
Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
Geschäftsführende Direktorin: Frau Prof. Dr. Kati Thieme
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Kriterienbezogene Validität 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

Deborah Höhle aus Korbach
Marburg, 2014

Angenommen vom
Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
am: 20.11.2014

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Herr Prof. Dr. Helmut Schäfer

Referent: Herr Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler

Korreferent: Herr Prof. Dr. W. Schreiber

1 Problemstellung	1
1.1 Einführung in das Thema	1
1.2 Gesundheitliche Risiken des Pflegeberufs	2
1.2.1 Allgemeine Arbeitssituation im Pflegeberuf	2
1.2.2 Gesundheitsstand des Krankenpflegepersonals	3
1.2.2.1 Krankenpflege und Depressionen	3
1.2.2.1.1 Epidemiologie und Kosten von Depressionen	4
1.2.3 Objektive Stressoren in der Krankenpflege	5
1.2.4 Subjektive Stressoren in der Krankenpflege	8
1.2.5 Arbeitsbedingte Stressoren und Depression	13
1.2.6 Ressourcen zur Stressbewältigung	15
1.2.6.1 Selbstwirksamkeitserwartungen	17
1.2.6.2 Die Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura	17
1.2.6.3 Selbstwirksamkeit und psychische Krankheit/Depression	20
1.3 Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit	21
1.3.1 Skalen zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeit in verschiedenen Lebensbereichen	21
1.3.2 Skalen zur Messung bereichsspezifischer Selbstwirksamkeit	23
1.3.2.1 Skalen zur Messung der Beruflichen Selbstwirksamkeit	23
1.3.2.1.1 Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit im Bereich der Krankenpflege	24
2 Zielsetzung und Hypothesen	29
3 Methode	32
3.1 Design und Procedere	32
3.1.1 Studiendesign	32
3.1.2 Stichprobengewinnung	33
3.2 Erhebungsinstrumente	34
3.2.1 ADS- Allgemeine Depressions-Skala	34
3.2.2 SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung	36
3.2.3 Entwicklung der Skala der Beruflichen Selbstwirksamkeit beim stationären Krankenpflegepersonal	37
3.3 Verwendete statistische Verfahren	40
3.3.1 Korrelationen	40
3.3.2 Regressionsanalyse	41
3.4 Datenauswertung	43
4 Ergebnisse	44

4.1 Beschreibung der Stichprobe	44
4.1.1 Überprüfung auf Normalverteilung der Stichprobengröße	45
4.2 Korrelationen	45
4.2.1 Zusammenhänge zwischen Depressivität und Selbstwirksamkeit	45
4.2.2 Korrelationen zwischen Depressivität, den möglichen Confoundern Alter und Geschlecht sowie allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit	46
4.2.3 Korrelationen zwischen allen gewählten Studienvariablen	47
4.4 Multiple Regressionsanalyse	48
4.4.1 Überprüfung der Voraussetzung des linearen Regressionsmodells	49
4.4.1.1 Stichprobeneignung	49
4.4.1.2 Normalverteilung der Residuen	50
4.4.1.3 Linearität des Zusammenhangs	51
4.4.1.4 Homoskedastizität der Störgrößen	52
4.4.1.5 Multikollinearität	53
4.4.2 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse	53
5 Diskussion	57
5.1 Stichprobe	57
5.2 Studiendesign	58
5.3 Diskussion der Ergebnisse	59
5.3.1 Validität der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit des stationären Krankenpflegepersonals	62
5.4 Theoretische und praktische Implikationen	62
5.5 Schlussfolgerung	64
6 Zusammenfassungen	66
7 Literaturverzeichnis	68
8 Anhang	83

1 Problemstellung

1.1 Einführung in das Thema

Die Gesundheit des stationären Krankenpflegepersonals in den Krankenhäusern ist in den letzten Jahren für die Wissenschaft zunehmend interessanter geworden, besonders Informationen zu Belastungen am Arbeitsplatz, arbeitsbedingtem Stress, damit verbundene Erkrankungen und folgend daraus, das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf. Der Pflegeberuf gehört zu den Berufsfeldern, die in besonderem Maße mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sind. Besonders psychische Störungen sind häufige Ursachen für das frühzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Störungen aus dem depressiven Formenkreis stellen darunter den Hauptgrund dar.

Es gibt feststellbare Belastungen in der Pflegesituation, wie beispielsweise Zeitdruck, Pflegepersonalmangel, (Wechsel)-Schichtarbeit, Gefahren durch Noxen und Toxine (u.a. Infektionsrisiken), die zu gesundheitlichen Risiken führen können.

Viele Krankenpflegekräfte beklagen eine stetige Zunahme ihrer Aufgaben bei gleichzeitiger Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, mehr zu pflegende Patienten, kürzere Liegezeiten und ständiger Stellenabbau. Der Umgang mit Sterbenden und dem Tod, Überforderung, Unzufriedenheit und Stress modulieren als subjektive Faktoren den Zusammenhang zwischen Belastungen und Gesundheit. Hierbei sind Risikofaktoren (z.B. Verausgabebereitschaft) von Schutzfaktoren (z.B. Erwartung der Selbstwirksamkeit), so genannte Ressourcen zur Stressbewältigung, zu unterscheiden. Es wird angenommen, dass der durch die Selbstwirksamkeit gewährte Schutz umso stärker ist, je spezifischer diese auf die ausgeübte Tätigkeit bezogen ist. Selbstwirksamkeit ist insbesondere im Krankenpflegeberuf von hoher Bedeutung. Ausgehend davon, dass sich fehlende Selbstwirksamkeit als zentraler Risikofaktor für depressive Symptomatik erweist, wird in dieser Arbeit mit dem neuen Konzept der beruflichen Selbstwirksamkeit im Krankenpflegeberuf eine Erweiterung untersucht.

In dieser Studie wurde ein Fragebogen zur Messung der berufsspezifischen Selbstwirksamkeit entwickelt und in einer vorhergehenden Arbeit von Heindle (2009) bereits auf Reliabilität und Faktorenstruktur untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, dass ein neues Instrument mit 13 Items zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege gefunden werden konnte.

In der hier vorliegenden Dissertation wird die kriterienbezogene Validität des Fragebogens geprüft, wobei als gesundheitsbezogenes Kriterium die Depressivität gewählt wurde. Falls der Fragebogen sich als valide erweist, wird erwartet, dass mit zunehmender Selbstwirksamkeit die Depressivität geringer wird. Es wird angenommen, dass die allgemeine Selbstwirksamkeit die Depressivität zwar beeinflusst, die berufliche Selbstwirksamkeit jedoch zusätzlich Varianz erklärt, also bedeutsamer als Schutzfaktor ist. Diese Erwartungen werden durch Berechnungen mittels der multiplen Regressionsanalyse überprüft.

1.2 Gesundheitliche Risiken des Pflegeberufs

1.2.1 Allgemeine Arbeitssituation im Pflegeberuf

Das International Council of Nurses (2010) definiert „Pflege“ als die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Sie schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung (ICN, 2010).

Laut Statistischem Bundesamt Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2013) arbeiteten im Jahr 2012 rund 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Die mit Abstand größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstberufen waren 2012 die „Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen“ mit insgesamt 826.000 Beschäftigten. Diese arbeiteten primär in Krankenhäusern und in der

ambulanten Pflege. Der weitaus größte Teil dieser Berufsgruppe war Frauen mit rund 80%.

Die Zahl der insgesamt beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen ist in den letzten Jahren zwar gestiegen, im Jahr 2012 arbeiteten im Gesundheitswesen rund 95.000 Beschäftigte mehr als 2011, gleichwohl sind die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten, die sogenannten Vollkräfte, im gleichen Zeitraum zurückgegangen. Dies ist auf eine Zunahme von Teilzeitstellen und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen zugunsten von Vollzeitstellen in dieser Berufsgruppe zurückzuführen.

1.2.2 Gesundheitsstand des Krankenpflegepersonals

Laut dem DAK-BGW-Gesundheitsreport 2014 lag hinsichtlich des Krankenstandes der Bereich für „Gesundheitswesen“ mit Werten von 4,6% an der Spitze und eindeutig über dem Durchschnitt anderer Arbeitsbranchen. 2013 konnten je 100 ganzjährig Versicherter 126,4 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,2 Tage dauerten (DAK-BGW-Gesundheitsreport, 2014). Zu den häufigsten Berufskrankheiten des Krankenpflegepersonals zählen laut Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2013) die Hautkrankheiten, die Krankheiten aufgrund mechanischer Einwirkungen (z.B. durch Tragen schwerer Lasten, knieende Tätigkeiten) und Infektionskrankheiten. Der Anteil der psychischen Erkrankungen ist stark gestiegen und belegt Platz 2 der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen in 2013 (DAK-Gesundheitsreport, 2013).

1.2.2.1 Krankenpflege und Depressionen

Im DAK-Gesundheitsreport von 2013 verzeichneten im Gesundheitswesen Beschäftigte 301 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versicherungsjahre wegen psychischer Störungen und lagen damit 48 Prozent über dem DAK-Durchschnitt. Davon spielen Depressionen die wichtigste Rolle unter den psychischen Störungen. Wall et al. (1997) bestätigten, dass

Krankenpflegekräfte eine allgemein höhere psychische Morbiditätsrate als die normale Population haben.

Besonders Stress und Burnout sind ein belastendes Problem des Pflegepersonals (Fagin et al., 1996).

In einer Studie zur Erfassung des Gesundheitszustandes des Pflegepersonals im Krankenhaus zeigte sich laut Tracogna et al. (2003) eine hohe körperliche Aktivität, ein normgewichtiger Bodymaß-Index und häufiger Obstverzehr, jedoch auch eine Raucherquote von über 40%, alkoholisierte Teilnahme am Straßenverkehr, Drogenkonsum, regelmäßiges Fast-Food-Essen und Belastungen am Arbeitsplatz. Ferner wies Tracogna eine hohe Prävalenz von psychovegetativen und körperlichen Beschwerden, Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Nasennebenhöhlen, sowie Allergien, ein nicht bei allen Pflegekräften vollständiger Impfschutz gegen Hepatitis B sowie eine erhöhte regelmäßige Analgetikaeinnahme auf.

Eine Studie an im Krankenhaus tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Amerika untersuchte 1.171 Beschäftigte mithilfe einer 9-item Skala zu Depressionen und bestätigte eine höhere Rate an depressiven Symptomen als bei der Allgemeinbevölkerung (Letvak et al., 2012). Ebenso bestätigten Ohler et al. (2010) eine höhere Depressionsrate bei Krankenpflegepersonal, vor allem bedingt durch die Arbeitsbelastung, Rollenüberbelastung und fehlendem Respekt.

In einer Querschnittsstudie von Chang et al. (2011) an 314 Krankenpflegern/-innen in Taiwan zeigte sich bei 52,5% der Beschäftigten eine depressive Symptomatik.

1.2.2.1.1 Epidemiologie und Kosten von Depressionen

Das deutsche Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass in Deutschland ca. vier Millionen Menschen von einer Depression betroffen sind und dass gut zehn Millionen Menschen bis zum 65. Lebensjahr eine Depression erlitten haben (Statistisches Bundesamt, 2012). Mehr als jede dritte Frau und ein Fünftel der Männer werden aufgrund einer psychischen Erkrankung behandelt. Die Lebenszeitprävalenz von depressiven Störungen beträgt im Mittel 16,2%

(Kessler et al., 2003, 2005). Der Zusammenhang zwischen Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis und Arbeitsstress besitzt eine erhebliche präventivmedizinische, gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Relevanz (Junghanns & Ullsperger, 2005).

So kommt der Erforschung der Ursachen große gesundheitspolitische Bedeutung zu, da Depressionen zum einen volkswirtschaftliche Kosten und zum anderen hohen Leidensdruck bei den Betroffenen hervorrufen.

Neben den persönlichen Einschränkungen der Betroffenen entstehen durch depressive Störungen auch hohe Krankheitskosten. Laut Robert-Koch-Institut (2006) lagen die Krankheitskosten für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit rund 26,7 Milliarden Euro auf Rang drei der kostenintensivsten Erkrankungen.

Die Techniker Krankenkasse mit 3,5 Millionen erwerbstätigen Versicherten gibt an, dass allein im Jahr 2010 2,6 Millionen Arbeitsfehltag aufgrund der Diagnose Depression entstanden sind (Techniker Krankenkasse, 2011).

Die Kosten entstehen nicht durch direkte therapeutische Maßnahmen, sondern größtenteils durch indirekte Kosten, die beispielsweise durch Arbeitsfehltag und geminderte Leistungsfähigkeit verursacht werden (Wittchen & Jacobi, 2005). Krankheitsbedingte Frühberentungen aufgrund depressiver Störungen stellen in Deutschland einen bedeutenden Grund für Rentenzahlungen bei verminderter Erwerbsfähigkeit dar (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2008).

1.2.3 Objektive Stressoren in der Krankenpflege

Die Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsfälle im Krankenhaus ist in den letzten Jahren gestiegen, die Bettenanzahl und Verweildauer der Patienten durch einen kontinuierlichen Rückgang gekennzeichnet. Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2012 18,6 Millionen Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 1,5% mehr als im Jahr zuvor. Es standen in Deutschland insgesamt rund 501.000 Betten zur Verfügung, gut 500 weniger als in 2011. Der Aufenthalt im Krankenhaus dauerte durchschnittlich 7,6 Tage, im Jahr 2011 waren es 7,7 Tage (Statistisches Bundesamt, 2013).

Büssing et al. (1997) haben in ihrem Forschungsprojekt „Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege“, welches sich über zweieinhalb Jahre mit zwei Messzeitpunkten in drei Krankenhäusern erstreckte, bestätigende Trends herausgearbeitet: Bei Analysen der Organisationsstrukturen von drei Krankenhäusern konnte eine Zunahme der Fallzahlen beobachtet werden, eine deutliche Abnahme der Pflégetage des einzelnen Patienten und somit eine verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus, es wurden demnach immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandelt. Die Verkürzungen der Verweildauer stellen hohe Ansprüche an das Pflegepersonal dar. Dies bedeutet eine deutliche Zunahme von administrativen Tätigkeiten sowie eine Leistungszunahme im pflegerischen Tätigkeitsfeld.

Für psychosoziale Zuwendungen und Handreichungen über die Grundpflege hinaus fehlt in der Regel die Zeit (Müller, 2000).

Die Ausübung des Berufs in der Pflege bedeutet mitunter schwere körperliche Arbeit in einem psychisch belastenden Umfeld. Darüber hinaus ist sie mit Schichtarbeit verbunden, die in über einem Drittel über 24 Stunden gewährleistet sein muss (Thallner, 1999).

Baumann und Zell (1992) zeigten in ihrer Studie über Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege typische Belastungsfaktoren des Krankenpflegepersonals auf: Unzureichende Personalbesetzung, Übernahme pflegefremder Tätigkeiten, geringes Ansehen des Berufsstandes, ständige Konfrontation mit Leid und Sterben, unzureichende Abgrenzung zum ärztlichen Dienst sowie Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Körperliche Beanspruchung resultiert vor allem aus hohem Arbeitstempo und schwerem Heben und Tragen. Büssing et al. (1995) untersuchten psychischen Stress und Burnout zu dem Zweck, den Einfluss von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen in drei Krankenhäusern zu überprüfen. In der Studie wurden die Hindernisse durch folgende Skalen operationalisiert:

1. Informativische Erschwerungen: Bestimmte Informationen sind nicht verfügbar oder fehlerhaft, beispielsweise liegen unklare Anweisungen oder die unleserliche Handschrift von Ärzten vor.
2. Motorische Erschwerungen: Es gibt Behinderungen in der Fort- und Körperbewegung oder Behinderungen bei der Benutzung von Arbeitsmitteln.

Dies kann durch bauliche Unzulänglichkeiten oder veraltete Technik verursacht werden.

3. Unterbrechungen durch Personen, Funktionsstörungen oder Blockierungen: Die momentane Arbeitstätigkeit wird unterbrochen, da die arbeitende Person ihre Aufmerksamkeit auf andere Tätigkeiten richten oder warten muss.

4. Zeitdruck.

5. Beeinträchtigende Bedingungen in der Ergonomie des Arbeitsplatzes bzw. der Station.

Als Ergebnis dokumentierten die Autoren, dass in den untersuchten Krankenhäusern Regulationsüberforderungen durch mangelhafte ergonomische Bedingungen sowie Regulationshindernisse aufgrund von Unterbrechungen durch Personen am häufigsten auftraten. Der höchste Belastungswert, ein organisationsbedingter Stressor, ergab sich für die Belegung durch beispielsweise Über- oder Fehlbelegung.

Ebenfalls hohe Belastungswerte fanden sich bei den Skalen „Unterbrechungen“, „Zeitdruck“ und „Beeinträchtigende Bedingungen“, sowie für „Erhöhter Handlungsaufwand“ (Büssing et al., 1995).

Laut DAK-Gesundheitsreport der stationären Pflege (2005) zählen Zeitdruck, Unterbrechungen und die wenigen Möglichkeiten Pausen einzulegen zu den wichtigsten organisationsbedingten Belastungen im Pflegeberuf.

Ähnliche Ergebnisse bot eine Studie von Wenderlein (2003) zu dem Thema „Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten in der Krankenpflege“. Bei einer Untersuchung an 1.021 Examinierten und Schüler/-innen zeigte sich, dass gerade die Schüler/-innen sehr unter dem Zeit- und Leistungsdruck des Berufes leiden. Die Hälfte dieser konnte sich nicht oder eher nicht vorstellen, ihren soeben erlernten Beruf bis zur Rente durchzuhalten.

Solche Belastungen bzw. Stressoren beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden und können sich in Symptomen wie Angst, Depressionen oder psychosomatischen Beschwerden äußern (Dunckel & Semmer, 1987).

Im Hinblick auf die hohe Inzidenz psychischer Erkrankungen haben Büssing et al. (2002) ein detailliertes Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege entworfen. Damit soll betrieblichen Praktikern ermöglicht

werden, Arbeitsbelastungen auf zuverlässige und ökonomische Weise zu analysieren.

Die Bereiche dieses Fragebogens gliedern sich in organisationale Stressoren, soziale Stressoren sowie widersprüchliche Anforderungen (unterteilt in folgende Unterkategorien: Regulationsüberforderungen, widersprüchliche Aufgabenziele, Lernbehinderungen, Regulationshindernisse und Folgen widersprüchlicher Anforderungen).

Wie bereits oben dargestellt, können insbesondere Unterbrechungen durch Personen, Zeitdruck, Probleme der Überbelegung und Fehlbelegung von Stationen als ausgeprägte Formen psychischer Belastungen in der Krankenpflege gelten. Zusätzlich wurden in der zweiten Untersuchungsphase Behinderungen der täglichen Arbeit durch motorische Erschwerungen als Problem identifiziert. Es ergaben sich zum Teil sehr hohe Korrelationen zwischen Arbeitsbelastungen und Arbeitsunzufriedenheit, Burnout, Gereiztheit/Belastetheit und beeinträchtigter psychischer Gesundheit. Zudem ist die körperliche und psychische Gesundheit der Pflegekräfte auf belastungsintensiveren Stationen stärker beeinträchtigt.

1.2.4 Subjektive Stressoren in der Krankenpflege

Der Beruf ist ein zentraler Lebensbereich des Menschen, hier werden Bedürfnisse befriedigt, wie die materielle Existenzsicherung, das Erleben von Anerkennung und Wertschätzung oder das Einnehmen einer sozialen Rolle außerhalb der Familie.

Darüber hinaus trägt der Beruf maßgeblich zum Wohlbefinden der Person bei (Semmer & Udris, 2007). Gesundheitsschädigende Berufsmerkmale können in negativer Weise bzw. ein erfüllendes Berufsleben kann sich positiv auf die gesamte Lebenssituation auswirken (Zapf & Semmer, 2004).

Untersuchungen im Bereich der berufsbedingten Stressforschung zeigten, dass eine hohe Arbeitsbelastung ein verringertes Wohlbefinden bedingt und dass ein ungünstiger Gesundheitszustand zu einem ausgeprägteren Belastungserleben führen kann (Sonnentag & Frese, 2003, Wilhelm et al., 2004).

Ein gesteigertes Wohlbefinden geht mit situativen und individuellen berufsbezogenen Komponenten einher, wie beispielsweise

abwechslungsreichen Arbeitsinhalten und Arbeitsaufgaben sowie materiellen Einflussfaktoren (Semmer & Mohr, 2001) oder erlebter sozialer Unterstützung (van Dick, 1999; Schaarschmidt & Kieschke, 2007) und Selbstwirksamkeitserleben am Arbeitsplatz (Stansfeld & Candy, 1997).

Hallström (2004, S.14) äußerte sich zu den Belastungen im Pflegeberuf wie folgt: „Der Beruf ist zu stressig, bietet zu wenig Freizeit, die Arbeitszeiten sind unangenehm und der Verdienst ist schlecht; auch Karrieremöglichkeiten fehlen [...], der Pflegealltag ist körperlich und seelisch anstrengend, Kranke müssen gehoben, gestützt und getragen werden, täglich sind fremde Menschen so nah wie die eigenen Familienangehörigen. Die dauernde Konfrontation mit Leid und Tod zehrt an den Kräften. Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste bringen die natürlichen biologischen Rhythmen durcheinander“.

