

Universität Maastricht / Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau
Fakultät der Gesundheitswissenschaften, Fachbereich Pflegewissenschaft

**ADAPTIVE PROZESSE AM ARBEITSPLATZ UND ADAPTIVE
ARBEITSZUFRIEDENHEIT DER MITARBEITERINNEN IN DER HILFE
UND PFLEGE ZU HAUSE**

Eine Querschnittstudie aus sechs Gebieten der deutschen Schweiz

Johanna Niederberger - Burgherr, Studiengang Master in Nursing Science
1998 – 2001, ID-Nr. 983765

Begleitung:

1. Mentor: Prof. Dr. E. K. Hermann, Universität Basel
2. Mentorin: Dr. N. Boumans, Universität Maastricht

16. Oktober 2001

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Hintergrund der Studie	3
1.2	Zielsetzung.....	4
1.3	Klärung der Begriffe.....	4
1.4	Überblick über den Aufbau und Inhalt der Arbeit.....	5
2	Theoretische und empirische Grundlagen	7
2.1	Allgemeine und spezifische Arbeitszufriedenheit	7
2.2	Das Konstrukt der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz (PA)	8
2.2.1	Tätigkeit	9
2.2.2	Führung und Mitsprache	10
2.2.3	Kolleginnen	11
2.2.4	Belastungen	11
2.2.5	Sicherheit des Arbeitsplatzes	12
2.2.6	Kontakt mit Patientinnen	12
2.2.7	Arbeit im Bezug auf den Privatbereich.....	12
2.3	Nichtstädtische / städtische Betriebe und Arbeitszufriedenheit	13
2.4	Fluktuationsabsicht und Arbeitszufriedenheit	13
2.5	Individuelle Charakteristiken, adaptive Prozesse und Arbeitszufriedenheit	14
2.5.1	Alter	14
2.5.2	Berufserfahrung	14
2.5.3	Dauer der Betriebszugehörigkeit (DBZ).....	15
2.5.4	Arbeitspensum	15
2.5.5	Ausbildungsniveau und Arbeitszufriedenheit.....	15
2.5.6	Funktion und Hierarchiestufe.....	16
2.5.7	Persönlichkeitsmerkmale	16
2.6	Resümee.....	16
2.7	Forschungsfragen und Hypothesen zur Prüfung.....	17
2.8	Modell zum Zusammenhang von abhängigen und unabhängigen Variablen der Forschungsfragen	19
3	Methodisches Vorgehen	20
3.1	Studiendesign.....	20
3.2	Datensammlung	20
3.2.1	Vergleich von verschiedenen Instrumenten	20
3.2.2	Die Instrumente zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit.....	21
3.2.3	Ethische Aspekte.....	23
3.2.4	Pilotstudie.....	23
3.2.5	Die Population und Auswahl der Studienteilnehmerinnen	24
3.2.6	Durchführung der Umfrage.....	24
3.3	Daten-Analyse	25
4	Ergebnisse	27
4.1	Überprüfung der Fragebogen.....	27
4.1.1	Der Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz (FAPA)	27
4.1.2	Der Fragebogen über spezifische Arbeitszufriedenheit (AZ)	28
4.2	Demographische Daten.....	29
4.3	Ergebnisse zu den Hypothesen	31
5	Diskussion und Schlussbemerkungen	40
5.1	Weiterentwicklung des FAPA und Diskussion des theoretischen Ansatzes der adaptiven Prozesse	40
5.2	Methodenkritik	41

5.3	Erfassung der adaptiven Prozesse und Zusammenhangsbefunde.....	42
5.4	Folgerungen für Verantwortliche für die Pflegeorganisation der Spitex.....	44
5.5	Resümee.....	44
6	Abkürzungsverzeichnis.....	45
7	Abbildungen.....	47
8	Tabellenverzeichnis	48
9	Literaturverzeichnis	48
10	Anhang I , Tabellen	54
11	Anhang II, Fragebogen	70
12	Anhang III, Begleitbrief für Informantinnen	78
13	Anhang IV, Begleitbrief für Betriebsleiterinnen	79
14	Anhang V, Glossar.....	80

Vorwort

Die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) befindet sich zur Zeit in einem Reformprozess, der darauf abzielt, den stetig steigenden Versorgungsbedarf der betagten und langzeitkranken Menschen auch in Zukunft mit gesicherter Qualität zu erfüllen. Ein Konzept der Qualitätsentwicklung ist die Mitarbeiterinnenzufriedenheit. Dieses Konzept hat mich als Gemeindegkrankenschwester in verschiedenen Kantonen der Schweiz und als Lehrerin in der Ausbildung von Gesundheitsschwestern in unterschiedlichem Ausmass begleitet.

