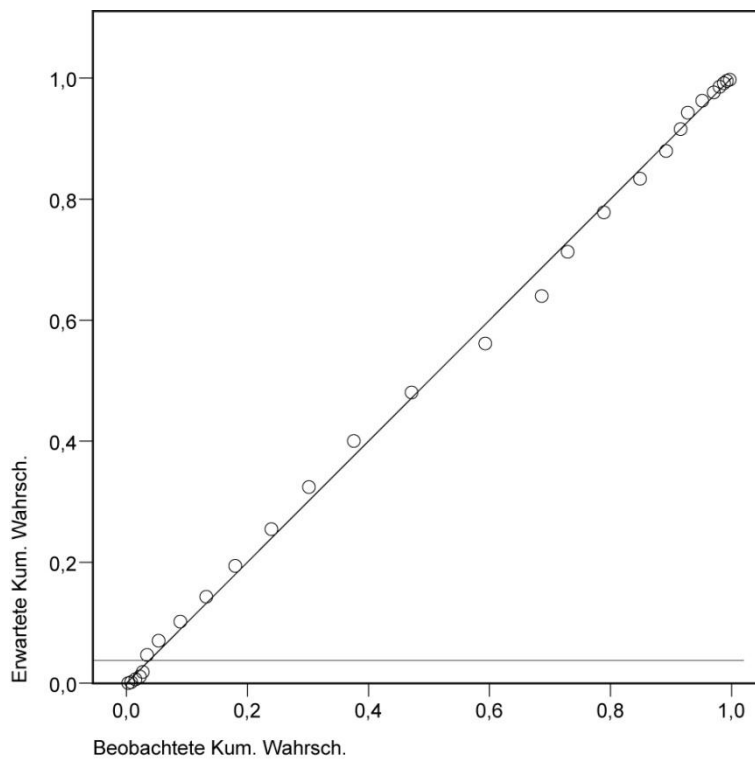


Abbildung (3): P-P-Diagramm, Skala berufliche SWK in der stationären Pflege, 13 Items

Meine akademischen Lehrer waren folgende Damen und Herren in Marburg:

Arnold, Aumüller, Barth, Basler, Baum, Behr, Bertalanffy, Bien, Daut, Eilers, Gemsa, Geus, Görg C., Griss, Gudermann, Happle, Hasilik, Heeg, Höffken, Hofbauer, Hofmann, Jones, Jungclas, Kern, Klenk, Klose, Koolman, Kretschmar, Krieg, Kroll, Lammel, Lang, Lennartz, Lill, Lippert, Löffler M., Lorenz, Maisch, Moll, Moosdorf, Müller, Mueller, Mutters, Neubauer, Renz, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Schüffel, Schwarz, Seitz, Seyberth, Siegel, Steiniger, Vogelmeier, Vohland, Voigt, Walter, Weihe, Werner, Westphal, Westermann, Wulf

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler für die Bereitstellung des Themas und die Betreuung meiner Dissertation.

Besonderer Dank gilt meinen Freundinnen Judith Lanphen und Renate Henneck, die ihre kostbare Zeit für mich geopfert haben.