Ein wichtiges in diesem Zusammenhang zu erwähnendes Modell ist das „Job Demand/Control Modell“ nach Karasek (1979), (Karasek & Theorell, 1990).

Die wesentliche Annahme im Job Demand/Control-Modell ist die, dass Fehlbeanspruchungen (Job Strain) und damit Krankheitsrisiken aus der Kombination zweier Tätigkeitsmerkmale ableitbar sind. Diese sind die Arbeitsintensität (Job Demands), in die die Bewertung von Zeitdruck, Arbeitshektik und widersprüchlichen Arbeitsanforderungen eingeht und der Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Ausführung der Arbeitsaufgabe (Control). Das Merkmal „Handlungs-/Entscheidungsspielraum“ beruht auf der Bewertung der zeitlichen und inhaltlichen Freiheitsgrade und den damit verbundenen Entscheidungsmöglichkeiten einerseits sowie auf der Bewertung der Vorbildsnutzung bzw. der Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der vorhandenen Qualifikation (Qualifikationsnutzung) andererseits.

Ein hohes Risiko für Fehlbeanspruchung und darüber hinaus für Erkrankungen, ist an solchen Arbeitsplätzen gegeben, die eine hohe Arbeitsintensität bei gleichzeitig niedrigerem Handlungs-/Entscheidungsspielraum aufweisen (High Strain). Stress entsteht hier aus der Diskrepanz zwischen quantitativ hoher Arbeitsbelastung bei geringen Kontrollchancen gegenüber den Arbeitsanforderungen. Das ursprüngliche Job Demand/Control Modell (Karasek, 1979) wurde von Johnson und Hall (1988) um die Dimension der „sozialen Unterstützung“ am Arbeitsplatz erweitert.

Studien belegen, dass Tätigkeiten mit einer hohen Arbeitsintensität bei geringem Handlungs-/Entscheidungsspielraum und geringer sozialer Unterstützung eine hoch riskante Konstellation für die Gesundheit der Beschäftigten darstellen (Isolated Strain) (z.B. Andrea et al., 2004, Griffin et al., 2007). Eine Studie über Arbeitsstress des Pflegepersonals an zwei Krankenhäusern in Belgien bestätigte für das Krankenpflegepersonal gegenüber einer Kontrollgruppe einen stärkeren Arbeitsstress, der sich aus höheren Arbeitsanforderungen bei geringerer Entscheidungsfreiheit bei der Arbeit ableitete (Verhaeghe et al., 2003).

Nach Hasselhorn et al. (2003) erwogen in der NEXT-Studie 19,1% des im Krankenhaus tätigen Pflegepersonals in Deutschland, aufgrund der aktuellen Arbeitssituation, aus dem Beruf auszusteigen. Der Anteil der Pflegekräfte war in den Altersgruppen 25 bis 34 Jahren am höchsten, bei älteren Pflegekräften am niedrigsten.

Als Beweggründe wurden schwere psychische und körperliche Arbeitsbedingungen, ungünstige Arbeitszeiten, niedriger Lohn und ein schlechtes Image der Pflegeberufe angegeben.

Zudem schätzten die Pflegekräfte laut DAK-BGW-Gesundheitsreport für die stationäre Krankenpflege (2005), ihre Mitsprachemöglichkeiten als sehr gering ein.

Baumgart et al. (2003) nannten drei Belastungsfaktoren in der Pfl egetätigkeit: Geringe Entscheidungsmöglichkeiten, hohe Komplexität und Vielfalt in Verbindung mit Zeitdruck und hoher Verantwortung sowie hohe Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit.

Im Zentrum der Stressbelastung steht laut Siegrist und Dragano (2008) die Erfahrung eines drohenden oder realen Verlusts der Handlungskontrolle der arbeitenden Person in einer sie herausfordernden Situation. Arbeitsbelastungen, wie Zeitdruck, können zu einem hohen Beanspruchungsniveau, Angst, Depressionen und verminderter Arbeitsleistung führen. Wenn die Arbeitsanforderungen die Fähigkeiten des Mitarbeitenden übersteigen, treten quantitative Arbeitsbelastungen auf, die in Unzufriedenheit, Anspannung und niedriger Selbstachtung Niederschlag finden können (Zapf & Semmer, 2004).

Erfahrungen begrenzter Handlungskontrolle in herausfordernden Situationen rufen im Organismus Stressreaktionen hervor, wie auch körperliche Anstrengung, die allerdings im Vergleich zu hoher psychischer Belastung einen immer geringeren Stellenwert einnimmt (Siegrist & Dragano, 2008).

Siegrist (1996) stellt im Modell „beruflicher Gratifikationskrisen“ (Effort-Reward-Imbalance) eine berufsbezogene Austauschtheorie vor. In dem Gleichgewicht zwischen dem, was der Beschäftigte einbringt („effort“ – Aufwand) und dem, was er erhält („reward“ – Belohnung), stehen neben dem Gehalt noch die soziale Anerkennung und Karrieremöglichkeiten als Belohnung.

Ein Ungleichgewicht von beruflichen Anforderungen (Effort) und erhaltenen Belohnungen (Reward) führt laut Siegrist (1996) zum Erleben einer sogenannten Gratifikationskrise. Dies führt zu negativen Gefühlen und vermittelt über physiologische Prozesse, zu einer dauerhaften Aktivierung des Organismus, die das Erkrankungsrisiko langfristig erhöht. Es treten beispielsweise vermehrt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression und Suchtneigung des Beschäftigten auf.

Griffin et al. (2007) belegen außerdem, dass ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz (Effort/Reward-Imbalance) einen Risikofaktor für das Auftreten von Depression darstellt.

Larisch et al. (2003), Wege et al. (2008), Franche et al. (2006), Stansfeld & Lercher, (2003), Tsutsumi et al. (2001) und Pikhart et al. (2004) bestätigen die Beziehung zwischen Effort/Reward-Imbalance und Depression, wobei letztere zusätzlich aufzeigten, dass mit zunehmendem Ungleichgewicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens depressiver Symptome ansteigt.

Leino und Hänninen (1995) stellten einen Zusammenhang zwischen den psychosozialen Arbeitsbedingungen und den Erkrankungen des Bewegungsapparates her. Weitere Parallelen zeigten beispielsweise Kuper et al. (2002) für Herzkreislauferkrankungen.

In einer Studie von Hackert et al. (2003) zeigte sich, dass etwa 50% der Arbeitszeit des Pflegepersonals für organisational zentrierte Tätigkeiten (Organisieren, Dokumentieren) benötigt wird. Die Bedeutung dieser Arbeit für die Genesung der Patienten wird vom Pflegepersonal eher niedrig eingestuft, sie sind wenig beliebt und werden tendenziell als belastend erlebt.

Die eigentliche Arbeitsaufgabe im Pflegeberuf, die neben hoher körperlicher Belastung auch viel Emotions- bzw. Interaktionsarbeit erfordert, kann von den suboptimalen Ausführungsbedingungen abgegrenzt werden (Büssing & Glaser, 1999). Folglich kommen noch organisationale (z.B. Schicht- und Nachtarbeit) und soziale Belastungen (z.B. Kommunikationsprobleme mit Kollegen und Vorgesetzten) hinzu. Weitere ungünstige Rahmenbedingungen sind eine geringe Bezahlung und ein niedriger beruflicher Status beispielsweise im Vergleich zu Ärzten (Kruse et al., 1999).

Semmer und Jacobshagen (2003) verwenden den Begriff „Ich-Bedrohung“ am Arbeitsplatz als Überbegriff für Stress. Sie konstatieren, dass Stress am Arbeitsplatz aus mangelnder Wertschätzung und daraus resultierender Selbstwertbedrohung erwächst. So erweisen sich Einschätzungen anderer, wie beispielsweise negatives Feedback, soziale Vergleiche am Arbeitsplatz sowie negative persönliche Einschätzungen als Selbstwertbedrohung und lösen Stress aus. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus Buchhaltern, Polizisten, Sekretärinnen etc., zeigten die analysierten Daten der 260 weiblichen und 55 männlichen Befragten des Krankenpflegepersonals einen höheren Arbeitsstress auf.

Nach einer Klassifikation „kundenbezogener sozialer Stressoren“ von Dormann und Zapf (2002) tragen außergewöhnliche Anforderungen, persönliche Angriffe, unfreundliche und unangenehme Kunden/Patienten oder Abstimmungsschwierigkeiten zu hohen emotionalen und sozialen Anforderungen bei, die zu Stressreaktionen führen können. Führt man sich die tagtägliche, belastende Arbeit mit sterbenden und zu pflegenden Patienten vor Augen, wird klar, dass in der Krankenpflege alle genannten Klassen der sozialen Stressoren vertreten sind.

Berufsbezogener Stress wird als gesundheitliches Risiko betrachtet, chronischer Stress hingegen als schwierige Anpassung an stressbehaftete Situationen oder das „Nicht-Genügen“ der Anforderungen. Chronischer Stress führt wiederum auf somatischer Ebene zu einer Dysregulation der neuroendokrinen Stressachse und steht über diese dysregulatorischen Einflüsse mit der Genese von affektiven Störungen in Zusammenhang (McEwen & Bruce, 1998).

Die Exploration der Belastung durch psychomentale Stressoren am Arbeitsplatz dient der Identifizierung von gesundheitsrelevanten Bedingungen im beruflichen Bereich und der Konzeption präventiver Maßnahmen zur Reduktion von Belastung und Krankheit am Arbeitsplatz.

Verschiedene Stressmodelle haben seit Ende der 70er Jahre dazu beigetragen, Zusammenhänge zu verstehen, und angesichts der Vielfalt und Komplexität psychosozialer Arbeitsbedingungen geholfen, potentiell krank machende Stressoren bei der Arbeit zu identifizieren und anschließend zu operationalisieren (Hasselhorn et al., 2005).

Besonders der kausale Zusammenhang zwischen arbeitsbedingtem Stress und depressiven Störungen wurde erkannt (Tennant, 2001, Stansfeld & Candy, 2006).

Siegrist und Dragano (2008) bestätigten, dass die Strukturen der Erwerbsarbeit erheblichen Wandlungsprozessen unterliegen, die zu einer Verlagerung des Belastungserlebens von physischen zu psychischen Beanspruchungen geführt haben.

1.2.5 Arbeitsbedingte Stressoren und Depression

Unter depressiven Symptomen leidende Menschen können stark in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sein.

Ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode kann nur unter erschwerten Bedingungen soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten ausführen (Dilling et al., 2005), ebenso können das familiäre Leben und zwischenmenschliche Beziehungen betroffen sein (Hammen, 1997).

In einer von Kessler et al. (2003) durchgeführten Studie wurden Personen mit der Diagnose einer Major Depression zu Einschränkungen wichtiger Lebensbereiche, wie Arbeit, Ausbildung und Partnerschaft, befragt. Die Mehrheit berichtete von schweren Einschränkungen in mindestens einem Bereich und schilderte, sie habe im betreffenden Jahr an durchschnittlich 35 Tagen alltägliche Aktivitäten nicht bewältigen können.

Depressionen sind, laut Hotopf und Wessely (1997), die häufigsten Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress. Andere daraus resultierende psychische Probleme können sein: Burnout, Alkoholabusus, undefinierbare

körperliche Probleme, Fehlzeiten, chronische Müdigkeit und Unfälle, das Sick-building-Syndrom und das Repetitive Strain Injury Syndrom.

Der nachteilige Einfluss ungünstiger psychosozialer Faktoren des Arbeitsplatzes auf die psychische Gesundheit sowie ein erhöhtes Risiko für depressive Störungen im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Stressoren, wie oben bereits aufgeführt, wurden übereinstimmend empirisch belegt (Bonde, 2008, de Lange et al., 2005, Siegrist, 2008, Stansfeld & Candy 2006).

Eine wechselseitige Beziehung zwischen arbeitsassoziierten Stressoren und depressiven Störungen wird vielfach beschrieben (de Lange et al., 2005, Tennant, 2001) und auch der longitudinale Einfluss negativer Arbeitseinflüsse auf die mentale Gesundheit ist belegt (de Lange et al., 2005, Paterniti et al., 2002, Wang & Patten, 2009).

Eine Vielzahl von Studien bezieht sich auf die oben bereits genannten Modelle, das Effort/Reward-Imbalance Modell nach Siegrist (1996) und das Job Demand/Control Modell nach Karasek (1979), (Karasek & Theorell, 1990).

So belegten Andrea et al. (2004) in einer umfangreichen belgischen Studie für erwerbstätige Männer ein 4,3fach erhöhtes Risiko und für Frauen ein 2,7fach erhöhtes Risiko unter Depressionen zu leiden, wenn die Arbeitsintensität hoch ausgeprägt war. Etwas geringere Effekte berichteten Blackmore et al. (2007). Sanne et al. (2005) zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen einem geringen Handlungs- und Entscheidungsspielraum und Depression. Auch Andrea et al. (2004) und Melchior et al. (2007) berichteten für erwerbstätige Männer von einem 2fach erhöhten Depressionsrisiko bei geringem Handlungs- und Entscheidungsspielraum.

Griffin et al. (2007) wiesen nach, dass eine hohe Fähigkeits- und Fertigkeitennutzung am Arbeitsplatz protektiv in Bezug auf Depression wirken kann.

Franché et al. (2006) belegten einen Zusammenhang von geringer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz mit dem Auftreten von Depressionen. Ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz (Effort/Reward-Imbalance) stellt, wie oben bereits ausgeführt, einen Risikofaktor für das Auftreten von Depressionen dar.

Weitere soziale Stressoren am Arbeitsplatz können beispielsweise Konflikte oder Schwierigkeiten mit Kollegen/-innen oder Vorgesetzten, ein negatives

Arbeitsklima oder soziale Isolation sein (Heinisch & Jex, 1997, Kawakami et al., 1992, Andrea et al., 2004). Signifikante Zusammenhänge zeigten sich auch zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Depression (Calnan et al., 2004, Ferrie et al., 2002).

Nach Garst et al. (2000) und Heinisch und Jex (1997) stehen die Begriffe „Rollenkonflikte“ oder „Rollenambiguität bzw. –überlastung“ in Zusammenhang mit Depression. Es kann davon ausgegangen werden, dass Tätigkeiten, die durch widersprüchliche Anforderungen, unklare Rollendefinitionen oder uneindeutige Aufgaben- bzw. Verantwortungszuschreibungen gekennzeichnet sind, mit einem höheren Depressionsrisiko verbunden sein können.

1.2.6 Ressourcen zur Stressbewältigung

Hobfoll (1989, S.26) definiert Ressourcen zur Stressbewältigung als „gesundheitsschützende und wiederherstellende Faktoren in Person und Umwelt“. Sie können das Auftreten von Stressoren vermeiden, ihre Ausprägung mildern oder ihre Wirkung verringern (Zapf & Semmer, 2004). Das bedeutet, externe oder interne Belastungen können, wenn kompensierende Ressourcen fehlen, Stress auslösen (Richter & Hacker, 1998). Außerdem sind sie funktional zum Erreichen der Arbeitsziele und können persönliches Wachstum, Lernen und Entwicklung anstoßen (Demerouti et al., 2001).

Ressourcen lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen: Ducki und Kalytta (2006) sprechen von internen bzw. personalen Ressourcen, externen bzw. situativen Ressourcen sowie strukturellen und konsumptiven Ressourcen. Hobfoll (1989) geht von vier grundlegenden Kategorien aus, die sich in objektive Ressourcen (z.B. Wohnverhältnisse), Zustände (z.B. Ehe), persönliche Charakteristika und Energien (z.B. Zeit, Geld, Wissen) unterscheiden lassen. Ergänzend lassen sich laut Udris et al. (1991) drei Kategorien unterscheiden: Organisationale Ressourcen (z.B. Tätigkeits- und Entscheidungsspielraum), soziale Ressourcen (z.B. Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kollegen/-innen) und personale Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung).

Büssing et al. (2000) unterscheiden zwei Kategorien von Ressourcen, die arbeitsbezogenen und die Personenbezogenen. Die arbeitsbezogenen

Ressourcen können laut Bakker et al. (2004) auf vier verschiedenen Ebenen angesiedelt sein: Organisation, interpersonelle Beziehungen, Arbeitsorganisation und Arbeitsaufgabe. „Gesundheit und Ausgeglichenheit, auch unter hohen Anforderungen, ist abhängig von der Verfügbarkeit und der Nutzung von gesundheitsschützenden bzw. wiederherstellenden Faktoren in der Person und in der Umwelt, die als [...] Ressourcen bezeichnet werden“ (Kraft et al., 1994, S.218).

Hobfoll (1989) betont, dass vor allem eine Vielzahl verschiedener Ressourcen wichtig zur Stressvermeidung sein kann, da viele verschiedene stressauslösende Situationen dann bewältigt werden können. Ressourcen haben also eine gesundheitsschützende und motivierende Wirkung, indem sie die Entwicklung, das Lernen oder Vorwärtkommen im Beruf fördern oder zur Erreichung eines Ziels genutzt werden können (Leiter & Bakker, 2010). Nach Zapf und Semmer (2004) sind Kontrolle bzw. Autonomie und soziale Unterstützung wesentliche Ressourcen bei der Arbeit (Zapf & Semmer, 2004). Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte ist eine starke soziale Ressource und kann positive Funktionen für die Stressbewältigung, die Prävention und die Aufrechterhaltung der Gesundheit besitzen (Udris & Frese, 1999). Ebenso bedeutsam sind Autonomie und Kontrolle, die als „in der Umwelt des Individuums liegende Beeinflussbarkeit belastender Bedingung durch die Person“ verstanden und als grundlegendes menschliches Bedürfnis gesehen werden (Udris & Frese, 1999).

Büssing et al. (2000) sprechen auf Basis ihrer Ergebnisse der Autonomie, bestehend aus Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen, eine unterstützende Rolle bei der Bewältigung von Regulationsbehinderungen der Arbeit zu, die weitere negative Konsequenzen verhindern kann.

Personen mit hohen personalen Ressourcen haben das Gefühl, ihr Umfeld erfolgreich beeinflussen und kontrollieren zu können, vor allem unter herausfordernden Umständen. Diese beeinflussen den komplexen Prozess der Stressentstehung, denn Menschen unterscheiden sich darin, wie sie Stressoren wahrnehmen, bewerten und bewältigen (Zapf & Semmer, 2004).

Eine Quelle personaler Ressourcen sind persönliche Charakteristika wie Selbstwirksamkeit, Empathie und soziale Verantwortung (Buchwald & Hobfoll, 2004). Selbstwirksamkeit und Können stehen in Verbindung mit

Selbstsicherheit, effektiven Coping-Strategien und guter Arbeitsleistung und können als Ressourcen bei hohen Arbeitsanforderungen fungieren (de Lange et al., 2003). Hobfoll und Shirom (1993) unterstreichen die Bedeutung von Selbstwirksamkeit als zentrale Ressource zum Schutz vor psychischen Erkrankungen.

1.2.6.1 Selbstwirksamkeitserwartungen

In der Auseinandersetzung mit alltäglichen Umwelтанforderungen stellen Selbstwirksamkeitserwartungen oder Kompetenzerwartungen eine wichtige interne personale Ressource dar. Wenn schwierige Aufgaben zu bewältigen sind, werden zunächst die an die eigene Person gestellten Anforderungen gegen die eigenen Kompetenzen und Ressourcen abgewogen. Erst dann erfolgt eine bestimmte Handlung bzw. Bewältigungsreaktion (Bandura 1977, 1997, Lazarus & Folkman, 1984, Jerusalem, 1990, Schwarzer, 1992, 1994).

Bandura (1997, S.3) definiert: „Wahrgenommene Selbstwirksamkeit bezieht sich auf Überzeugungen über diejenigen eigenen Fähigkeiten, die man benötigt, um eine bestimmte Handlung zu organisieren und auszuführen, um damit bestimmte Ziele zu erreichen“.

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, 1999). Sie stellt demnach eine wichtige personale Ressource im alltäglichen Leben dar. Steht eine Herausforderung an, wird die nötige Handlung mit Kompetenzen abgeglichen und eine Entscheidung für eine bestimmte Handlung getroffen.

1.2.6.2 Die Selbstwirksamkeitstheorie nach Bandura

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit ist das Resultat einer fast dreißig Jahre dauernden Forschung des Psychologen Albert Bandura und der immer größer

werdenden Anzahl von Untersuchungen, welche aus Banduras Originalarbeit hervorgegangen sind.

Die Selbstwirksamkeitstheorie 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). Er 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. Diese 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.

Das bedeutet: Ein Mensch mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung glaubt daran, etwas bewirken und sein Schicksal durch eigenes, selbständiges Handeln beeinflussen zu können.