Die erfolgreiche Durchführung der Studie zu den adaptiven Prozessen und adaptiver Arbeitszufriedenheit ist dem Entgegenkommen der Verantwortlichen der kantonalen Spitexverbände zu verdanken, die mir die Adresslisten der Betriebe zur Verfügung gestellt haben. Besonders bedanken möchte ich mich bei der schweizerischen Vereinigung der Gesundheitsschwestern und Pfleger (SVG), die mich beim Pilottest unterstützt hat und bei jeder einzelnen Informantin, die den Fragebogen sorgfältig ausgefüllt und zurückgeschickt hat.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Hermann, Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel und Frau Dr. Boumans, Fakultät der Gesundheitswissenschaften der Universität Maastricht für die fachliche Begleitung. Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Friedli und Frau Schaller vom Institut für mathematische Statistik und Versicherungslehre der Universität Bern für die Unterstützung bei den differenzierten statistischen Analysen und deren Interpretationen. Frau Meier, Rektorin des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe SRK, danke ich für die ideelle und materielle Unterstützung.

Zusammenfassung

Der vorliegenden Studie liegt der theoretische Ansatz der adaptiven Arbeitszufriedenheit zugrunde. Gemäss diesem Ansatz führen wechselseitig sich bekräftigende Adaptionsprozesse zwischen Person und Arbeit zu Arbeitszufriedenheit. Damit adaptive Prozesse stattfinden können, braucht die Person Handlungsspielraum, um aktiv Einfluss auf die Umgebung ihrer Arbeit auszuüben. Nicht nur die Arbeit wird von der Person modelliert, auch die Person wird durch ihre Arbeit verändert, kann daran wachsen und sich weiterentwickeln.

Das Ziel der Studie ist, das Ausmass der adaptiven Prozesse der ausgebildeten Mitarbeiterinnen an ihren Arbeitsplätzen in der Spitex zu erheben. Weiter soll festgestellt werden, ob und in welchem Ausmass Zusammenhänge oder Unterschiede zwischen adaptiven Prozessen und Berufserfahrung, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Anstellungspensen, Ausbildungsniveaus und zwischen Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Gebieten feststellbar sind. Ein weiteres Ziel ist, den Einfluss der adaptiven Prozesse auf die Fluktuationsabsicht zu ermitteln.

Es handelt sich um eine Querschnittstudie mit einem deskriptiven Design, durchgeführt mit einem von Reichmuth und Semmer (1999) entwickelten Fragebogen für adaptive Prozesse am Arbeitsplatz (FAPA). Die Klumpen-Stichprobe setzt sich aus ausgebildeten Mitarbeiterinnen (n=519) aus 108 Spitexbetrieben in der nördlichen und zentralen deutschen Schweiz zusammen.

Die Untersuchung der Zusammenhänge weist auf eine schwache positive Beziehung zwischen adaptiven Prozessen, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Anstellung mit höherem Arbeitspensum, sowie Leitungs- und Spezialfunktionen hin. Die adaptiven Prozesse werden auch durch die Anzahl Kinder im Haushalt beeinflusst, die je nach Gebiet Unterschiede aufweist. Krankenschwestern mit höherer Fachausbildung Stufe I haben den höchsten FAPA-Wert, es stellt sich jedoch heraus, dass die Ausbildung alleine nicht die adaptiven Prozesse fördert,

sondern erst in Kombination mit einer differenzierten Aufgabe am Arbeitsplatz. Die Annahme wird nicht bestätigt, dass der Mangel an Pflegepersonen auf ungenügende adaptive Prozesse und Arbeitszufriedenheit zurückzuführen ist. Es ist anzunehmen, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Beschäftigung im Lebens- und im Berufszyklus adaptive Prozesse massgeblich für die gesamte Adaption und die Entstehung von Arbeitszufriedenheit sind. Eine Leadership zur individuellen Führung der grösstenteils im Teilzeitpensum arbeitenden Mitarbeiterinnen in diesen verschiedenen Lebens- und Berufsphasen und im stetig steigenden Bedarf nach qualitativ hochstehender Versorgung der betagten und langzeitkranken Menschen in der Hilfe und Pflege zu Hause ist herausgefordert.