Die 4 Quellen der Selbstwirksamkeit

Bandura (1994) nennt vier verschiedene Quellen, die Selbstwirksamkeit prägen können:

4 Quellen der Selbstwirksamkeit

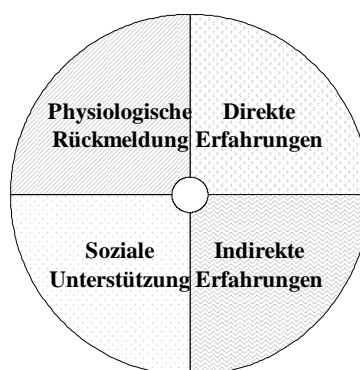


Abbildung 1

1. Direkte Erfahrungen oder Erfolg bei der Bewältigung in schwierigen Situationen

Als „Direkte Erfahrungen“ bezeichnet man die Erfahrungen, die gemacht werden, in denen bestimmte Anforderungssituationen bewältigt werden. Im Bewältigungsprozess werden nicht nur Informationen über die erforderliche Verhaltensweise, sondern auch über das eigene Verhalten erworben. Dies führt zur Abschätzung von eigenen Fähigkeiten und Nicht-Fähigkeiten. Bei der Beurteilung der eigenen Selbstwirksamkeit werden zusätzlich die Schwierigkeiten, das Ausmaß der Anstrengung, der externen Hilfen sowie situative Umstände berücksichtigt.

2. Indirekte Erfahrungen oder Beobachtungen von Modellen

Indirekte Erfahrungen werden gemacht, indem eine Modellperson, beobachtet wird, die ein Problem erfolgreich bewältigt. Personen, die einem in bestimmten Verhaltensweisen ähneln, werden zu einem sozialen Vergleich herangezogen, um daraufhin Schlussfolgerungen auf das eigene „Ich“ zu ziehen.

3. Soziale Unterstützung oder verbale Beeinflussung

Soziale Unterstützung resultiert daraus, sich durch andere Personen beeinflussen zu lassen, ein erforderliches Verhalten ausführen zu können. Der Grad der Beeinflussung hängt dabei von der Glaubwürdigkeit der betroffenen Person ab.

4. Physiologische Rückmeldung oder Emotionale Erregung.

Physiologische Rückmeldung kann eine weitere Informationsquelle darstellen. Hohe Erregung kann die Verhaltensausführung beeinflussen. Im Allgemeinen wird eher dann erfolgreiches Verhalten erwartet, wenn man nicht erregt ist.

Von diesen genannten Quellen hält Bandura die „Direkte Erfahrung“ für die Wichtigste. Er vertritt den Standpunkt, dass, wenn Verhalten geändert werden soll, dies am besten dadurch geschieht, dass neue oder veränderte Verhaltensweisen systematisch ausprobiert und eingeübt werden.

1.2.6.3 Selbstwirksamkeit und psychische Krankheit/Depression

Die Selbstwirksamkeit ist sehr bedeutsam im Hinblick auf psychische Störungen. Bei niedriger Selbstwirksamkeit entsteht laut Stalder (1985) ein Vermeidungsverhalten, in dem angstmachende Situationen oder Verhaltensalternativen gemieden werden. Dieses Vermeidungsverhalten kann auch das Durchhaltevermögen senken, einhergehend mit dem Verhalten, dass nicht genügend gegen Angst oder Sucht angegangen wird. Die Patienten entziehen sich, wodurch es zu einer Chronifizierung kommen und an dessen Ende eine manifeste Angsterkrankung stehen kann.

„Personen, die sich in einer Situation als inkompetent betrachten, richten ihre Aufmerksamkeit auf sich selber und überschätzen die Schwierigkeiten der Situation. Ihr Erregungsniveau erhöht sich dadurch und ihre Leistung verschlechtert sich“ (Stalder, 1985, S.256).

Auch andere Studien belegen diesen Zusammenhang, dass Personen mit höherer Selbstwirksamkeit offenbar eine bessere seelische und körperliche Gesundheit aufweisen (Fuchs & Schwarzer, 1994). Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Depression wurden in vielen Studien untersucht und eine Korrelation bestätigt (Francis et al., 2007, Tonge et al., 2005, Tucker et al., 2004, Arnstein, 2001, Anderson & McLean, 1997, Ehlers & Lüer, 1996, Hautzinger, 1997, Zimmer, 1996, Connell et al., 1994, Hautzinger et al., 1994, Schindler & Körkel, 1994, de Jong et al., 1985).

Depression wirkt sich laut Francis et al. (2007) negativ auf Selbstwirksamkeit aus. Laut Tonge et al. (2005) korrelieren hohe Selbstwirksamkeits-Scores mit niedrigen Werten im Bereich der Depression.

Festzuhalten ist, dass sich ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit protektiv auf die Entstehung einer Depression auswirkt und Personen mit einem geringen Maß an Selbstwirksamkeit häufiger dazu neigen, an einer Depression zu

erkranken. Zudem bewirkt eine Depression eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung (Fuchs & Schwarzer, 1994, Tonge et al., 2005, Francis et al., 2007).

1.3 Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit

1.3.1 Skalen zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeit in verschiedenen Lebensbereichen

Bandura (1997) selbst regte dazu an, die allgemeine Selbstwirksamkeit in kleineren, 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:

Selbstwirksamkeit im Berufsfeld Schule

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/-innen 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.225).

Schmitz (2000) ging der Frage nach, ob Selbstwirksamkeit Lehrer/-innen vor Burnout schützen kann. 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 Lehrer-Burnout untersucht. Die Befunde dieser Arbeit sprechen für die angenommene protektive Funktion von Selbstwirksamkeitserwartungen im Burnoutprozess.

Selbstwirksamkeit nach der Geburt eines Kindes

Hannöver et al. (2004) befassten sich mit einem Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und der Motivation zur Verhaltensänderung bei Frauen nach der Geburt eines Kindes. Es wurden 666 Frauen befragt, welche vor und/oder während der Schwangerschaft geraucht hatten, bezüglich ihrer Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören. 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. (2004) betonten, dass es sinnvoll sei, gezielt die Selbstwirksamkeit bezüglich der Abstinenz zu fördern – dies könne zukünftig für Interventionen genutzt werden.

Selbstwirksamkeit im Bereich Krankheit

Langfristige Behandlungserfolge bei Fibromyalgie-Patienten in Relation zu krankheitsspezifischer Selbstwirksamkeit bilden die Grundlage einer Studie von Müller et al. (2004). Die Ergebnisse bestätigen den positiven 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). Schneider (2006) stellte eine Studie an Patienten mit anhaltender, somatoformer Schmerzstörung vor und arbeitete folgende Punkte heraus: Das Maß der Selbstwirksamkeit korreliert negativ mit subjektiv erlebter Rentenbedürftigkeit und den Zeiten der 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.

Wiedebusch et al. (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.

Die aufgeführten Studien stellen die allgemeine Selbstwirksamkeit als interne Ressource dar, über die jeder Mensch in unterschiedlich hohem Maße verfügt. Zusammenhänge mit körperlichen und psychischen Krankheitsverläufen und deren Behandlungserfolgen, 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 sind nachgewiesen worden. Es existieren mittlerweile Studien zur allgemeinen Selbstwirksamkeit aus vielfältigen Bereichen, mit eigenen, von den jeweiligen Autoren selbst erarbeiteten Skalen oder mit Skalen der allgemeinen Selbstwirksamkeit.

1.3.2 Skalen zur Messung bereichsspezifischer Selbstwirksamkeit

1.3.2.1 Skalen zur Messung der Beruflichen Selbstwirksamkeit

Hackett und Betz (1981) übertrugen als eine der Ersten die allgemeine Selbstwirksamkeit auf einen aufgabenbezogenen, beruflichen Kontext. Sie entwarfen ein Instrument für Studierende, in dem sich diese einschätzten, wie erfolgreich sie gewisse Berufe ausüben könnten („Occupational Self-Efficacy Scale“). Das Instrument enthielt eine Liste von 10 typischen Frauen- und Männerberufen. Damit überprüften sie die These, ob die Unterrepräsentation von Frauen in typischen Männerberufen auf tiefere Selbstwirksamkeitserwartungen der Frauen in diesen Bereichen zurückzuführen sei.

Aufbauend darauf entwickelten Schyns und Collani (2002) ein arbeitsbezogenes, aber generelles Instrument zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeit.

Die berufsbezogene Selbstwirksamkeitsskala mit 20 Items („Occupational Self-Efficacy Scale“) korreliert mit verschiedenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit; die Korrelation mit der Zufriedenheit mit den Arbeitsaufgaben ist am höchsten. Die „Career Decision-Making Self-Efficacy Scale“ (CDMSE) wurde von Taylor und Betz (1983) entwickelt und misst das Vertrauen, das die Menschen in ihre Fähigkeiten haben, wichtige Aufgaben im Hinblick auf Berufswahlentscheidungen zu bewältigen.

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Selbstwirksamkeit waren erstens die Eignung der Selbstwirksamkeit als integratives Element der Berufswahl- und Laufbahntheorien und zweitens die moderaten Korrelationen zwischen Kongruenz und Arbeitszufriedenheit. Selbstwirksamkeit ist als ein Faktor identifiziert worden, der das berufliche Verhalten erklären will und sich auf die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten im Beruf auswirken kann. Aufgrund der Ausrichtung auf die Ebene des allgemeinen beruflichen Verhaltens kommt eine Selbstwirksamkeitsskala zur Anwendung, die sich mit dem Vertrauen in die allgemeinen beruflichen Fähigkeiten befasst (berufliche Selbstwirksamkeit).

Im deutschsprachigen Raum existieren verschiedene Instrumente zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeit. Speier und Frese (1997) haben eine 6-Item-Skala vorgelegt, welche jedoch nicht nur die berufliche Selbstwirksamkeit sondern auch die allgemeine Selbstwirksamkeit erfasst. Abele et al. (2000) entwickelten eine berufliche Selbstwirksamkeitsskala, die möglichst ökonomisch die allgemeine berufliche Selbstwirksamkeit erfassen soll. Die sechs Items wurden, in Anlehnung an die Skala zur Erfassung generalisierter Kompetenzerwartung von Schwarzer und Jerusalem (1995), berufsbezogen umformuliert.

1.3.2.1.1 Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit im Bereich der Krankenpflege

Im Folgenden sind Skalen aus dem Bereich der beruflichen Selbstwirksamkeit in der Krankenpflege aufgeführt. Dieser Abschnitt soll einen Einblick über bereits vorliegende Studien geben.

Den Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und Faktoren wie Herkunft, Erziehung und Fachwissen untersuchten Bernal und Froman (1993) in ihrer Arbeit „Influences on the Cultural Self-Efficacy of Community Health Nurses“.

Durch die entwickelte Skala zur Selbstwirksamkeit zeigten sich Zusammenhänge zwischen dem ethnischen Status der Befragten und ihrer Selbstwirksamkeit. Afroamerikaner, Amerikaner lateinamerikanischer Herkunft und Asiaten zeigten die größte Selbstwirksamkeit bei der Zusammenarbeit mit Patienten mit demselben kulturellen Hintergrund. Umgekehrt wurde eine geringere Selbstwirksamkeit bei der Zusammenarbeit mit anderen ethnischen Gruppen, wie asiatisches Personal bei der Pflege spanischer Patienten, erwiesen.

In ihrer Studie „Development of a Pediatric Skill Self-Efficacy Scale“ untersuchten Craven und Froman (1993) die Selbstwirksamkeit des Pflegepersonals bezüglich pflegerischer Fähigkeiten, Eignung, pflegerischem Geschick und Fachwissen bei Patienten unter 18 Jahren. Das Ergebnis zeigte einen direkten proportionalen Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und objektiv bewertetem Fachwissen. Außerdem wurde ein direkter Zusammenhang zur Einsatzfreude (task enjoyment) und zur Effektivität am Arbeitsplatz nachgewiesen.

1993 entwickelten Murphy und Kraft im Rahmen ihrer Veröffentlichung „Development and Validation of the Perinatal Nursing Self-Efficacy Scale“ ein Instrument zur Messung der Selbstwirksamkeit bezüglich sogenannter perinataler Fähigkeiten des Pflegepersonals und Fachkenntnis in speziellen geburtshilflichen Einrichtungen, genannt „family-centered single room maternity care.“ Dieser Begriff bezeichnet eine neue Art der umfassenden Geburtshilfe für werdende Mütter und ihre Familien. 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 zu erarbeiten, 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.

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/-innen. Hierfür wurden Aspekte der Ausbildung 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 bezüglich des Geschlechts konnte ebenso kein Unterschied festgestellt werden.

In Island führten Jeffreys und Smodlaka (1998) die Studie „Exploring the Factorial Composition of the Transcultural Self-Efficacy Tool“ (TSET) mit 1.260 Krankenpflegeschüler/-innen unterschiedlicher Herkunft durch. Der Fragebogen beinhaltete dreiundachtzig Items, mit denen die Zuversicht der angehenden Krankenpflegekräfte in ihre Fähigkeit mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu arbeiten und auszukommen, gemessen werden sollte. Die Autoren betonten die Bedeutung der transkulturellen Pflege, welche kenntnisreich, sensibel und fachgerecht mit Menschen unterschiedlicher Kulturen umgeht. Hinter dieser Skala stand die Absicht, die Forschungsergebnisse Ausbildungseinrichtungen für Krankenpflegepersonal zugänglich zu machen. Es wurde darauf geachtet, dass dieses Inventar nicht auf die Anwendung für spezielle ethnische Gruppen begrenzt, sondern kulturübergreifend eingesetzt werden kann.

Nach Entwicklung des TSET von Jeffreys und Smodlaka (1998) stellte Jeffreys (2000) zwei Jahre später die Schritte der Entwicklung und Evaluierung der Skala vor. Er betonte den Aspekt der kulturübergreifenden Pflegeausbildung als wichtigen Punkt. In vier Studien wurden die Gütekriterien des Instruments dargelegt. Bei der Unterscheidung von drei Lerndimensionen (kognitiv, praktisch, affektiv) konnten folgende Ergebnisse herausgearbeitet werden: Die geringste Selbstwirksamkeit besaßen die Krankenpflegeschüler/-innen im Punkt Fachwissen, eine etwas höhere Selbstwirksamkeit in der Gesprächsführung (praktische Lerndimension) und am sichersten fühlte sich das angehende

Pflegepersonal 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: Ausbildungsanfänger hatten geringere Werte als fortgeschrittene Schüler/-innen. Die höchsten Werte wurden nach einer zweijährigen Zusatzausbildung in kulturübergreifender Pflege gemessen.

Demographische Daten (Alter, Geschlecht, Einkommen, usw.) hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse.

Dilorio und Price (2001) erarbeiteten ein Instrument zur Messung selbstwahrgenommener klinischer Selbstwirksamkeit beim Pflegepersonal. Da die Skala im Rahmen einer neurowissenschaftlichen Weiterbildung angewandt wurde, fanden auch deren Aspekte Beachtung.

Es wurden 54 Personen im Zeitraum von 10 Jahren beobachtet, die Dauer der einzelnen Weiterbildungen lag zwischen sechs und zehn Monaten. Die beiden Messzeitpunkte befanden sich zu Beginn und zum Ende der Beobachtungszeit. Das Ergebnis stellte dar, dass neurowissenschaftliches Fachwissen das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bestärkt. Weiter konnten die Ergebnisse dazu genutzt werden, das Weiterbildungsprogramm zu verbessern und auszubauen.

Davies und Hodnett (2002) entwickelten eine Skala zur Messung der Selbstwirksamkeit des Krankenpflegepersonals in der Geburtshilfe. Die Studie beinhaltete 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.

Dillon et al. (2003) beschäftigten sich mit dem Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die individuelle Akzeptanz der Einführung einer neuen Technologie, wie beispielsweise ein neues Informations- und Nachrichtensystem im Krankenhaus.

Das Krankenpflegepersonal erhielt diverse Einarbeitungs- und Trainingsmaßnahmen. Arbeitsabläufe mussten neu organisiert und koordiniert,

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 neuen Systemen frühzeitig aufgedeckt werden können.

Shellman (2006) beschreibt die Entwicklung und Evaluation einer 28-Item-Skala, „Eldercare Cultural Self-Efficacy Scale“ (ECSES). Den Rahmen bildete auch hier wieder Banduras Selbstwirksamkeitstheorie (1977,1997). 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.

Die hier aufgeführten Studien wurden für spezifische Bereiche in der Krankenpflege entwickelt und sind sehr speziell. Ein Diagnostikum zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeit beim Krankenpflegepersonal liegt bislang noch nicht vor.

2 Zielsetzung und Hypothesen

Im vorangehenden Kapitel wurden die zunehmenden objektiven und subjektiven Stressoren beim stationär tätigen Krankenpflegepersonal dargestellt. Damit verbundene hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten, frühzeitiger Berufsausstieg und die deutliche Prävalenz affektiver Störungen des Krankenpflegepersonals geben Anlass zur differenzierten Untersuchung der Arbeitsbedingungen und deren gesundheitliche Situation.

Arbeitsbedingter Stress, geringe Eigenkontrolle bei hohen Anforderungen und geringes Mitspracherecht im Beruf führen vermehrt zu psychischen Erkrankungen und insbesondere zu Depressionen. Arbeitsstressmodelle ermöglichen eine Konzeptionalisierung von Belastungskonstellationen und standardisierte Messungen, dieses wurde beispielsweise anhand des Job-Demand-Control-Model und des ERI-Models verdeutlicht. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Erklärung von gesundheitlichen Störungen durch verletzte Reziprozität am Arbeitsplatz.

Ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit als Ressource zur Stressbewältigung, und noch spezifischer ein hohes Maß an beruflicher Selbstwirksamkeit, führt zur Reduzierung von arbeitsbedingtem Stress und damit zu geringerem Auftreten psychischer Störungen, wie Depressivität oder emotionaler Erschöpfung.

Zur allgemeinen Selbstwirksamkeit gibt es, wie bereits aufgeführt, einige entwickelte Instrumente. Diese existieren schon länger, wurden oft eingesetzt und erlangten in der Praxis eine gewisse Bedeutung.

Zur beruflichen Selbstwirksamkeit in der Krankenpflege gibt es einige entwickelte Messinstrumente für spezifische Gebiete. Die hier vorliegende Arbeit befasst sich mit beruflicher Selbstwirksamkeit des stationär tätigen Krankenpflegepersonals. Dazu wurde ein spezielles Messinstrument entwickelt. Heindle (2009) führte an dem vorliegenden Instrument mit 36 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit Messungen mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalyse durch und kam zu dem Ergebnis, dass ein neues Instrument mit einer 13-Item Skala in der stationären Pflege gefunden werden konnte, welches zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeit beim stationär tätigen Krankenpflegepersonal genutzt werden kann.

In der hier vorliegenden Studie wird die Validität des Fragebogens unter dem Gesichtspunkt der kriterienbezogenen Validität überprüft. Als gesundheitsbezogenes Kriterium wurde die Depressivität gewählt, da sie zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen der Allgemeinbevölkerung gehört (Wittchen et al., 2010). Außerdem stehen die allgemeine Selbstwirksamkeit und Depressivität in hohem Zusammenhang und negative Korrelationen wurden bereits mehrfach bestätigt (z.B. Francis et al., 2007, Tonge et al., 2005, Tucker et al., 2004, Arnstein, 2001, Anderson et al., 1997, Ehlers & Lüer, 1996, Hautzinger, 1997, Zimmer, 1996, Connell et al., 1994, Hautzinger et al., 1994, Schindler & Körkel, 1994, de Jong et al., 1985).

Die Validität ist ein Gütekriterium psychologischer Tests und gibt Auskunft über die Gültigkeit dieser. Das bedeutet, ein Test ist valide, wenn er die Merkmale oder Verhaltensweisen misst, die er messen soll (Lienert, 1969, Moosbrugger & Kelava, 2007). Validität wird nach Schuler (1996) unterschieden in Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität. In der hier vorliegenden Dissertation wird speziell auf die Kriteriumsvalidität eingegangen.

Ein Test ist valide hinsichtlich eines Kriteriums, wenn der Zusammenhang stark genug ist, um auf der Basis der Testwerte praktisch brauchbare Aussagen hinsichtlich der Ausprägung eines Kriteriums zu machen (Krohne & Hock, 2007).

Eine Möglichkeit der Validitätsüberprüfung ist es, die Skala mit einem anderen Instrument, das ein stark verwandtes, ähnliches oder das gleiche Konstrukt erfasst, zu vergleichen. Zeigt sich ein hoher Zusammenhang zwischen den Ergebnissen, so zeigt das Verfahren konvergente Validität.

Inkrementelle Validität ist ein von Sechrest (1963) eingeführter Begriff zur Bezeichnung des von einem Prädiktor zusätzlich erklärten Varianzanteils eines Kriteriums nach Berücksichtigung anderer Prädiktoren. Sie ist somit identisch mit der eigenständigen Prognosekraft eines Messinstruments.

Die inkrementelle Validität bezeichnet das Ausmaß, indem die Vorhersage eines Kriteriums durch Hinzunahme eines weiteren Tests verbessert werden kann. Sie kann in einer multiplen Regression durch den Zuwachs an erklärter Varianz bei der Vorhersage eines externen Kriteriums ermittelt werden.

In dieser Arbeit wird die Kriteriumsvalidität der Skala für berufliche Selbstwirksamkeit des stationären Krankenpflegepersonals anhand der

Kriteriumsvariablen Depressivität und der beruflichen Selbstwirksamkeit als Prädiktorvariablen überprüft.

Dazu werden zwei Hypothesen aufgestellt:

1. In der vorliegenden Arbeit wird erwartet, dass die allgemeine Selbstwirksamkeit die Depressivität beeinflusst bzw. in negativem Zusammenhang steht und
2. dass eine höhere Spezifität, wie die berufliche Selbstwirksamkeit, zusätzlich Varianz erklärt, das heißt, bedeutsamer als Schutzfaktor ist, als die allgemeine Selbstwirksamkeit.

Dieses wird anhand von Berechnungen mittels Korrelationen und der multiplen Regressionsanalyse überprüft.

Ein entsprechendes Diagnostikum zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeit beim stationären Krankenpflegepersonal ist bislang nicht vorhanden. Bei nachgewiesener Validität könnte ein Fragebogen für die Prävention und frühzeitige Therapie depressiver Zustände beim Pflegepersonal eingesetzt werden und diesen rechtzeitig entgegengewirkt werden.

3 Methode

3.1 Design und Procedere

3.1.1 Studiendesign

Das in der vorliegenden Arbeit angewendete Querschnittsdesign eignet sich dazu, Zusammenhänge zwischen Studienvariablen zuverlässig aufzudecken und durch kosten- sowie zeitsparende Eigenschaften empirisch fundierte Ergebnisse zu erhalten. Es eignet sich als adäquates Verfahren zur Bestimmung der Prävalenz von Erkrankungen oder Risikofaktoren von Krankheiten.

Die Erhebung von Daten mittels Selbstbeurteilungs-Instrumenten kann ein methodisches Problem darstellen. Die Validität des Selbsturteils kann durch psychologische, soziologische, linguistische und experimentelle Variablen beeinflusst werden (Harrison et al., 1996). Selbstwirksamkeit ist ein subjektives Konstrukt, das durch objektive Beobachtungen schwierig feststellbar ist. Daher ist die Erhebungsmethode mittels Selbstbeurteilungs-Fragebogen dem hier erfragten Messgegenstand angemessen.

Kausale Zusammenhänge können mit diesem Studiendesign nicht überprüft werden, weil mittels Querschnittstudien keine Angaben zur zeitlichen Abfolge von Exposition und Outcome zur Verfügung stehen. Um kausale Zusammenhänge zu erfassen, sind experimentelle Studiendesigns bzw. Längsschnittstudien Mittel der Wahl.

Vorteile von Querschnittstudien liegen in der schnellen Realisierungsmöglichkeit, den vergleichsweise geringen Kosten und dem Feststellen von Assoziationen. Sie helfen komplexe multivariate Variablenzusammenhänge aufzudecken und zu strukturieren, lassen aber keine Kausalaussagen zu.

Die untersuchte Studie ist eine Korrelationsstudie. Man untersucht den linearen Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen, der Depressivität als abhängiger Variablen und den Selbstwirksamkeitsskalen als unabhängigen Variablen.

3.1.2 Stichprobengewinnung

Die Studie wurde vom Institut für medizinische Psychologie der Philipps-Universität Marburg betreut. Die wissenschaftliche Begleitung lag bei Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler (Philipps-Universität Marburg).

Die Daten wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten, von Juni 2006 bis Januar 2007, erhoben.

Es nahmen N=207 stationär tätige Krankenpfleger/-innen aus über zehn Kliniken im Großraum Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen teil. Einige Fragebögen wurden bei der Pflegedienstleitung einzelner Stationen oder persönlich bekanntem Krankenpflegepersonal zur Verteilung an die Mitarbeitenden abgegeben. Die nicht persönlich angesprochenen Probanden wurden mittels einer kurzen schriftlichen Beilage um Mitarbeit gebeten und über das Ziel der Studie aufgeklärt.

Die Bearbeitungszeit eines Fragebogens betrug etwa 30 Minuten. Die Teilnehmer wurden angehalten, die Bögen in ihrer Freizeit auszufüllen, um Konflikten am Arbeitsplatz vorzubeugen. Bei dem entwickelten Fragebogen mit 36 verschiedenen Aussagen zur beruflichen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege wurden die Probanden gebeten, 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“, 2 = „stimmt kaum“, 3 = „stimmt eher“ bis 4 = „stimmt genau“ eingestuft werden.

Die Rücksendung zum Institut erfolgte in einem zum Fragebogen beigefügten Umschlag ohne Angabe des Absenders. Die Rücklaufquote betrug etwa 25%. Da einige Bögen nicht persönlich überreicht wurden, sondern an die Pflegedienstleitung oder privat bekannte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen zur weiteren Verteilung auf Station abgegeben wurde, kann nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund einige Bögen nicht bearbeitet oder zurückgesandt wurden.

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/-innen (mit 1-jähriger Ausbildung) sowie studentische Aushilfen ohne Examen.

3.2 Erhebungsinstrumente

Zur Erhebung der psychischen Belastung bzw. Depressivität wurden Items der Kurzversion der „Allgemeinen Depressionsskala“ verwendet (ADS-K) (Hautzinger & Bailer, 1993). Die ADS ist die deutsche Übersetzung der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D, Radloff, 1977), die sich sowohl für den Einsatz im nicht-klinischen, als auch im klinischen Bereich zur Erfassung depressiver Symptome eignet. Zur Messung der Selbstwirksamkeit wurden Items aus dem Fragebogen der „SWE - Skala zur Messung der allgemeinen Selbstwirksamkeit“ in den Fragebogen integriert.

3.2.1 ADS- Allgemeine Depressions-Skala

Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung depressiver Symptome. Die Skala wurde durch Hautzinger und Bailer (1993) als deutsche Version der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) veröffentlicht. Die ADS erfasst sowohl affektive, motivationale, soziale als auch kognitive und motorische Symptome depressiver Störungen (Hautzinger, 2003). In der Anwendung erweist sich das Instrument als zeitsparendes sowie kostengünstiges Verfahren und wird deshalb als sehr praktikables Verfahren zur Messung von Depressivität angesehen. Die Vorkommenshäufigkeit von depressiven Symptomen der Bereiche Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, empfundene Ablehnung durch andere, Weinen, Genussunfähigkeit, Rückzug, Angst, Fröhlichkeit, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Konzentrationsprobleme und Pessimismus werden in dem Bezugszeitraum der vorausgegangenen Woche

erfragt. Hierbei reichen die Antwortmöglichkeiten auf einem 4-stufigen Likert-skalierten Format von „selten oder überhaupt nicht, weniger als einen Tag“ mit 0 Punkten bis zu „meistens, die ganze Zeit, fünf Tage und mehr“, welche mit 3 Punkten bewertet werden.

Das Instrument liegt in einer Langform mit 20 Items (ADS) und einer Kurzskala (ADS-K) mit 15 Items vor, wobei beide Formen von vergleichbarer psychometrischer Güte sind und die kurze Version sich als nahezu identisch zur längeren Form erweist (Hautzinger et al., 1993). Die ADS-K ist als Screeningverfahren zur Diagnose depressiver Störungen sehr gut geeignet, das Vorliegen einer Depression oder die Abwesenheit einer depressiven Störung zu erfassen (Lehr et al., 2008, Stieglitz, 2008).

Bezüglich der Reliabilität weist die ADS-K eine hohe innere Konsistenz von $r = .90$ auf (Hautzinger & Bailer, 1993). Die Korrelationen der Skala mit anderen Verfahren zur Erfassung depressiver Symptome, wie dem Beck Depressionsinventar (Beck et al., 1961, Hautzinger et al., 1994), der Befindlichkeitsskala (von Zerssen, 1986) oder der Hamilton Depressionsskala (Hamilton, 1960), erreichen signifikante Werte (Hautzinger & Bailer, 1993).

Auch die Veränderbarkeit depressiver Symptome kann mit der Allgemeinen Depressions-Skala sensitiv erfasst werden (Mohiyeddini et al., 2002).

In den aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen wird die ADS als geeignetes Screeninginstrument zur Früherkennung depressiver Symptome empfohlen (ÄZQ, 2009). Der Summenwert der ADS-K, der zwischen 0 und 45 Punkten beträgt, ist als Kennwert aktueller depressiver Symptome zu verwenden und kann hinsichtlich verschiedener Aspekte interpretiert werden (Hautzinger & Bailer, 1993, Lehr et al., 2008, Stieglitz, 2008). Ein erhöhter Wert weist auf das Vorliegen einer depressiven Störung hin. Des Weiteren kann die Höhe des Summenwertes bei Patienten, bei denen nach Kriterien der ICD-10 oder DSM-IV-Klassifikation die klinische Diagnose einer Depression gestellt wurde, die Schwere der Depression aufzeigen. Die Veränderbarkeit depressiver Symptome, z.B. im Rahmen therapeutischer Interventionen, kann anhand der Abnahme des Summenwertes evident werden. Die Reliabilität nach Cronbach's alpha betrug $.95$ (Lehr et al., 2008). Die ADS wurde mit anderen Depressionsskalen, wie beispielsweise dem Beck Depressionsinventar (Beck et al., 1961, Hautzinger,

1991, Hautzinger & Bailer, 1993) und dem Inventar Depressiver Symptome (Rush et al., 1986, Hautzinger & Bailer, 1993) auf Korrelationen hin untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass die ADS mit Depressionsskalen hoch und positiv korreliert, was für die Validität der Skala spricht.

3.2.2 SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Sie wird bei Erwachsenen und Jugendlichen eingesetzt und dient der Persönlichkeitsdiagnostik. Die Bearbeitungszeit variiert mit den Besonderheiten der Stichprobe und liegt im Durchschnitt bei 4 Minuten. Sie misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Inzwischen sind auch bereichsspezifische Varianten publiziert wie beispielsweise die schulbezogene SWE (Jerusalem & Satow, 1999, Satow, 1999), die Lehrer-SWE, und die kollektive Lehrer-SWE (Schwarzer & Jerusalem, 1999, Schwarzer & Schmitz, 1999).

Das Instrument ist auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy) entstanden, das Bandura erstmalig 1977 formuliert hatte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozialkognitiven Theorie (Bandura, 1997) ausmacht. Es ist eigentlich als ein situationsspezifisches Konstrukt gedacht, wobei der Grad an Spezifität jedoch sehr variieren kann. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung stellt dazu einen extremen Pol dar und beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt. Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. Die

Selbstwirksamkeitsskala soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990, Schwarzer, 1994).

Es handelt sich um eine eindimensionale Skala von 10 Items, die möglichst nach Zufall in ein größeres Erhebungsinstrument eingemischt werden sollten. Die Items, die alle gleichsinnig gepolt sind, werden vierstufig beantwortet: (1) stimmt nicht, (2) stimmt kaum, (3) stimmt eher, (4) stimmt genau (Beispielitem: „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.“). Jedes Item bringt eine internal-stabile Attribution der Erfolgserwartung zum Ausdruck. Darin liegt der entscheidende Unterschied zum dispositionalen Optimismus (Schwarzer, 1994, 1999). Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Aufsummieren aller zehn Antworten, so dass ein Score zwischen 10 und 40 resultieren muss.

Im Laufe von zwei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien gute psychometrische Kennwerte für die Skala hervorgebracht. Einige davon sind zuletzt dokumentiert in Schwarzer und Jerusalem (1999). Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) zwischen .76 und .90, in allen deutschen Stichproben zwischen .80 und .90. Die Skala ist eindimensional, auch in solchen seltenen Fällen, in denen mehr als ein Eigenwert in Hauptkomponentenanalysen größer als eins ist, wie konfirmative Faktorenanalyse zeigen. Mit anderen Worten: eine zweifaktorielle Lösung lässt sich den Daten nicht besser anpassen als eine Einfaktorielle. Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen. Es gibt enge positive Zusammenhänge zum dispositionalen Optimismus und zur Arbeitszufriedenheit und enge negative Zusammenhänge zu Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzungen (Bedrohung, Verlust), usw.

3.2.3 Entwicklung der Skala der Beruflichen Selbstwirksamkeit beim stationären Krankenpflegepersonal

Zu Beginn der Studie wurden mit Unterstützung mehrerer Krankenpflegekräfte aus Praxis, Wissenschaft und Forschung 36 Items zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit beim Krankenpflegepersonal entwickelt, aus der sich nach Reliabilitäts- und Faktorenanalyse eine neue 13-Item Skala als statistisch

plausibel erwies (Heindle, 2009). Barrieren und Belastungen wurden in den Items verarbeitet und ein Fragebogen mit den Variablen allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit, Depressivität, Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, berufliches Erfolgserleben, Burnout und subjektive Erwerbstätigkeitsprognose entworfen. In der hier vorliegenden Arbeit wird speziell nur auf einen Teil der Variablen, auf die Depressivität, die allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit, eingegangen.

Soziodemographische Faktoren, wie zum Beispiel Alter und Geschlecht, wurden in die Erhebung miteinbezogen und es wurden Angaben zu Leitungsposition, Verantwortungsbereich, Anzahl der Kollegen, Anzahl der Fehltag in den letzten 6 Monaten, Häufigkeit der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, Anzahl der Arztbesuche in den letzten 6 Monaten, aufgenommen.

Nach einer durchgeführten Reliabilitäts- und Faktorenanalyse von Heindle (2009) konnte eine neue 13-Item-Skala zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeit beim Pflegepersonal herausgearbeitet werden. Die Faktorenanalyse ergab einen Faktor, welcher mit 32.2% den größten Anteil der Gesamtvarianz aller 13 Items erklärt. Die eindimensionale Struktur der Skala wurde mittels Screeplot und MAP-Test bestätigt. Die Ergebnisse hinsichtlich der Reliabilität ergaben einen Wert für Cronbachs Alpha der Skala von .82. Die Trennschärfen lagen zwischen .37 und .56, der Mittelwert der 13-Item-Skala lag 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 (Heindle, 2009).

Abbildung 2: 13 Items der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit (Heindle,2009)

Tabelle zu den 13 Items der Skala der beruflichen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege (Heindle, 2009)

Item	Thema	Fokus	Mittelwert	SE	Trennschärfe	Cronbachs Alpha
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
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
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
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
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.	Selbstwerteinschätzung	Anderer	2.71	.81	.40	.82
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
sw_b20 Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugewiesen zu bekommen.	Kontrolle / Autonomie	Selbst	2.79	.77	.49	.81
sw_b22 Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit einer Arbeit aus dem Auge.	Sinnstiftung	Selbst	3.06	.73	.54	.81
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
sw_b30 Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit.	Arbeitsorganisation / Selbstmanagement	Selbst	2.99	.62	.56	.80
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
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
sw_b33 Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten eine gute Pflege zu gewährleisten.	Tod & Sterben	Patient	3.31	.59	.43	.81

Anmerkung: sw_b = berufliche Selbstwirksamkeit; SE = Standardabweichung

3.3 Verwendete statistische Verfahren

3.3.1 Korrelationen

Die bivariaten Korrelationen zeigen die univariate Stärke und Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen auf (Janssen & Laatz, 2007). Die Messung der Stärke und Richtung eines linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen erfolgte mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten r nach Pearson (Bühner, 2006). Dieser Koeffizient hat, je nach Richtung des Zusammenhangs, ein positives oder negatives Vorzeichen und kann einen Betrag von maximal Eins erreichen.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Variablen Depressivität und Selbstwirksamkeit wurden Spearman-Rangkorrelationen gebildet und bivariante Korrelationen nach Pearson berechnet.

In Vorbereitung auf die Regressionsanalyse wurden Korrelationen zwischen den Studienvariablen berechnet, um mögliche Störvariablen (sog. Confounder) zu identifizieren. Confounder stehen mit zwei Faktoren der Beobachtung in Beziehung, der Exposition und dem Endpunkt. Sie sind Variablen, die das Auftreten eines Risikofaktors und den beobachteten Endpunkt gleichzeitig mitbestimmen und verzerren als Störgrößen den wahren Zusammenhang zwischen einer unabhängigen und der abhängigen Variablen.

In der vorliegenden Studie wurden die soziodemographischen Daten Alter und Geschlecht als mögliche Confounder miteinbezogen.

Weiteres Ziel dieser Berechnungen war die Erfassung der Zusammenhangsstärke der unabhängigen Variablen allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit mit Depressivität als abhängige Variable. Hierbei fungierte Depressivität als gesundheitliches Zielkriterium, die Assoziationen zwischen möglichen negativen Grundüberzeugungen und dem Gesundheitszustand sollten überprüft werden. Die externe Validität der Kognitionsdimensionen wurde durch die Stärke der Korrelation mit dem gesundheitlichen Kriterium zunächst durch die bivariante Korrelationen und schließlich durch die Anwendung einer multiplen Regressionsanalyse bestimmt.

Die Effektgrößen der bivariaten Korrelationen werden von Bortz und Döring (2006) in Anlehnung an Cohen (1992) definiert. Korrelationen werden als klein

erachtet, wenn sie Werte von $r = .10$ erreichen, als mittelstark bis zu $r = .30$ und hohe Korrelationen werden mit Werten von $r = .50$ beschrieben.

3.3.2 Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse dient der Untersuchung von Beziehungen zwischen einer abhängigen Variable und einer oder mehreren unabhängigen Variablen und wird zudem zur Erkennung und Erklärung von Zusammenhängen eingesetzt (Backhaus et al., 2005). Die abhängige Variable wird als Kriteriumsvariable bezeichnet, während die unabhängigen Variablen auch Prädiktoren oder Prädiktorvariablen genannt werden. Die regressionsanalytischen Berechnungen ermöglichen eine Aussage über die Art und Stärke des Zusammenhangs zwischen den Prädiktorvariablen und der Kriteriumsvariablen, Kausalität kann mittels der Regressionsanalyse jedoch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Bei der Anwendung des Verfahrens können die Effekte potenziell konfundierender Variablen (Confounder, hier Alter und Geschlecht) statistisch kontrolliert werden.

In der schrittweisen Regressionsanalyse werden aus der Grundmenge der unabhängigen Variablen nacheinander Prädiktoren zur Formulierung eines Regressionsmodells herangezogen (Backhaus et al., 2000).

Das Verfahren der vorwärts gerichteten, schrittweisen Regression verfolgt das Ziel, durch jede zugefügte unabhängige Variable das Vorhersagepotenzial der bereits im Modell enthaltenen Variablen zu maximieren (Bortz, 2005).

Die Auswahl der Vorhersagekriterien wird durch einen Algorithmus gesteuert, welcher unabhängige Variablen einzeln und schrittweise aufeinanderfolgend in die Regressionsgleichung einbezieht, sofern diese eine signifikante Verbesserung in der Vorhersage der abhängigen Variablen bewirken (Backhaus et al., 2000).

Mit Hilfe des F-Tests wird überprüft, ob alle Prädiktoren des Regressionsmodells die Kriteriumsvariable signifikant vorhersagen können ($p < .05$) und der Einschluss einer weiteren unabhängigen Variablen in das Regressionsmodell zu einer signifikanten Erhöhung des Bestimmtheitsmaßes R^2 führt (Janssen & Laatz, 2007). Anhand der Reihenfolge, in welcher die

Variablen nacheinander der Regressionsgleichung zugeführt werden, lässt sich deren statistische Wichtigkeit erkennen (Backhaus et al., 2000).

Die schrittweise Regressionsanalyse wurde in dieser Untersuchung genutzt, um ein sparsames Regressionsmodell zu entwerfen, welches eine möglichst hohe Erklärungskraft mit einer geringen Zahl an relevanten unabhängigen Variablen gewährleisten sollte.

Das Ziel der Regressionsanalyse ist es, Zusammenhänge quantitativ zu erfassen und zu erklären, sowie Werte abhängiger Variablen zu schätzen.

Bei dieser Methode werden Regressionskoeffizienten (R) bestimmt, die die Höhe der multiplen Korrelation zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium angeben. Sie besitzen eine wichtige, inhaltliche Bedeutung, da sie den Zusammenhang einer unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable beschreiben. Das Bestimmtheitsmaß (R^2) stellt die multiple quadrierte Korrelation dar und misst die Güte der Anpassung der Regressionsfunktion an empirische Daten. Es gibt den Anteil der aufgeklärten Varianz des Kriteriums in der Stichprobe wieder, welcher durch die Prädiktoren erklärt werden kann (Backhaus et al., 2000).

Das Bestimmtheitsmaß ist eine normierte Größe, dessen Wertebereich zwischen Null und Eins liegt. Ferner ergibt sich aus dem korrigierten R^2 (R^2 korr.) eine Korrektur des Effekts, da R^2 auch bei Aufnahme unbedeutender Regressoren in der Regel steigt und nie fällt. Das adjustierte R^2 sieht daher eine Korrektur für die Anzahl der Parameter des Modells vor.

Die Analyse zur Normalverteilung der Residuen sollte ergeben, dass für jeden Wert der unabhängigen Variablen die abhängige Variable normalverteilt vorliegt. Bei Verletzung dieser Voraussetzung sind die Prüfgrößen der Testverfahren (F-Test und t-Test) als ungültig zu betrachten (Backhaus et al., 2005).

Der t-Test dient der Prüfung der Nullhypothese, ob ein Regressionskoeffizient in der Population gleich Null ist. Des Weiteren wird mittels des F-Tests die Güte der Schätzung der Bestimmtheitsmaße für die Grundgesamtheit überprüft (Backhaus et al., 2005). Dieser Test prüft mit einem Signifikanzniveau von $p = .05$, ob das geschätzte Modell auch über die Stichprobe hinaus für die Grundgesamtheit Gültigkeit besitzt. Eine Verletzung der Linearität des Zusammenhangs führt zur Verzerrung der Schätzwerte.

Zur Durchführung einer Regressionsanalyse ist die Überprüfung der Modellprämissen (Normalverteilung, Linearität, Homoskedastizität und Multikollinearität) essentiell. Die Modellprämisse der Homoskedastizität beschreibt die Bedingung, dass die Streuung der Residualwerte mit wachsendem Wert der erklärenden Variablen ungefähr konstant bleibt. Liegt hingegen eine systematische Veränderung der Residualwerte vor, so muss von Heteroskedastizität ausgegangen werden, woraus eine ineffiziente Schätzung des Modells resultiert.

Zusätzlich ist zu überprüfen, ob eine starke lineare Abhängigkeit der erklärenden Variablen untereinander (Multikollinearität genannt) vorliegt. Besteht ein hoher Zusammenhang zwischen zwei erklärenden Variablen, werden die Standardfehler der Regressionskoeffizienten größer und deren Schätzung damit unzuverlässiger. Die Stärke der Multikollinearität kann mittels des Konditionsindex angegeben werden, wobei Werte zwischen 10 und 30 für eine moderate bis starke und Werte über 30 für eine sehr starke Multikollinearität sprechen (Janssen & Laatz, 2007).

3.4 Datenauswertung

Die Eingabe sowie statistische Auswertung aller Untersuchungsdaten dieser Arbeit erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) für Windows in der Version 15.0.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Fragebogen-Studie nahmen $N=207$ Krankenpflegekräfte aus der stationären Pflege teil, darunter 80% Frauen und 20% Männer.

Das Alter der Befragten lag zwischen 17 und 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, viele Rückläufe kamen aus dem Krankenhaus Bad Arolsen GmbH, Hessenklinik, dem Stadtkrankenhaus Korbach gGmbH, dem Universitätsklinikum Heidelberg, dem Allgemeinen Krankenhaus Hagen gem. GmbH, der Maternus-Klinik Bad Oeynhausen, dem Universitätsklinikum Frankfurt/Main und dem Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar.

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 lediglich ein 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, 22% 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.

Tabelle I: Soziodemographische Angaben

Tabelle I: Soziodemographische Angaben

Alter	Mindestalter 17 Jahre	Maximales Alter 57 Jahre	
Geschlecht	Männlich 42 (20.3)	Weiblich 165 (79.7)	
Familien- stand	ledig 85 (41.1)	Mit Partner/verheiratet 110 (53.1)	Geschieden/getrennt lebend 12 (5.8)
Art der Anstellung	Vollzeit 162 (78.3)	Teilzeit 45 (21.7)	
Ausbildungs- stand	Examiniert 178 (86)	In der Ausbildung 29 (14)	

Verteilung der Variablen in der Gesamtstichprobe (N=207) hinsichtlich der soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Familienstand, Art der Anstellung und Ausbildungsstand, (x)=Prozentuale Angabe %

4.1.1 Überprüfung auf Normalverteilung der Stichprobengröße

Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest lässt sich die Verteilung einer Variablen unter anderem auf Normalverteilung überprüfen (Bühner, 2006). Die Verteilung der Variablen Depressivität bei der zu testenden Verteilung N=207 ist mit einer asymptotischen Signifikanz (2-seitig) von $p=.12$ eine Normalverteilung (siehe Tabelle im Anhang).

4.2 Korrelationen

4.2.1 Zusammenhänge zwischen Depressivität und Selbstwirksamkeit

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Variablen Depressivität und Selbstwirksamkeit wurden Spearman-Rangkorrelationen gebildet. Die Ergebnisse finden sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle II: Nicht-parametrische Korrelationen zwischen Depressivität und Selbstwirksamkeit (nach Spearman-Rho)

	sw_a_ges	sw_b_N13	dep_ges
sw_a_ges	1.00	.701**	-.418**
sw_b_N13	.701**	1.00	-.512**
dep_ges	-.418**	-.512**	1.00

Anmerkung: *sw_a_ges* = Allgemeine Selbstwirksamkeit, *sw_b_N13* = berufliche Selbstwirksamkeit, *dep_ges* = Depressivität, ** = $p < .01$ (zweiseitig), $N = 207$

Mit einer Interskalenkorrelation von $r = -.51$ ($p < .01$) fanden sich signifikante hohe negative Korrelationen zwischen Depressivität und beruflicher Selbstwirksamkeit, ein schwächerer signifikanter Zusammenhang $r = -.42$ ($p < .01$) konnte für Depressivität und allgemeine Selbstwirksamkeit nachgewiesen werden.

4.2.2 Korrelationen zwischen Depressivität, den möglichen Confoundern Alter und Geschlecht sowie allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit

Zur Vorbereitung der Regressionsanalyse wurden die Merkmale auf Korrelationen hin untersucht um Hinweise auf mögliche Störvariablen (Confounder) zu bekommen. Ins Blickfeld wurde gerückt, ob und in welchem Ausmaß Depressivität mit den möglichen Confounder-Variablen Alter und Geschlecht in Zusammenhang steht und es wurden Korrelationen zwischen den als unabhängig angesehenen Variablen, allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit, mit Depressivität berechnet. Die Ergebnisse der Korrelationen nach Pearson werden in den nachfolgenden Tabellen dargestellt:

Tabelle III: Partialkorrelationen nach Pearson, Faktor Depressivität

	Depressivität	Geschlecht	Alter	Allg. SWK	Berufliche SWK
Depressivität	1.000	.069	-.056	-.466	-.492
Signifikanz		.166	.216	.000	.000

Anmerkungen: Allg. SWK= allgemeine Selbstwirksamkeit, p (einseitig), $N=202$

Aus der Tabelle III ist ersichtlich, dass die möglichen Confounder „Alter“ ($r = -.06$, $p=.22$) und „Geschlecht“ ($r = .07$, $p=.17$) keine signifikanten Zusammenhänge mit „Depressivität“ zeigten.

Zwischen den Variablen „allgemeiner Selbstwirksamkeit“ ($r = -.47$, $p<.01$) und „beruflicher Selbstwirksamkeit“ ($r = -.49$, $p<.01$) zeigten sich mittelgradige bis hohe signifikante Zusammenhänge mit „Depressivität“, wobei letztere die höchsten Zusammenhänge aufwies.

4.2.3 Korrelationen zwischen allen gewählten Studienvariablen

Tabelle IV: Korrelationen nach Pearson zwischen allen Studienvariablen

	Depressivität	Geschlecht	Alter	Allg. SWK	Berufliche SWK
Depressivität	1.000	.069	-.056	-.466	-.492
Geschlecht	.069	1.000	.091	.024	-.109
Alter	-.056	.091	1.000	.094	.059
All. SWK	-.466	.024	.094	1.000	.743
Berufliche SWK	-.492	-.109	.059	.743	1.000

Anmerkungen: Allg. SWK= allgemeine Selbstwirksamkeit, SWK= Selbstwirksamkeit, p (einseitig), $N=202$

Auch Tabelle IV zeigt, dass Alter und Geschlecht weder mit der abhängigen Variable Depressivität, noch mit den unabhängigen Variablen, allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit, korrelieren. Die Korrelationen waren mit Werten zwischen $r = -.06$ und $r = -.11$ zu verzeichnen und erwiesen sich als nicht signifikant ($p>.01$). Eine mögliche Wirkung der Variablen Alter und Geschlecht als Confounder kann somit ausgeschlossen werden.

Bei der Betrachtung der Interkorrelationen, zeigte sich, dass die Variable „berufliche Selbstwirksamkeit“ die betragsmäßig höchsten Zusammenhänge im Vergleich zu den anderen Faktoren aufwies.

Zu den Variablen „allgemeine Selbstwirksamkeit“ und „Depressivität“ bestanden nach Cohen (1992) mittlere bis starke Korrelationen ($r = -.47$ bis $.74$) mit einer einseitigen Signifikanz von $p < .01$.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die berechneten Korrelationen nach Pearson zwischen den zu untersuchenden Faktoren der Regressionsanalyse maximal $r = .74$ ($p < .01$) betragen, so dass der Grenzwert von $r = .90$ für Korrelationen in der vorliegenden Studie nicht überschritten wurde (Hair et al., 2006).

Die möglichen potentiellen Confounder Alter und Geschlecht korrelierten nicht signifikant mit der abhängigen Variablen Depressivität und mit den unabhängigen Variablen allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit (siehe Tabelle III). Der Korrelationskoeffizient für Depressivität mit allgemeiner Selbstwirksamkeit war signifikant und negativ ($r = -.47$, $p < .01$) und für berufliche Selbstwirksamkeit ($r = -.49$, $p < .01$), das bedeutet, dass mit zunehmendem Maß an Selbstwirksamkeit sich Depressivität verringert und umgekehrt. Jedoch zeigen Korrelationen nur einen statistischen Zusammenhang und dürfen nicht als Beweis für Kausalität verwendet werden.

4.4 Multiple Regressionsanalyse

Zur Überprüfung der Hypothese, dass die berufliche Selbstwirksamkeit zur Vorhersage der Depressivität zusätzlich Varianz zur allgemeinen Selbstwirksamkeit erklärt, wurde die Regressionsanalyse durchgeführt. Als Kriteriumsvariable (bzw. abhängige Variable) fungierte hier die Depressivität. Soziodemographische Daten (Alter und Geschlecht), sowie die unabhängigen Variablen allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit gingen zur Vorhersage von Depressivität in die multiple Regressionsanalyse als Prädiktoren ein. Außerdem sollte die Gewichtung des Einflusses der beruflichen Selbstwirksamkeit zur Vorhersagbarkeit der Depressivität berechnet werden.

Es wurden nacheinander drei Modelle in die Berechnungen der multiplen Regressionsanalyse einbezogen, wobei das erste Modell Alter und Geschlecht beinhaltete. Im Modell 2 war zusätzlich zu den genannten Prädiktoren die unabhängige Variable „allgemeine Selbstwirksamkeit“ enthalten. Im Modell 3 wurde zu den genannten Faktoren die „berufliche Selbstwirksamkeit“ zugefügt, sodass das dritte Regressionsmodell alle genannten Kognitionsdimensionen beinhaltete. Als abhängige Variable fungierte stets Depressivität.

4.4.1 Überprüfung der Voraussetzung des linearen Regressionsmodells

Um die multiple Regressionsanalyse anzuwenden, müssen einige Bedingungen beachtet werden (vgl. Backhaus et al., 2005), die im Folgenden skizziert werden. Auf Komplikationen, die sich aus einer Verletzung der Anforderungen des linearen Regressionsmodells ergeben, wird ebenfalls eingegangen.

4.4.1.1 Stichprobeneignung

Nach einmaliger Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse mit einem Datensatz von $N=207$, wurde die Stichprobe hinsichtlich einzelner Fälle untersucht, welche die Regressionsgleichung stark beeinflussen (sogenannte Ausreißer). Dazu wurde die Mahalanobis-Distanz analysiert. Dieses Distanzmaß misst, wie stark ein Fall hinsichtlich der erklärenden Variablen vom Durchschnitt der anderen Fälle abweicht (Janssen et al., 2007).

Des Weiteren wurden die standardisierten Residuen bestimmt. Dazu wurden die Fälle identifiziert, deren Residuen mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert abwichen. Die entsprechenden Personen wurden als Ausreißer betrachtet. Die Analyse führte zum Ausschluss von insgesamt fünf Fällen. Mit der verbleibenden Stichprobengröße von $N=202$ wurde erneut die multiple Regressionsanalyse durchgeführt.

4.4.1.2 Normalverteilung der Residuen

Es muss überprüft werden, ob eine Normalverteilung der Residuen vorliegt. Würde diese Prämisse verletzt, wären die Prüfgrößen der angewendeten Testverfahren (F-Test und t-Test) verfälscht (Backhaus et al., 2005). Die Abbildung 3 zeigt ein Histogramm, das sich der Gauß'schen Kurve annähert, so dass eine Normalverteilung angenommen werden kann.

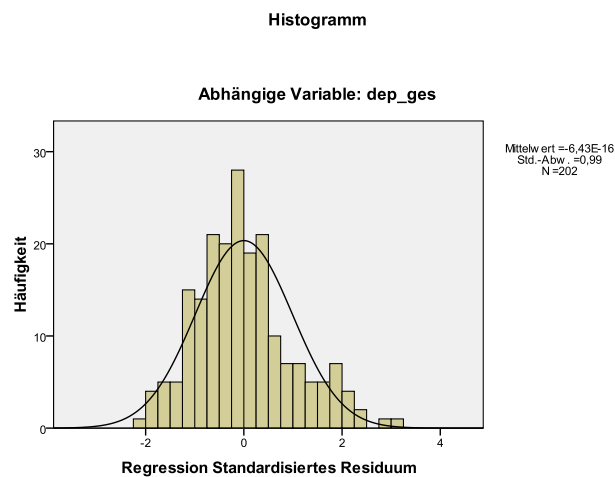


Abbildung 3

Anmerkung: dep_ges= Depressivität

In Abbildung 4 wird im P-P-Diagramm (probability-probability Diagramm), unter der Erwartung der Normalverteilung, die empirisch ermittelte kumulierte Verteilung standardisierter Residuen der zu erwartenden kumulierten Häufigkeitsverteilung gegenübergestellt. Bei einer Normalverteilung sollten die ausgegebenen Werte auf einer Geraden liegen. In der Abbildung 4 ist zu erkennen, dass sich die Werte in ungefährender Näherung an eine Geraden befinden. Es konnte daher von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden.

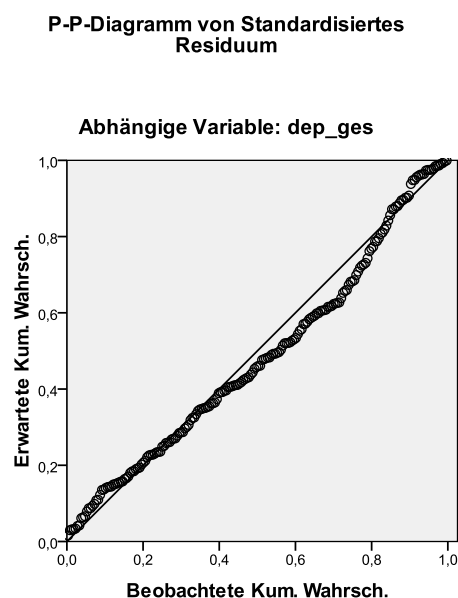


Abbildung 4 Anmerkung: *dep_ges*= Depressivität

4.4.1.3 Linearität des Zusammenhangs

Eine Verletzung der Linearität der Parameter würde ebenso zu einer Verzerrung der Schätzwerte führen (Backhaus et al., 2005). Daher wurde die lineare Beziehung zwischen Kriteriums- und Prädiktorvariablen durch ein Streudiagramm überprüft. Das Streudiagramm veranschaulicht die Beziehung zwischen den standardisierten Schätzwerten und den standardisierten Residuen. Nach Hair et al. (2006) würde eine umgekehrte U-Kurve für Nichtlinearität sprechen. Dieses war aus dem Streudiagramm in Abbildung 5

allerdings nicht zu erkennen. Folglich konnte die Voraussetzung von Linearität angenommen werden.

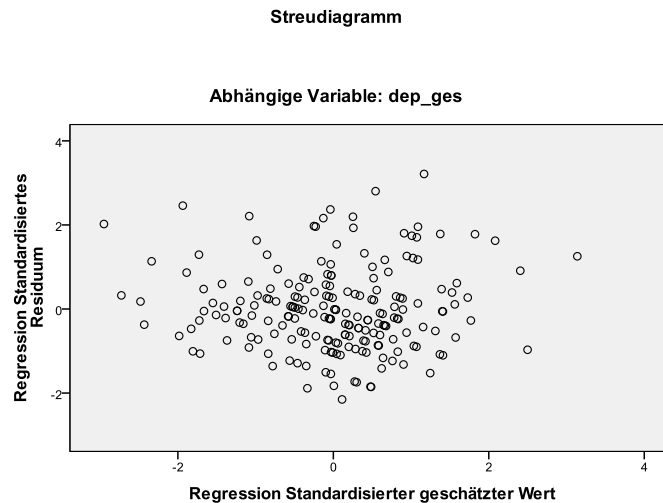


Abbildung 5

Anmerkung: *dep_ges*= *Depressivität*

4.4.1.4 Homoskedastizität der Störgrößen

Homoskedastizität besteht, wenn die Varianz der Residuen für alle Ausprägungen der abhängigen Variablen nicht signifikant unterschiedlich ist. Wäre das der Fall, so würde dies zu nicht effizienten Schätzwerten für den Regressionskoeffizienten und dessen Standardfehlern führen.

Die Überprüfung der Homoskedastizität fand ebenfalls anhand des Streudiagramms (Abbildung 5) statt. Die Bedingungen der Homoskedastizität sind hier erfüllt. Das bedeutet, dass geringe und hohe Werte für Depressivität im Streudiagramm homogen größer und kleiner Null verteilt sind. Sowohl im hohen als auch im niedrigen Bereich zeigten sich signifikante Werte.

4.4.1.5 Multikollinearität

Nach Backhaus et al. (2005) besteht bei empirischen Daten fast immer eine lineare Abhängigkeit der Prädiktoren (Multikollinearität), die Bedingung der Unabhängigkeit der Prädiktoren kann nie ganz erfüllt werden. Mit zunehmender Kollinearität resultiert eine Ineffizienz der Schätzwerte. Dies bedeutet, dass die Schätzungen unzuverlässiger werden, da die Standardfehler der Regressionskoeffizienten aufgrund der Multikollinearität größer werden. Nach Hair et al. (2006) gilt eine Korrelation der Prädiktoren von $>.90$ als bedenklich. Die Analyse der bivariaten Korrelationen im Modell 3 ergab Korrelationen der Prädiktoren mit maximal $R = -.49$ ($p < .01$), so dass die Korrelationen zwar hoch, jedoch nicht bedenklich sind (vgl. Tabelle VI).

4.4.2 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse

Drei Modelle wurden spezifiziert, Depressivität wurde als abhängige Variable verwendet, die allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit als unabhängige Variablen.

Modell 1 beinhaltet die Variablen Alter und Geschlecht, in Modell 2 wurde die allgemeine Selbstwirksamkeit als unabhängige Variable für die Vorhersage von Depressivität hinzugefügt und letztendlich im Modell 3 zusätzlich die berufliche Selbstwirksamkeit.

Der schrittweise Einschluss der Dimensionen „allgemeine“ und „berufliche Selbstwirksamkeit“ als Prädiktoren von Depressivität führte zu einer signifikant besseren Vorhersage des Zielkriteriums, da jede zugefügte Dimension einen eigenen spezifischen Beitrag zur Vorhersagekraft für die abhängige Variable leistete. Dies zeigt die Entwicklung von R^2 in Tabelle V.

Neben den Regressionskoeffizienten (R) lassen sich das Bestimmtheitsmaß (R^2), das adjustierte Bestimmtheitsmaß (korrigiertes R -Quadrat), die Änderung in R^2 (Delta R^2) sowie die Änderung der Signifikanz in Bezug auf das jeweils vorangehende Modell entnehmen (Tabelle V).

Tabelle V: Schrittweise Regressionsanalyse: Ergebnisse für die abhängige Variable Depressivität

Modell	R	R ²	R ² (adj.)	Delta R ²	Änderung F	df1	df2	Änderung Signifikanz
1	.093	.009	-.001	.009	.861	2	199	.424
2	.473	.223	.212	.215	54.78	1	198	.000
3	.516	.267	.252	.043	11.57	1	197	.001

Anmerkung: Abhängige Variable = Depressivität, N=202

- 1 Einflussvariablen: Alter, Geschlecht
- 2 Einflussvariablen: Alter, Geschlecht, allgemeine Selbstwirksamkeit
- 3 Einflussvariablen: Alter, Geschlecht, allgemeine und berufliche Selbstwirksamkeit

Die multiple Korrelation für Depressivität betrug im ersten Modell $R = .093$, im zweiten Modell $R = .473$ und im dritten Modell $R = .516$. Es resultierte ein R^2 im ersten Modell von $.009$, in Modell 2 betrug $R^2 = .223$ und in Modell 3 $R^2 = .267$, so dass, wie aus der Spalte „ R^2 korrigiert“ hervorgeht, eine Änderung der erklärten Varianz besonders für das dritte Modell deutlich wurde.

Der Anstieg des Bestimmtheitsmaßes von $R^2 = .009$ für Modell 1 bis $R^2 = .267$ für Modell 3 legt dar, dass mit jedem zugefügten Prädiktor eine Zunahme der Vorhersagekraft für das Zielkriterium Depressivität zu verzeichnen war.

Der F-Signifikanztest wurde durchgeführt, um einen p-Wert zu erhalten, welcher das Signifikanzniveau angibt. P-Werte $<.05$ werden als signifikant bezeichnet (Backhaus et al., 2005).

Die Spalte „Änderung der Signifikanz“ zeigte, dass die Ergänzung des Modells 1 durch die allgemeine Selbstwirksamkeit (Modell 2) zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der Varianz der Kriteriumsvariablen führte ($p = .42$ bis $p < .01$). Eine weitere Verbesserung erfolgte durch das dritte Modell, welches neben den Variablen Alter und Geschlecht, die allgemeine und die berufliche Selbstwirksamkeit beinhaltet.

Insgesamt klärte das Modell 3 einen Anteil von 25% der Gesamtvarianz auf. Mit Hilfe des t-Tests wurde geprüft, ob das Gewicht der Regressionskoeffizienten im Regressionsmodell von Null verschieden ist (Backhaus et al., 2000).

Zu betrachten ist das Modell 3, nach Einführung der beruflichen Selbstwirksamkeit.

Wie in Tabelle VI ersichtlich, erreichten die höchsten t-Werte und bedeutendsten Signifikanzwerte die allgemeine Selbstwirksamkeit ($T = -2.48$), noch höhere die berufliche Selbstwirksamkeit ($T = -3.40$). Die genauere Betrachtung der Prädiktoren im dritten Regressionsmodell zeigte, dass die allgemeine, unter Hinzunahme der beruflichen Selbstwirksamkeit, einen signifikanten Beitrag ($p < .01$) zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität leistete. Anhand der Betakoeffizienten konnte die allgemeine Selbstwirksamkeit ($\beta = -.230$) signifikanter noch durch Hinzunahme der beruflichen Selbstwirksamkeit ($\beta = -.316$) als gewichtige Dimension zur Vorhersage von Depressivität identifiziert werden. Mit den unstandardisierten Regressionsgewichten (B), den Standardfehlern der Regressionsgewichte (SE), sowie den t-Werten und den Signifikanzwerten für jeden t-Test, erfolgt in der Tabelle VI eine detaillierte Darstellung der Kennwerte des Regressionsmodells.

Tabelle VI: Model 3 - Detaillierte Darstellung der Kennwerte des Regressionsmodells: Ergebnisse für die abhängige Variable Depressivität

	B	SE	Beta	T-Wert	Signifikanz	Bivariate Korrelationen	Quadierte Semipartial-korrelationen
Konstante	37.416	2.428		15.407	.000		
Geschlecht	.470	.706	.042	.665	.507	.069	.041
Alter	-.009	.028	-.019	-.312	.775	-.056	-.019
Allg.SWK	-.271	.109	-.230	-2.484	.014	-.466	-.152
Berufl. SWK	-.297	.087	-.316	-3.402	.001	-.492	-.208

Anmerkungen: Allg.SWK= allgemeine Selbstwirksamkeit, Berufl.SWK= berufliche Selbstwirksamkeit, SE=Standardfehler der Regressionsgewichte

Der t-Test überprüft die Nullhypothese, dass ein Regressionskoeffizient in der Popularität gleich Null ist (Backhaus et al., 2000). Des Weiteren sind die

bivariaten Korrelationen sowie die quadrierten Semipartialkorrelationen in Tabelle VI für das 3. Modell aufgeführt.

Es zeigten sich mittelhohe negative Korrelationen für allgemeine Selbstwirksamkeit mit Depressivität ($r = -.47, p < .01$) und stärkere signifikante bivariate Korrelationen zwischen beruflicher Selbstwirksamkeit und Depressivität ($r = -.49, p < .01$).

Die quadrierten Semipartialkorrelationen geben den eigenständigen Varianzbeitrag eines von den anderen Prädiktoren residualisierten Prädiktors an der gesamten Kriteriumsvarianz an (Bortz, 2005).

Der Faktor berufliche Selbstwirksamkeit besaß mit einer quadrierten Semipartialkorrelation von $-.208$ den höchsten eigenständigen Varianzanteil und war somit als bedeutendster Prädiktor von Depressivität zu werten.

Aus dem Signifikanzwert für die berufliche Selbstwirksamkeit ($p < .01$) ist ersichtlich, dass das zugehörige Regressionsgewicht $B = -.29$ in der Population von Null verschieden ist. Dieser Prädiktor leistet demnach einen Beitrag zur Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität. Die quadrierte Semipartialkorrelation weist den Faktor berufliche Selbstwirksamkeit ($-.208$) als stärksten Prädiktor des Modells aus.

Zusammenfassend wurden die zwei Hypothesen bestätigt: Allgemeine Selbstwirksamkeit und berufliche Selbstwirksamkeit korrelieren signifikant negativ mit Depressivität. Der Einbezug der beruflichen Selbstwirksamkeit zur allgemeinen Selbstwirksamkeit des stationären Pflegepersonals führte zu einer Zunahme von erklärter Varianz der Depressivität. Die Überprüfung der Voraussetzungen des Regressionsmodells zeigten keine groben Verletzungen. Mit den gewonnenen Ergebnissen kann externe und inkrementelle Validität des Fragebogens zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Krankenpflegepersonal nachgewiesen werden.

5 Diskussion

Zentrale Intention dieser Studie war die Entwicklung eines Diagnostikums, welches bei stationär tätigem Krankenpflegepersonal die berufliche Selbstwirksamkeit erfasst. Heindle (2009) führte anhand eines entwickelten Fragebogens mit 36 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit Messungen mittels Reliabilitäts- und Faktorenanalyse durch und kam zu einer neuen 13-Item Skala, die sich als statistisch plausibel erwies (Heindle, 2009). In dieser Studie wurde die Validierung des Diagnostikums anhand des Merkmals Depressivität angestrebt. Es wurden zwei Hypothesen überprüft:

Allgemeine Selbstwirksamkeit steht in einem negativen Zusammenhang mit Depressivität und die berufsspezifische Selbstwirksamkeit erklärt zusätzlich Varianz der Depressivität, leistet einen über die allgemeine Selbstwirksamkeit hinausgehenden prädiktiven Beitrag. Zur Überprüfung der Hypothesen und zur Validierung der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Krankenpflegepersonal wurden Korrelationen nach Spearman, nach Pearson und die multiple Regressionsanalyse durchgeführt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert, wobei auch auf Einschränkungen der Studie eingegangen wird. Die Arbeit wird abgeschlossen mit einer Diskussion der Befunde und möglicher praktischer Nutzen der Studie.

5.1 Stichprobe

Die Erhebung der Stichproben der Studie fand bei stationär tätigem Krankenpflegepersonal an Krankenhäusern unterschiedlicher Stationen und Städte in Deutschland statt. Die Krankenhäuser wurden zufällig ausgewählt. Das Ausfüllen eines Fragebogens war freiwillig, es wurde eine Stichprobe mit knapp 207 Teilnehmern (N=202) eingeschlossen. Diese Faktoren führten zu einer Selektion der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.

Es nahmen 80% weibliche und 20% männliche Pflegekräfte teil, laut Zahlen des statistischen Bundesamtes von 2012 arbeiten rund 826.000 Beschäftigte als

Gesundheits- und Krankenpfleger in Deutschland, davon 80% Frauen und 20% Männer (Statistisches Bundesamt, 2013).

Das Alter der Stichprobe lag zwischen 17-57 Jahren (Mittelwert 31,78 Jahre). Laut Zahlen der Bundesagentur für Arbeit ist die höchste Beschäftigungsgruppe im Alter von 30 bis 50 Jahren datiert (Bundesagentur für Arbeit, 2011).

Damit zeigten die Stichprobendaten eine akzeptable Übereinstimmung der soziodemographischen Charakteristika mit deskriptiven Bevölkerungsdaten für den Krankenpflegeberuf.

Schwere Depressionen liegen im Alter nicht häufiger vor, nach einigen Studien sogar weniger häufig als im jüngeren Erwachsenenalter. Laut einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert-Koch-Instituts (DEGS) erkrankten 8,1% aller Personen im Alter von 18 - 79 Jahren im Laufe eines Jahres an einer Depression. Betrachtet man nur die über 70 Jährigen, so sind es 6,1% (Busch et al., 2013). Allerdings sind leichtere Depressionen oder Depressionen, bei denen nicht alle Symptome vorliegen (sog. subklinische Depression) zwei bis drei Mal so häufig bei älteren Menschen zu finden (Linden et al., 1998, Meeks et al., 2011).

Für diese Studie wäre zu Beginn der Erhebung der Daten interessant gewesen, ob initial schon eine depressive Erkrankung vorliegt. Denn anhand der hier vorliegenden gewonnenen Daten ist ebenfalls denkbar, dass ein depressiver Zustand die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen könnte.

Für die Interpretation der Daten ist weiterhin zu beachten, dass sich Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit reziprok beeinflussen (de Lange et al., 2005). Nach de Lange et al. (2005) kann sich mentale Gesundheit positiv auf die Wahrnehmung von Arbeitsbelastung auswirken (engl. *rosy perception*).

5.2 Studiendesign

Zur Interpretation der Studienergebnisse ist zu bemerken, dass die positive statistische Korrelation zwischen zwei Variablen in Querschnittsstudien nur bedingt gerichtet gedeutet werden sollte. Hill (1965) sieht in der zeitlichen Kontingenz von Assoziationen, der Effektstärke von beobachteten

Zusammenhängen sowie der Plausibilität und Kohärenz von Ergebnissen die vor dem Hintergrund vorangehender Forschungsarbeiten zu betrachten sind, heuristische Kriterien zur praktischen Beurteilung von Kausalität. Hinsichtlich der vorliegenden Studie können aufgrund des Querschnittsdesigns keine Aussagen zur zeitlichen Abfolge von Risikofaktoren und Effekt getroffen werden.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

Zur Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen Depressivität und Selbstwirksamkeit wurden zunächst Spearman-Rangkorrelationen gebildet. Es zeigten sich signifikant hohe negative Korrelation zwischen Depressivität und beruflicher Selbstwirksamkeit $r = -.51$ ($p < .01$) und ein schwächerer signifikanter Zusammenhang $r = -.42$ ($p < .01$) für Depressivität und allgemeine Selbstwirksamkeit.

Zur Vorbereitung der multiplen Regressionsanalyse wurden Zusammenhänge durch Korrelationen nach Pearson zwischen den möglichen Confoundern Alter und Geschlecht berechnet und Korrelationen zwischen den unabhängigen Variablen allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit mit der abhängigen Variablen Depressivität untersucht. Für die Variablen Alter ($r = -.06$, $p = .22$) und Geschlecht ($r = .07$, $p = .17$) zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge mit Depressivität. Eine mögliche Wirkung von Alter und Geschlecht als Confounder konnte ausgeschlossen werden.

Dagegen zeigten die allgemeine ($r = -.47$, $p < .01$) und die berufliche Selbstwirksamkeit ($r = -.49$, $p < .01$) höhere negative Korrelationen und signifikante Zusammenhänge mit der Variablen Depressivität. Die Ergebnisse zeigen Übereinstimmung mit Tonge et al. (2005): Hohe Selbstwirksamkeits-Scores korrelieren mit niedrigen Werten im Bereich der Depression.

In der multiplen Regressionsanalyse wurde schrittweise anhand der Kriteriumsvariablen (abhängigen Variablen) Depressivität unter Einschluss von Alter und Geschlecht die Zusammenhänge zwischen allgemeiner und beruflicher Selbstwirksamkeit als unabhängige Variablen überprüft und die

Gewichtung des Einflusses der beruflichen Selbstwirksamkeit zur Vorhersagbarkeit der Depressivität berechnet.

Zur Überprüfung wurden nacheinander drei Modelle berechnet, das schrittweise Vorgehen wurde gewählt, um den ergänzenden Effekt der beruflichen Selbstwirksamkeit innerhalb des Modells zu untersuchen, welche im letzten Modell 3 hinzugefügt wurde. Die Ergebnisse des Modells 2 ($R = .473$) bestätigen einen Zusammenhang eines Risikos für depressive Symptomatik mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit. Wurde im dritten Modell zusätzlich die berufliche Selbstwirksamkeit integriert, konnte hierdurch die Prädiktion der Depressivität weiterhin verbessert werden ($R = .516$). Dieses wurde an dem Anstieg des Bestimmtheitsmaßes von Modell 1 bis 3 deutlich ($R^2 = .009$ bis $.267$) und anhand der Änderung der Signifikanz im Verlauf der Modelle 1 bis 3 ($p = .42$ bis $p < .01$). Es wurden bivariate Korrelationen berechnet, sowie quadrierte Semipartialkorrelationen. Der Faktor berufliche Selbstwirksamkeit besaß mit $-.492$ den höchsten Wert für bivariate Korrelationen und mit einer quadrierten Semipartialkorrelation von $-.208$ den höchsten eigenständigen Varianzanteil und war somit als bedeutendster Prädiktor von Depressivität zu werten. Es konnte mit einer Erklärungsgüte von 25% aufgeklärter Varianz nachgewiesen werden, dass es durch die Aufnahme der beruflichen Selbstwirksamkeit in das Regressionsmodell zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität führte.

Die Hypothesen, dass Selbstwirksamkeit negativ mit Depressivität korreliert und die Erweiterung der Skala der allgemeinen um die der berufsspezifischen Selbstwirksamkeit einen darüber hinausgehenden prädiktiven Beitrag leistet, also zusätzlich Varianz der Depressivität erklärt, konnte somit bestätigt werden. Ruholl (2007) bestätigte die gewonnenen Ergebnisse, sie fand heraus, dass Depressivität die höchsten signifikanten Korrelationen mit der Selbstwirksamkeit aufweist. Patienten mit Depressionen haben eine sehr geringe Kompetenzerwartung und Patienten mit geringer Selbstwirksamkeit leiden häufiger an Depressionen als Patienten mit höherer Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Resultate entsprechen Ergebnissen von Schwarzer (1994), der herausfand, dass Patienten mit einer höheren Selbstwirksamkeit seelisch und körperlich gesünder sind und unterstreichen die These von Francis et al. (2007), dass sich

Depressionen negativ auf Selbstwirksamkeit auswirken sowie Personen mit depressiven Störungen eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung besitzen (Tonge et al., 2005).

Depressivität korreliert in den Ergebnissen mit Selbstwirksamkeit und weist die höchsten signifikanten Korrelationen mit der beruflichen Selbstwirksamkeit auf. In einer 6 Jahre umfassenden Longitudinalstudie von Buddeberg-Fischer et al. (2009) über Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten mit einer Drei-Punktmessung konnten die hier gewonnenen Ergebnisse bestätigt werden. Buddeberg-Fischer et al. (2009) fanden heraus, dass sich die berufliche Selbstwirksamkeit als hoch signifikant protektiver Faktor für Depressionen erweist und berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen einen signifikanten Einfluss auf die Entstehung von Depressionen haben. In mehreren vorausgegangen Studien konnte die negative Korrelation zwischen Depression und berufliche Selbstwirksamkeit speziell bei Lehrern bestätigt werden (z.B. Ruholl, 2007, Seethaler, 2012).

In einer Querschnittsstudie von Chang et al. (2011) an 314 Krankenschwestern in Taiwan zeigte sich bei 52,5% der Beschäftigten eine depressive Symptomatik. Sie bestätigten die hier vorliegenden Ergebnisse, dass ein hohes Maß an beruflicher Selbstwirksamkeit ein effektiver Schutz vor Depressionen ist.

Allerdings muss betont werden, dass mit den hier durchgeführten Analysen Kausalität nicht explizit nachgewiesen werden kann, da die durchgeführte Stichprobe eine Querschnittsuntersuchung ist. Es wäre ebenfalls denkbar, dass ein depressiver Zustand die Selbstwirksamkeit beeinflussen könnte. Es ließe sich also auch umgekehrt folgern, dass Personen mit depressiven Störungen eine geringe Selbstwirksamkeit besitzen und daher auch niedrigere Werte in der Selbstwirksamkeits-Skala aufweisen. Dieses Phänomen wird als „reverse causality“ bezeichnet.

Wenngleich Assoziationen in Querschnittsstudien keinen Beweis für eine Kausalität geben können, so könnte man mit einer Längsschnittuntersuchung die Hypothese unterstützen, dass Krankenpflegekräfte zu Beginn der Ausbildung ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und ein geringes Maß an Depressionen haben und im Laufe der Berufserfahrung diese wechselseitige Beziehung in das Gegenteil übergeht.

Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Fragebogen und Depressivität ist ein Beleg für die kriterienbezogene Validität des Fragebogens. Mit den hier vorliegenden Daten konnte über die Messungen und bereits vorliegenden Daten von Heindle (2009) hinaus ein weiterer wichtiger Beleg zur psychometrischen Qualität des Fragebogens nachgewiesen werden.

5.3.1 Validität der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit des stationären Krankenpflegepersonals

Als Beweis der Kriteriumsvalidität kann gelten, dass die Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit in der Regressionsanalyse ein signifikanter Prädiktor zur Aufklärung von Depressivität darstellte. Insgesamt konnte die Skala zusätzlich 25% der Varianz aufklären. Durch die zusätzliche Aufnahme der beruflichen Selbstwirksamkeit in das Regressionsmodell konnte sie als zusätzlicher Prädiktor den Anteil der aufgeklärten Varianz (R^2) am Kriterium erhöhen, sie besitzt somit inkrementelle Validität.

Die externe Validität konnte durch die relevanten negativen Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Depressivität belegt werden.

5.4 Theoretische und praktische Implikationen

Zusammenhänge zwischen Depression und Selbstwirksamkeit, vor allem der beruflichen Selbstwirksamkeit am Arbeitsplatz, werden in Zukunft aufgrund zunehmender psychischer Erkrankungen eine immer größere Bedeutung finden. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich mehrere Ansätze zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen darlegen. Berufliche Selbstwirksamkeit beugt als „Ressource zur Stressbewältigung“ zur Vermeidung von Depressivität von stationär tätigem Krankenpflegepersonal vor.

Auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse sollten Konzepte zur Stärkung von beruflicher Selbstwirksamkeit entwickelt werden, die mittels Interventionsstudien bzw. Längsschnittstudien überprüft werden könnten.

Für diese Studie wäre zu Beginn der Erhebung der Daten interessant gewesen, ob initial schon eine depressive Erkrankung vorliegt. Anhand der gewonnenen Daten ist es ebenfalls denkbar, dass ein depressiver Zustand die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen könnte. Es wäre beispielsweise wünschenswert, eine Erhebung der beruflichen Selbstwirksamkeit mittels des hier dargestellten Fragebogens zu Beginn des Berufseinstiegs vorzunehmen und diese im Laufe der Zeit durch eine Längsschnittstudie zu erneuten Zeitpunkten zu wiederholen. Damit könnten Daten über die weitere Entstehung von Depressionen bei stationär tätigem Krankenpflegepersonal im Laufe ihrer Berufslaufbahn vorgenommen werden und auch dargestellt werden, ob sich die berufliche Selbstwirksamkeit oder depressive Symptomatik währenddessen verändert.

Möglicherweise könnten die gesundheitlichen Risiken des Krankenpflegepersonals und vor allem die Entstehung von Depressionen durch die Entwicklung von möglichen Trainingsprogrammen, die sich auf eine Stärkung der beruflichen Selbstwirksamkeit und damit auf eine Reduktion der Entstehung von Depressivität konzentrieren, frühzeitig erkannt und vermindert werden. Das differenzierte Erkennen und Beachten von depressiver Symptomatik kann darüber hinaus einen Beitrag zum besseren Verständnis einer möglichen Depression leisten. Dieses Verständnis ermöglicht es behandelnden Ärzten gezielte, ressourcenorientierte Hilfestellungen zu geben. Interessant zur weiteren Überprüfung der Inhaltsvalidität der Skala wäre es, ob berufliche Selbstwirksamkeit des Pflegepersonals auf psychisch belastenderen Stationen (z.B. Palliativversorgung, Psychiatrie oder Onkologie), stärker ausgeprägt ist, im Vergleich zu der auf Stationen für beispielsweise Geburtshilfe und Rehabilitation. Für die weitere Validitätsprüfung der Skala wäre es wünschenswert zu überprüfen, ob nicht bei Krankenpflegepersonal, das auf Krankenpflegestationen arbeitet, die größere psychischen Belastungen ausgesetzt sind als auf einer normalen Station, noch spezifischere Barriere-Items hinzugefügt werden müssten.

In Bezug auf das Effort-Reward-Imbalance Modell unterscheidet sich für jeden individuell die Art des Belohnens. Beispielsweise könnte das Bedanken und eine materielle Anerkennung von Patienten im Krankenhaus (Verhalten) für eine Gesundheits- und Krankenpfleger/-in einen hohen Stellenwert einnehmen, während bei anderen Personen positive Gedanken über eine erbrachte Leistung (gute Pflege) im Vordergrund stehen. An dieser Stelle wären weitere Studien zur differenzierten Betrachtung erforderlich, um eventuell wichtige individuelle Schwerpunkte zur Stärkung der beruflichen Selbstwirksamkeit zu betonen und zu differenzieren.

Um Daten für eine möglichst gezielte präventive Intervention zu erhalten, sind Verfahren erforderlich, mit denen Beeinträchtigungen im Vorfeld chronifizierter psychischer Erkrankungen erfasst werden können. Das Instrument zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeit beim Krankenpflegepersonal erhebt den Anspruch, hierfür geeignet zu sein. Auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse sollen Konzepte zur Stärkung der beruflichen Selbstwirksamkeit im Krankenpflegeberuf entwickelt und mittels Interventionsstudien überprüft werden.

5.5 Schlussfolgerung

Empirische Befunde zur Selbstwirksamkeit belegen deren hohen Stellenwert in spezifischen Bereichen der Krankenpflege. Eine Assoziation von allgemeiner Selbstwirksamkeit mit depressiver Symptomatik ist in der Literatur nachgewiesen worden. Die vorliegende Arbeit ergänzt diese Perspektive um die berufliche Selbstwirksamkeit. Durch Messungen mittels bivariaten Korrelationen und der multiplen Regressionsanalyse konnte bestätigt werden, dass Selbstwirksamkeit negativ mit Depressivität korreliert und die berufliche Selbstwirksamkeit des Krankenpflegepersonals einen über die allgemeine Selbstwirksamkeit hinausgehenden Beitrag leistet, nämlich zusätzlich Varianz der Depressivität erklärt und damit als sinnvolle Erweiterung der allgemeinen Selbstwirksamkeit erachtet werden kann. Damit konnte Validität als wichtiges psychometrisches Testgütekriterium der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit des stationär tätigen Krankenpflegepersonals nachgewiesen

werden. Insgesamt weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung der beruflichen Selbstwirksamkeit für die gesundheitliche Stabilisierung im Krankenpflegeberuf hin. Günstige Bedingungen für die Entwicklung der beruflichen Selbstwirksamkeit zu schaffen, Depressivität frühzeitig zu erkennen, könnte zur Minderung dieser beitragen und die Gesundheit des stationär tätigen Krankenpflegepersonals fördern.

6 Zusammenfassung

Problemstellung

Der Pflegeberuf gehört zu den Berufsfeldern, die in besonderem Maße mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sind, besonders Depressionen spielen eine immer größere Rolle. Insbesondere im Krankenpflegeberuf ist die Selbstwirksamkeit als Ressource zur Stressbewältigung von hoher Bedeutung. Ausgehend davon, dass sich fehlende Selbstwirksamkeit als zentraler Risikofaktor für depressive Symptomatik erweist, wird in dieser Arbeit mit dem neuen Konzept der beruflichen Selbstwirksamkeit im Krankenpflegeberuf eine Erweiterung untersucht.

Zielsetzung und Hypothesen

In dieser Studie wurde ein Fragebogen zur Messung der berufsspezifischen Selbstwirksamkeit entwickelt, der in einer vorhergehenden Arbeit von Heindle (2009) bereits auf Reliabilität und Faktorenstruktur untersucht wurde. Es konnte eine 13-Item Skala entwickelt werden, die sich als statistisch plausibel erwies. Die vorliegende Dissertation hatte das Ziel, die Validität der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit bei stationär tätigem Pflegepersonal zu überprüfen. Es wurde angenommen, dass allgemeine Selbstwirksamkeit in negativem Zusammenhang mit Depressivität steht. Ferner wurde erwartet, dass die berufsspezifische Selbstwirksamkeit als spezifische Selbstwirksamkeit einen über die allgemeine Selbstwirksamkeit hinausgehenden prädiktiven Beitrag leistet, das heißt zusätzlich Varianz der Depressivität erklärt.

Methode

Diese Erwartung wurde anhand von Berechnungen durch bivariate Korrelationen und der multiplen Regressionsanalyse überprüft.

Die mit der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit, bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe (N=202) von stationär arbeitendem Krankenpflegepersonal in Deutschland gewonnenen Daten, wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS 15.0 (Statistic Package for the Social Sciences) ausgewertet. In der multiplen Regressionsanalyse wurde anhand der Kriteriumsvariablen (abhängigen Variablen) „Depressivität“ die Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Variablen „allgemeiner und

beruflicher Selbstwirksamkeit“ überprüft und die zusätzliche prädiktive Gewichtung des Einflusses der beruflichen Selbstwirksamkeit berechnet.

Ergebnisse

Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht zeigte sich in den Ergebnissen der multiplen Regressionsanalyse durch schrittweise Hinzunahme der beruflichen zusätzlich zur allgemeinen Selbstwirksamkeit eine Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes und der Signifikanz ($R^2 = .009$ bis $.267$, $p = .42$ bis $p < .01$) und damit eine Zunahme der erklärten Varianz. Es konnte mit einer Erklärungsgüte von 25% aufgeklärter Varianz nachgewiesen werden, dass es durch die Aufnahme der beruflichen Selbstwirksamkeit, zusätzlich zur allgemeinen Selbstwirksamkeit in das Regressionsmodell, zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage der Kriteriumsvariablen Depressivität führte.

Der Faktor „berufliche Selbstwirksamkeit“ besaß mit $r = -.492$ ($p < .01$) den höchsten Wert für bivariate Korrelationen mit Depressivität und mit einer quadrierten Semipartialkorrelation von $-.208$ ($p < .01$) den höchsten eigenständigen Varianzanteil und war somit als bedeutendster Prädiktor von Depressivität zu werten. Die Bedingungen zur Anwendung der Regressionsanalyse wurden überprüft und nicht verletzt.

Schlussfolgerung

Die Hypothesen konnten bestätigt werden: 1. Depressivität korreliert in den Ergebnissen negativ mit Selbstwirksamkeit und weist die höchsten signifikanten Korrelationen mit der beruflichen Selbstwirksamkeit auf. 2. Die berufsspezifische Selbstwirksamkeit leistet zusätzlich zur allgemeinen Selbstwirksamkeit einen darüber hinausgehenden Beitrag, erklärt zusätzlich Varianz zur Prädiktion von Depressivität. Die Überprüfung der Validität der Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit des stationären Krankenpflegepersonals konnte anhand der gewonnenen Ergebnisse bestätigt werden.

Insgesamt weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung der beruflichen Selbstwirksamkeit für die gesundheitliche Stabilisierung und Prävention im Krankenpflegeberuf hin. Günstige Bedingungen für die Entwicklung der beruflichen Selbstwirksamkeit zu schaffen, könnte zur Minderung einer depressiven Symptomatik beitragen und die Gesundheit des stationär tätigen Krankenpflegepersonals fördern.

7 Literaturverzeichnis

Abele, A.E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000): Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (3), 145-151.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington DC.

Andrea, H., Bültmann, U., Beurskens, A.J.H.M., Swaen G.M.H., van Schaeyck, C.P., Kant, I.J. (2004): Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale Psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 637-646.

Anderson, K.W., McLean, P.D. (1997): Conscientiousness in Depression: Tendencies, Predictive Utility, and Longitudinal Stability, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 21, No. 2, 223-238.

Arnstein, P., Wells-Federmann, C., Caudill, M. (2001): Self-Efficacy as a mediator of depression and pain-related disability in three samples of chronic pain patients, *Pain Med.* Sep; 2(3): 238-239.

ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2009): S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, Kurzfassung. November 2009. Version 1.0.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwenderorientierte Einführung* (11.Aufl.). Heidelberg:Springer.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2005): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.

Bakker, A.B., Demerouti, E., Verbeke, W. (2004): Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43 (1), 83-104.

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.

Baumann, M., Zell, U. (1992): Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern. In: *Prognos* (Hrsg.), *Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege*, S.41-65. Berlin: Edition Sigma.

Baumgart, U., Metz, A.-M., Degener, M. (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In: Ulich, E. (Hrsg.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis, S.195-212. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Beck, A.T., Word, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 61-571.

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

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2013): Gesundheitssektor Krankenhaus Zahlen – Daten – Fakten. BGW Forschung. Hamburg.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege & DAK-Zentrale (Hrsg.), (2005). DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege. Hamburg: DAK.

Blackmore, E.R., Stansfeld, S.A., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B.M., Stewart, D.E. (2007): Major Depressive Episodes and Work Stress: Results from a National Population Survey- American Journal of Public Health, 2088-2093.

Bonde, J.P.E. (2008): Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occupational and Environmental Medicine, 438-445.

Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Buchwald, P., Hobfoll, S.E. (2004): Burnout aus ressourcentheoretischer Perspektive. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, S.247-257.

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R., (2009): Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. Z Psychosom Med Psychother 55/2009, 37-50. Göttingen.

Büssing, A., Glaser, J. (1999): Interaktionsarbeit: Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus [Interaction work. Concept and method in hospitals] Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53.

Büssing, A., Glaser, J. (2003): Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In E. Ulich (Hrsg.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis, S.111-150. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

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., Eisenhofer, J., Glaser, J. (1995): Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Untersuchungen zum Einfluss von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen (Bericht Nr.21). München: TU, Lehrstuhl der Psychologie.

Büssing, A., Glaser, J., Höge, T. (2002): Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Manual und Materialien [Screening of psychological work load in inpatient nursing (Work load screening TAA-KH-S) – Manual and material]. [Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S.66]. Bremerhave: Wirtschaftsverlag NW.

Büssing, A., Glaser, J., Höge, T., Giesenbauer, B. (2000): Entwicklung eines Screeningverfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2. Zwischenbericht aus: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, (ISSN 0949-0221), Bericht Nr. 52, Februar 2008.

Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56(5-6), S.733-739.

Calnan, M., Wadsworth, E., May, M., Smith, A., Wainwright, D. (2004): Job strain, effort-reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models?. In: Scand J Public Health. 2004; 32 (2): 84-93.

Chang, Y., Wang, P.-C., Li, H.-H., Liu, Y.-C. (2011): Relations Among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. Journal of Nursing Management 19, 769-776.

Cohen, J. (1992): A Power Primer. Quantitative Methods in Psychology. New York University.

Connell, C.M., Davis, W.K., Gallant, M.P., Sharpe, P.A. (1994): Impact of Social Support, Social Cognitive Variables, and Perceived Threat on Depression Among Adults With Diabetes, Health Psychology, 1994, Vol.13, No. 3, 263-273.

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

DAK-Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege, Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden

Gesundheitssystem (2005). Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege. Hamburg.

DAK-Gesundheitsreport 2013, DAK Forschung, IGES Institut GmbH, S.112-113, Hamburg: DAK.

DAK-Gesundheitsreport 2014, Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten (2014). Hamburg: DAK.

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.

Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.

de Jong, R., Henrich, G., Noppeney, G. (1985): Die Erfassung „antidepressiver“ Gedanken sowie die subjektive Bewertung dieser Bewältigungsstrategien bei depressiven Patienten und nicht-depressiven Kontrollpersonen, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, Band 14, Heft 1, S. 39-52.

de Lange, A., Taris, T., Kompier, M., Houtman, I., Bongers, P., (2005): What about causality? Examination longitudinal relations between work characteristics and mental health.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien (5. durchgesehene und ergänzte Auflage). Verlag: Hans Huber.

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.

Dormann, C., Zapf, D. (2002): Social stressors at work, irritation, and depression: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 33-58.

Ducki, A., Kalytta, T. (2006). Gibt es einen Ressourcenkern? Überlegungen zur Funktionalität von Ressourcen. *Wirtschaftspsychologie*, 2 (3), S. 30-39.

Dunckel, H., Semmer, N. (1987): Stressbezogene Arbeitsanalyse: Ein Instrument zur Abschätzung von Belastungsschwerpunkten in Industriebetrieben. In K. Sonntag (Hrsg.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung*, S.163-177. Köln: Bachem.

Dunckel, H., Resch, M. (1987): Computer für den Menschen? Risiken und Chancen des Computereinsatzes am Arbeitsplatz, Köln: Bund-Verlag.

Ehlers, A., Lüer, G. (1996): Pathologische Prozesse der Informationsverarbeitung, Kognitionspsychologische Interpretation von Depression und Angststörungen. In: Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 1, Ehler, A., Hahlweg, K.; Grundlagen der klinischen Psychologie, Hogrefe-Verlag.

Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Bartlett, H., O'Malley, P., West, M., Mcelfatrick, S., Brown, D. (1996): Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses: Findings From Three Research Studies. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 42, No. 2, 102-111.

Ferrie, J., Shipley, M., Stansfeld, S., Marmot, M. (2002): Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. In: *J Epidemiol Community Health*. Jun 2002; 56 (6): 450-454.

Francis, L., Weiss, B.D., Senf, J. H., Heist, K., Hargraves, R. (2007): Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *Journal of the American board of family medicine*, Jan-Feb, 20(1), 23-27.

Franché, R.L., Williams, A., Ibrahim, S. Grace, S.L., Mustard, C. Minore, B., Steward, D.E. (2006): Pathanalysis of work conditions and work-family spillover as modifiable workplace factors associated with depressive symptomatology. *Stress and Health*, 22, 91-103.

Fuchs, R., Schwarzer, R. (1994): Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments, *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15, Heft 3, S. 141-154.

Garst, H., Frese, M., Molenaar, P.C.M. (2000): The Temporal Factor of Change in Stressor-Strain Relationships: A Growth Curve Model on a Longitudinal Study in East Germany. *Journal of Applied Psychology*, 417-438.

Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen (2011): Band 26, Seite 151.

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.

Griffin, J.M., Greiner, B.A., Stansfeld S.A., Marmot, M. (2007): The effect of self-reported and observed job conditions on depression and anxiety symptoms: A comparison of theoretical models, In: *Journal of Occupational Health Psychology* 2007, Vol. 12, No. 4, 334-349.

Hackett, G., Betz, G. (1981): A self-efficacy approach to the career development of women, In: Journal of Vocational Behaviour, 18, 326-339.

Hackert, W., Böger, S., Merboth, H. (2003): Beanspruchungsoptimierung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege, In: Ulich, E. (Hrsg.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. S.235-249. Bern: Huber.

Hair, J., Black B., Babin, B., Anderson R., Tatham R., (2006): Multivariate Data Analysis (6th Edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hallström, I. (2004): AUVA-Präventionsprojekt PFLEGEfit. Sichere Arbeit, 3, S.14-17.

Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry, 23, 56-62.

Hammen, C. (1997): Depression, Psychology Press.

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), 471-481.

Hasselhorn, H.M. (2005): Internationaler Vergleich: Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus Ergebnisse von der NEXT-Studie 2005 finanziert von der Europäischen Union (5. Forschungsrahmenprogramm, QLK6-CT-2001-00475) Universität Wuppertal <http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/NEXTHamburg2005.pdf>.

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.

Hautzinger, M. (1991): Das Beck-Depression-Inventar in der Klinik. Nervenarzt, 62, 686-696.

Hautzinger, M. (1997): Erklärungsansätze depressiver Erkrankungen, In: Enzyklopädie der Psychologie, Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Klinische Psychologie, 2.

Hautzinger, M., Bailer, M. (1993): Allgemeine Depressionsskala. Manual. Göttingen: Beltz.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1994): Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien (6.Aufl.). Weinheim: Beltz.

Heindle, B. (2009): Entwicklung eines Diagnostikums zur berufsspezifischen Selbstwirksamkeit in der stationären Pflege, Dissertation. Philipps-Universität Marburg.

Heinisch, D., Jex, S. (1997): Negative affectivity and gender as moderators of the relationship between work-related stressors and depressed mood at work. *Work & Stress*, 11, 46-57.

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.

Hobfoll, S.E. (1989): Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S.E., Shirom, A. (1993): Stress and burnout in the workplace: Conservation of resources, In: T. Golombiewski, *Handbook of organizational behavior*, 41-61. New York. Marcel Dekker.

Hotopf, M., Wessely, S. (1997): Stress in the workplace: unfinished business. *J Psychosom Res*;43(1),1–6.

International Council of Nurses (2010): Definition of Nursing. www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/ (Stand 5.6.2014)

Janssen, J., Laatz, W. (2007): *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* (6. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

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, Satow, L. (1999): Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer & M. Jerusalem, (Hrsg.), Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. (S.15). Berlin: Freie Universität Berlin.

Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988): Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.

Junghanns, G., Ullsperger, P. (2005): Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren für das Auftreten depressiver Störungen. Workshop vom 1.Juli 2004 in Berlin, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tb 138).

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.

Kawasaky, Y., Maeda, Y., Suzuki, M., Urata, K., Higashima, M., Kiba, K., Yamaguchi, N. Matsuda, H., Hisada, K. (1993): SPECT analysis of regional cerebral blood flow changes in patients with schizophrenia during the Wisconsin card sorting test. *Schizophr Res* 10: 109-116.

Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., Wittchen, H.-U. (1998): The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview – Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*. 7, 171-185.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, ., Merikangas, K.R., Rush A.J., Walters, E.E., Wang, P.S. (2003): The Epidemiology of Major Depressive Disorders. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005): Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Achives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

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.

Kraft, U., Udris, I. Mussmann, C., Muheim, M. (1994): Gesunde Personen – salutogenetisch betrachtet, eine qualitative Untersuchung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2 (3), 216-239.

Krohne, H.-W., Hock, M. (2007): *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder*, 2007. Stuttgart: Kohlhammer.

Larisch, M., Joksimovic, L., Knesebek, O., Starke, D., Siegrist, J. (2003): Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, S. 223-228.

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

Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E., Sosnowksy, N. (2008): Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). Eine vergleichende Evaluation von Cut-Off-Werten. *Diagnostica*, 54 (1), 1-10.

Leiter, M.P., Bakker, A.B.. (2010): Work engagement: Introduction. In A.B. Bakker, M. Leiter (Hrsg.), *Work engagement. A handbook of essential theory and research*. 1-9. Hove: Psychology Press.

Letvak, S., Ruhm, C.J., McCoy, T. (2012): Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec*. May-Jun; 26 (3): 177-82.

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.

Lienert, G.A. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.

Linden, M., Kurtz, G., Baltes M.M., Geiselmann, B., Lang, F.R., Reischies, F.M., Helmchen, H. (1998): Depression bei Hochbetagten – Ergebnisse der Berliner Altersstudie, In: *Nervenarzt*, 1998 – 69 (1):27-37.

McEwen, Ph.D., Bruce, S. (1998): Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *N Engl J Med* 1998; 338: 171-179 / January 15, 1998.

Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., Jeste, D. V. (2011): A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, 129(1), 126-142.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J., Danese, A., Poulton, R., Moffitt, T.E. (2008): Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*, 37, 1119-1129.

Mohiyeddini, C., Hautzinger, M., Bauer, S. (2002): Eine Latent-State-Trait-Analyse zur Bestimmung der dispositionellen und zustandsbedingten Anteile dreier Instrumente zur Erfassung von Depressionen: ADS, BDI, und SDS. *Diagnostica*, 48, 12-18.

Moosbrugger, H., Kelava, A. (2007): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer London, Limited, 2007.

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. (2000): Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: Teske, U., Witte, B. (Hrsg.), Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Band 1, 109-161. Hamburg: VSA Verlag.

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.

Murray, C.C., Lopez, A.D. (1998): The global burden of disease, 1990-2020. Nature, Medicine 4, 1241–1243.

Ohler, M.C., Kerr, M.S., Forbes, D.A. (2010): Depression in nurses. Can J Nurs Res. 2010 Sep; 42 (3):66-82.

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.

Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T., Concoli, S.M. (2002): Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study, British Journal of Psychiatry, 181, 111-117.

Pikhart, H., Bobak, M., Paja, A., Malyutina, S. Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y., Marmot, M. (2004): Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. Social Science & Medicine, 58 (8), 1475-1482.

Radloff, L.S. (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1(3), 385-401.

Richter, P., Hacker, W. (1998): Belastung und Beanspruchung. Heidelberg: Asanger.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.); (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 48 – Krankheitskosten; Berlin.

Ruholl, Sabine (2007): Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen – Status und Verlauf - ; TH Aachen zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Medizin.

Rush, A.J., Giles, D.E., Schlessner, M.A., Fulton, C.L., Weissenburger, J., Burns, C. (1986): The inventory for depressive symptomatology. Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-876.

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

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

Satow, L. (1999): Zur Bedeutung des Unterrichtsklimas für die Entwicklung schulbezogener Selbstwirksamkeitserwartungen. Eine Mehrebenenanalyse mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31 (4), 171-179.

Schaarschmidt, U., Kieschke, U. (2007): *Gerüstet für den Schulalltag*, Beltz Verlag.

Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E., Tell, G.S. (2005): Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine*, 55, 463-474.

Schindler, C., Körkel, J. (1994): Selbstwirksamkeitserwartungen junger Erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit, *Verhaltenstherapie*, 4, 152-161.

Schmitz, G.S. (2000): *Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout?* Berlin: 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. (2002): *Skala zur Erfassung der emotionalen Selbstwirksamkeit*. Freie Universität Berlin.

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

Schuler, H. (1996): *Psychologische Personalauswahl: Einführung in die Berufseignungsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

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

Schwarzer, R. (1992): Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model, In: Schwarzer, R. (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action*, 217-242, Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123.

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

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

Schwarzer, R., Scholz, U. (2000): Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan.

Schyns, B. (2001): Determinanten beruflicher Veränderungsbereitschaft bei Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen unterer Hierarchiestufen. Dissertation, Universität Leipzig.

Schyns B., Collani, G. von (2002): A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 (2), 219-241.

Sechrest, Lee (1963): Incremental validity: A recommendation. *Educational and Psychological Measurement*, 23, 153-158.

Seethaler, E. (2012): Selbstwirksamkeit und Klassenführung. Eine empirische Untersuchung bei Lehramtstudierenden. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Philosophischen Fakultät der Universität Passau. Lehrstuhl Schulpädagogik.

Semmer, N.K. (2003): Job stress interventions and organization of work, In: Tetrick, L.E., Quick, J.C. (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology*, S.325-353, Washington, DC: American Psychological Association.

Semmer, N.K., Jacobshagen, N. (2003): Selbstwert und Wertschätzung als Themen der arbeitspsychologischen Stressforschung, In: Hamburg, K.C., Holling, H. (Hrsg), *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung*, 131-155, Göttingen: Hogrefe.

Semmer, N.K., Mohr, G. (2001): Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung (*Work and health. Concepts and findings of occupational health psychology*), *Psychologische Rundschau*, 52, 150-158.

Semmer, N.K., Udris, I. (2007): Bedeutung und Wirkung von Arbeit (*The meaning and the effects of work*), In: Schuler, H. (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie*, 4. Aufl., 157-195, 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.

Siegrist, J., Dragano, N. (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 51, 305–312.

Sonnentag, S., Frese, M. (2003): Stress in organizations, In: Borman, W.C., Ilgen, D.R. (Eds.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol. 12., 453-491, John Wiley & Sons, Inc.

Speier, C., Frese, M. (1997): Generalized self-efficacy as a mediator and moderator between control and complexity at work and personal initiative: A longitudinal field study in East Germany. *Human Performance*, 10 (2), 171-192.

Stalder, J. (1985): Die soziale Lerntheorie von Bandura, In: Frey, D., Irle, M., Band II: Gruppen- und Lerntheorien, Verlag Hans Huber.

Statistisches Bundesamt (2013): Fachserie 12 Reihe 7.3.1, 2011, Seite 14, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland (2013): Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, S.128-131.

Stansfeld, S., Candy, B. (2006): Psychosocial work environment and mental health. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 36, 443-62.

Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Head, J. (1997): Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research*.

Stansfeld, S.A., Lercher, P. (2003): Non-auditory physiological effects on noise: five year review and future directions. In: *Proceedings of the 8th International Congress on Noise as a Public Health Problem*, Rotterdam.

Stieglitz, R.-D. (2008): Diagnostik depressiver Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51, 392-398.

Taylor, S.E., Betz N.E. (1983): Career Assessment and the Career Decision-Making Self-Efficacy Scale. In: *Journal of Career Assessment* September 1996 (4): 413-428.

Techniker Krankenkasse - Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen (2011), Band 26, Seite 151.

Tennant, C. (2001): Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom. Res* 51, 697–704.

Thallner, W. (1999): Belastungen und Konflikte im Pflegedienst. Klagenfurt: Landeskrankenhaus.

Tonge, B., King, N., Klimkeit, E., Melvin, G., Heyne, D., Gordon, M. (2005): The self-efficacy questionnaire for depression in adolescents (SEQ-DA). Development and psychometric evaluation. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(7), 357-63.

Tracogna, U., Klewer, J., Kugler, J. (2003): Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Pflegepersonal im Krankenhaus, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J. (2001): Associations between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27, 146-153.

Tucker, S., Brust, S., Pierce, P., Fristedt, C., Pankratz, VS. (2004): Depression coping self-efficacy as a predictor of relapse 1 and 2 years following psychiatric hospital-based treatment, *Res Theory Nurs Pract.*; 18(2-3), 261-275.

Udris, I., Frese, M. (1999): Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos & D.Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch.* S.429-445. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. (1991): Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit. Forschungsprojekt Salute. Zürich: ETH Zürich.

Van Dick, R. (1999): Stress und Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf. Eine Analyse von Belastung und Beanspruchung im Kontext sozialpsychologischer, klinisch-psychologischer und organisationspsychologischer Konzepte. [Stress and work satisfaction in the teaching occupation] Marburg: Tectum.

Verhaeghe, R.; Mak, R.; Maele, G. (2003): Job stress among middle-aged health care workers and its relation to sickness absence, *Stress and health* 19, S.265-274.

Von Zerssen, D.(1986): Die Befindlichkeits-Skala. Weinheim: Beltz.

Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrill, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. E., Haynes, C. E., Rick, J. E., Shapiro, D. A., West, M. A. (1997): Minor psychiatric disorder in NHS Trust staff: Occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171, 519-523.

Wang, J., Patten, S.B. (2001): Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 283-289.

Wege, N., Dragano, N., Erbel, R., Jockel, K.H., Moebus, S., Stang, A, Siegrist, J. (2008): When does work stress hurt? Testing the intervention with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 338-341.

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

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.

Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., Finch, A. (2004): Work and mental health. *Soc Psychiatry Pschiatr Epidemiol*, 39, 866-873.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005): Size and burden if mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *EUR Neuropsychopharmacol*: 15 (4).

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010), Themenheft 51 "Depressive Erkrankungen", Robert-Koch-Institut, Berlin, 2010.

World Health Organization, (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, World Health Organization, Geneva.

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.

Zimmer, F.T. (1996): Verhaltenstherapie, In: Senf, W., Broda, M., *Praxis der Psychotherapie*, Georg Thieme Verlag.

8 Anhang

Tabelle Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeit in der Pflege, Lebenslauf, Danksagung, Akademische Lehrer, Ehrenwörtliche Erklärung

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest		ZRE_1
		Standardized Residual
N		207
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	,0000000
	Standardabweichung	,99024367
Extremste Differenzen	Absolut	,082
	Positiv	,082
	Negativ	-,046
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,179
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,124

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Philipps-Universität Marburg



Fachbereich Humanmedizin

Zentrum für Methodenwissenschaften und
Gesundheitsforschung

**Institut für Medizinische
Psychologie**

Direktor: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.D. Basler
Psychologischer Psychotherapeut

Anschrift: Bunsenstraße 3, D-35037 Marburg

Telefon: ++49-6421-28 66250

Telefax: ++49-6421-28 64881

Datum:

Home page:

<http://www.med.uni-marburg.de/medpsych/>

Studie zu „Arbeit & Gesundheit in der Pflege“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das Institut für Medizinische Psychologie der Philipps-Universität Marburg führt seit einigen Jahren Forschungsarbeiten zu Fragen der beruflichen Arbeit und der Gesundheit durch.

Auf die z.T. erheblichen gesundheitlichen Belastungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Pflege ist vielfach hingewiesen worden.

Aktuell sind wir an der Frage interessiert, ob es möglich ist, Faktoren der Gesundheitsförderung bzw. „Schutzfaktoren“ gegenüber der Entwicklung von chronischem Stress und Burnout zu identifizieren.

Worum geht es in der Studie?

Wir möchten Ihre Erfahrungen im Umgang mit schwierigen Situationen im Arbeitsalltag systematisch sammeln. Dazu haben wir einen Fragebogen entwickelt und möchten Sie bitten das Projekt zu „gesundheitlichen Schutzfaktoren“ durch die Bearbeitung des Fragebogens zu unterstützen.

Was wird auf Sie zukommen?

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie im beiliegenden Umschlag kostenfrei an uns zurücksenden. Ihre Daten werden anonym für die statistische Auswertung abgespeichert.

Eine Zuordnung zu Ihrer Person ist nicht möglich oder beabsichtigt, Ihnen entstehen keinerlei Nachteile durch das Ausfüllen des Fragebogens.

An wen können Sie sich wenden?

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch unter 06421-28 66250 oder per Email dirk.lehr@med.uni-marburg.de zur Verfügung.

Falls Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, möchten wir Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung danken.

Die Ergebnisse der Studie zu „Arbeit & Gesundheit in der Pflege“ können wir Ihnen gerne zukommen lassen (siehe letzte Seite).

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter
Basler

Studienleiter

Deborah Höhle

cand. Med

Dirk Lehr

Diplom Psychologe

Fragebogen zu Arbeit & Gesundheit in der Pflege

Zu Beginn bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person, Ihrer aktuellen Lebenssituation und Ihrem Beruf:

Ihre Geschlechtszugehörigkeit

- Weiblich
Männlich

Ihr Familienstand

- ledig mit Partner lebend /
verheiratet
verwitwet geschieden / getrennt
t lebend

(1) Ihr Alter

_____ Jahre

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie?

- Nein
Ja Ich habe _____ Kind(er)

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?

_____ Jahre

Wie viele Patienten unterliegen Ihrem Verantwortungsbereich?

_____ Patienten

Wie viele Kollegen umfasst das (Pflege-) Team, in dem Sie arbeiten?

_____ Kollegen

Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit? Wie viele Stunden im Monat?

- | Art der Anstellung | | Durchschnittliche Überstunden pro Monat | |
|--------------------|---|---|-----------------------|
| Ganze Stelle | <input type="radio"/> mit _____ Stunden | keine Überstunden notwendig .. | <input type="radio"/> |
| Teilzeitstelle | <input type="radio"/> mit _____ Stunden | bis zu 10 Überstunden | <input type="radio"/> |
| | | 10 bis 20 Überstunden | <input type="radio"/> |
| | | mehr als 20 Überstunden | <input type="radio"/> |

In welchem Arbeitsverhältnis arbeiten Sie?

- Angestelltenverhältnis Aushilfe
Zeitvertrag Honorarbasis

Sonstiges _____

An wie vielen Arbeitstagen haben Sie in den letzten 6 Monaten wegen Krankheit gefehlt?

_____ Tage

Sind Sie zur Zeit krank
geschrieben?

Nein

Ja seit ____ - ____ - _____

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an aufeinander folgenden Tagen/ Wochen/ Monaten krankheitsbedingt nicht arbeiten können?

Beispiel: waren Sie im Januar für 3 Tage und im März für 1 Woche ununterbrochen arbeitsunfähig, dann tragen Sie bitte 2 Zeiteinheiten ein.

_____ Zeiteinheiten

Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten ärztliche Hilfe in Anspruch genommen - In Bezug auf solche Beschwerden, die Sie in irgendeinem Zusammenhang mit Ihren beruflichen Belastungen sehen?

Anzahl der Arztbesuche _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Unfall bei der Arbeit? Gemeint sind auch kleinere Unfälle, wie z.B. Stichverletzungen

Nein

Ja wenn ja,
wie häufig hatten Sie ein Unfall? Anzahl der Unfälle _____

Üben Sie eine besondere Funktion (Stationsleitung, Schichtleitung, etc.) auf Ihrer Station (oder in Ihrem Bereich) aus oder engagieren Sie sich freiwillig über das geforderte Maß hinaus?

Falls ja, bitte beschreiben Sie diese Tätigkeit mit einem Stichwort

Nein

Ja _____

Wie schätzen Sie Ihr Engagement / Einsatz für die Arbeit im Vergleich zum Durchschnitt der Kollegen auf Ihrer Station ein? Meine Arbeitszeit liegt im Vergleich zum Durchschnitt

weit darüber	darüber	im Durchschnitt	darunter	weit darunter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Befinden im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit. Berufliche Belastungen äußern sich häufig in der Erfahrung mit der beruflichen Situation (nicht mehr) zufrieden zu sein, unter Zeitdruck arbeiten

zu müssen oder dem Gefühl, ausgebrannt und erschöpft zu sein.

Wie häufig haben Sie in den vergangenen 3 Monaten folgende Erfahrungen gemacht oder das angesprochene Gefühl während Ihrer Arbeit empfunden?

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
Alles in allem bin ich mit meinem Beruf sehr zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von den Problemen meiner Patienten bin ich persönlich berührt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich voller Tatkraft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr zufrieden mit meinen Möglichkeiten, mich durch die Arbeit persönlich weiterzuentwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..					
Meine Arbeit frustriert mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr zufrieden mit dem Gefühl, durch meine Arbeit etwas Wertvolles zu leisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirkliche Erfolgserlebnisse im Beruf habe ich nur selten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich empfinde große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch meine Arbeit habe ich viele Erfolgserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich zu sehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
.....					
Ich bin sehr zufrieden mit dem Maß, in dem ich in meinem Beruf selbstständig Denken und Handeln kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr zufrieden mit dem Ausmaß, in dem mein Beruf mich anregt und persönlich herausfordert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit als Pflegekraft gelingt mir überwiegend gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich meinen Patienten in vieler Hinsicht ähnlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Umgang mit Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..					
Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke häufig darüber nach, mich vorzeitig pensionieren zu lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....					
Mit der Art meiner Tätigkeiten bin ich im Allgemeinen zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am Ende des Arbeitstages fühle ich mich erledigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche "Objekte" wären	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erfahrung	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?				
	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
..... Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Patienten behandelt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zurechtkommen. 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?	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Im Umgang mit unsympathischen Patienten oder Angehörigen kann ich meine Ruhe und Gelassenheit bewahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da ich bei meiner Arbeit motiviert bin, kann ich die Sorgen und Ängste eines Patienten gut wahrnehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da ich über ein ausgebildetes Einfühlungsvermögen verfüge, kann ich die Befürchtungen und Sorgen eines Patienten gut nachempfinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zwischen den beiden Ansprüchen hoher Pflegequalität und begrenzter Zeit finde ich einen guten Kompromiss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen) finde ich einen Weg, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Patienten oder Angehörige unfreundlich sind, bin ich schnell in der Lage, mich zu distanzieren und meine Arbeit gelassen weiter zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn mich die Arbeit überfordert, bin ich in der Lage, sie rechtzeitig an Andere abzugeben oder sie abzulehnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst Patienten, die wenig kooperieren, kann ich zur Mitarbeit motivieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da ich nicht gut „nein“ sagen kann, kommt es oft dazu, dass mir die Arbeit viel zu viel wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sofern kein Notfall vorliegt und ich etwas erledigen möchte, finde ich Mittel und Wege, meine Arbeit gegen ablenkende Unterbrechungen abzusichern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es sehr viel zu tun, gerate ich leicht in Aufregung und Getetze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann Arbeitsabläufe so organisieren, dass ich sie gut bewältigen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst unter Zeitdruck bin ich in der Lage, meine Arbeit so zu organisieren, dass ich alle wichtigen Arbeiten erledigen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch wenn es Konflikte im Team gibt, bin ich in der Lage, diese auszuhalten und meine Arbeit so gut wie sonst üblich zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde Mittel und Wege, belastende Situationen in der Pflege sterbender Menschen zu verarbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch wenn Andere mir nicht die angemessene Anerkennung für meine Arbeit zeigen, bin ich in der Lage, mich selbst für das Erreichte zu loben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann fachlich gut arbeiten, obwohl ich unter Zeitdruck stehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele Konflikte entstehen erst gar nicht, weil ich unbeschwert und leicht mit schwierigen Kollegen umgehen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
..... Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann zur Lösung von Konflikten im Team beitragen, da es mir gelingt, diese offen und entschärfend anzusprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann es beeinflussen, abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeiten zugeteilt zu bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch wenn es mal drunter und drüber geht, halte ich Pausen ein und kann mich in diesen gut erholen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst wenn es im Arbeitsalltag schwer ist, verliere ich trotzdem nicht die grundsätzliche Sinnhaftigkeit meiner Arbeit aus dem Auge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bringt mich nicht lange aus dem Gleichgewicht, wenn ich mich nach außen freundlich zeigen muss, mich aber innerlich nicht so fühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mich jemand bei meiner Arbeit unterbricht, bin ich in der Lage, weniger wichtige Anliegen höflich und bestimmt auf einen passenderen Zeitpunkt zu verlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst wenn es beim Patienten zu Komplikationen kommt, verfüge ich über Wissen und Fähigkeiten, angemessene Pflegemaßnahmen einzuleiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch im Umgang mit todkranken Patienten kann ich verständnisvoll und entgegenkommend sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann es beeinflussen, interessante Arbeiten zu bekommen, selbst wenn diese auch bei anderen beliebt sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbst bei schwierigen Patienten oder Angehörigen finde ich Mittel und Wege, sie für die Mitarbeit zu gewinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es meine Rolle als Pflegekraft verlangt, Gefühle zu zeigen, die nicht meinem inneren Zustand entsprechen, belastet mich dies nicht lange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
..... Da ich meine Arbeit gut strukturieren kann, bewältige ich mein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zutreffend ist folgende Aussage für Sie?	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Arbeitspensum zu meiner Zufriedenheit				
Wenn es im Team Spannungen gibt, gelingt es mir gut, etwas zur Entspannung beizutragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgrund meiner fachlichen Kompetenz kann ich auch bei unvorhergesehenen Komplikationen das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gelingt mir selbst bei todkranken Patienten eine gute Pflege zu gewährleisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch wenn ich negative Gefühle in meiner Rolle als Pflegekraft nicht zum Ausdruck bringen kann, gewinne ich mein Gleichgewicht trotzdem schnell wieder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich es lösen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann die Emotionen eines Patienten wahrnehmen, da ich ein gutes Einfühlungsvermögen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weil ich von der Bedeutsamkeit meiner Arbeit überzeugt bin, kann ich mich auch in anstrengenden Phasen für die Arbeit motivieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wohlbefinden. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zum Wohlbefinden. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie Sie sich in den letzten 4 Wochen meistens gefühlt haben.

Diese Aussage trifft für mich zu ...	trifft nicht zu				trifft genau zu	
Ich habe meine täglichen Anforderungen im Griff gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin innerlich erfüllt gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich behaglich gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mein Leben genießen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe mich richtig freuen können

A **Allgemeines Befinden.** Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

	fast nie	manch- mal	oft	fast immer
Meine Stimmung ist schwermütig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin glücklich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin deprimiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin verzweifelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in gedrückter Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich sicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ruhig und gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Leben macht mir Spaß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G **esundheit und Rente.** Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:

Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig bleiben können?

sicher eher ja unsicher eher nein auf keinen Fall

Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?

ja nein

Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen Antrag auf Frühberentung (aus Gesundheitsgründen) zu stellen?

ja nein

Akzeptanz. Um einen Zustand der beruflichen Überlastung bzw. Erschöpfung und der damit einhergehenden Einschränkungen des Wohlbefindens zu beschreiben, können unterschiedliche Formulierungen benutzt werden. Manche Formulierungen sind allgemein akzeptiert, manche werden eher als schambesetztes persönliches Makel empfunden.

Wie akzeptiert sind im Allgemeinen die folgenden Formulierungen für ein eingeschränktes Befindens:

	nicht akzeptiert	wenig akzeptiert	eher akzeptiert	ganz akzeptiert
Ich bin ausgebrannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin chronisch gestresst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Burnout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin psychisch erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin depressiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin psychisch erkrankt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Ich möchte gerne über die Ergebnisse der Befragung informiert werden. Diese können Sie an folgende Email-Adresse senden:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen und Herren in Marburg:

Albert, Al-Fakhri, Arnold, Aumüller, Bals, Barth, Bartsch, Basler, Bauer, Baum, Baumann, Behr, Beyer, Bien, Bolm, Cetin, Czubayko, Daut, Del Rey, Dietrich, Dinges, Donner-Banzhoff, Dünne, Duda, Feiber, Feuser, Funck, Gerdes, Geyer, Görg C., Görg K., Grau, Gress, Grimm, Gudermann, Happle, Hassan, Henzel, Hermann-Lingen, Hertl, Jungclas, Kann, Kalder, Keller, Kill, Klose, Koch, König, Koolmann, Krause, Krieg, Kroll, Kühnert, Leonhardt, Lill, Löffler, Lohoff, Lübbe, Maisch, Max, Moosdorf, Moll, Mueller, Neubauer, Oertel, Pagenstecher, Remschmidt, Renz, Richter, Röhm, Roelke, Röper, Rothmund, Ruchholz, Rudolph, Schade, Schäfer, Schnabel, Schrader, Schulze, Seitz, Seyberth, Seyfarth, Steiniger, Stempel, Sundermeyer, Vogelmeier, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wulf.

DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. H.-D. Basler für die Bereitstellung des Themas und die Hilfestellung zur Beendigung der Doktorarbeit sowie Herrn Dr. Dirk Lehr für die Betreuung.

Herzlich danken möchte ich meiner ganzen Familie für die Ermutigung und Bekräftigung in der Vollendung meiner Doktorarbeit.

Ein großer Dank geht an meine liebe Schwester Simone und an Alex für allen Zuspruch und Unterstützung in der letzten Zeit.

Danke Opa für alles Hoffen, Beten und Glauben.