Summary

This study focuses on the theoretical approach of adaptive job satisfaction. According to this approach, the process of continuous reciprocal adaptation between people and work results in job satisfaction. This process requires a scope of action for people to influence their work and their work environment according to their needs. On the other hand, people are influenced by their work and develop personally in accordance with the demands of their jobs.

The aim of the study was to find the extent of the adaptive processes of trained staff (nurses and home helps) in community nursing. Further, it was to find out whether, and if so, to what extent, there are correlations and differences between adaptive processes and work experience, length of employment, workload, qualifications and between staff in rural or urban areas. Finally, the influence of the adaptive processes on staff turnover was to be ascertained.

This descriptive crossover study surveyed 519 trained staff in 108 community nursing centers in the northern and central part of Switzerland (cluster sample). Data was collected with a questionnaire for adaptive processes (FAPA) developed by Reichmuth and Semmer (1999).

The findings suggest a weak positive correlation between adaptive processes, length of employment, full-time or a high degree of work and differentiated practice in a leadership or other function. The adaptive processes have also been influenced by the number of children at home which is different per area. Nurses with a higher level of training at Level I have the highest FAPA score, but only if they have the training in combination with differentiated responsibilities. The assumption that the shortage of nurses is caused by a lack of adaptive process and adaptive job satisfaction is not confirmed. It may be possible that in different moments of the employment in a person's life and job cycle adaptive processes are the cause of emergent job satisfaction. What is called for is leadership giving individual support to the mostly part-time female staff in their different phases of life and work, under conditions of a constantly rising demand for high quality nursing and home help for the elderly and invalid people in the community.

1 EINLEITUNG

1.1 Hintergrund der Studie

Hauspflege- und Gemeindefrankenpflegeorganisationen werden zu regionalen Spitexzentren fusioniert, von 1'200 gemeinnützigen Organisationen im Jahr 1996 waren es noch 750 im Jahr 2000 und die Tendenz ist abnehmend (Spitex, 2000). Ein noch nicht abzuschätzender Strukturwandel findet statt (Flury, 2001). Die Professionalisierung, Rationalisierung im administrativen und logistischen Bereich der Betriebe der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) und die demographischen Veränderungen beeinflussen das Leben der Mitarbeiterinnen¹. Daher ist die Evaluation ihrer Zufriedenheit am Arbeitsplatz wichtig, denn die Verantwortlichen sind herausgefordert, professionelle Pflegepersonen zu rekrutieren und am Arbeitsplatz zu erhalten (Adams und Bond, 2000; Cumbey und Alexander, 1998; Huber et al., 2000; Tovey und Adams, 1999).

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1.1.96 und der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV, 1995) hat der Druck auf die Mitarbeiterinnen in der Spitex zugenommen. Die Krankenkassen geben Zeitlimiten vor: Wenn die Zeitlimite überschritten wird, werden die Kosten nicht mehr übernommen. Die Zeit für Dienstleistung an den Patientinnen muss möglichst hoch ausfallen und die übrige Zeit für Fahrten zu Patientinnen, Administration, Zusammenarbeit etc. möglichst gering. Die Patientinnen möchten einerseits eine möglichst geringe Kostenbeteiligung, das heißt, eine möglichst kurze Pflegezeit. Andererseits gehören die Mitarbeiterinnen der Spitex oft zu den wenigen Bezugspersonen, mit denen Patientinnen ihre Probleme besprechen können. Dieser Widerspruch zwischen knappen Ressourcen und hohen Ansprüchen fördert Streß. Untersuchungen haben gezeigt, daß Streß die Arbeitszufriedenheit (AZ) negativ beeinflusst (Cohen-Mansfield, 1989; Snelgrove, 1998; Widmer, 1988).

Mitarbeiterinnen sind direkt in der Dienstleistung am „Kunden“ beteiligt, deshalb ist die Mitarbeiterinnenzufriedenheit ein Konzept der Qualitätsentwicklung. Mitarbeiterinnenbefragungen haben hohe strategische Bedeutung für die Arbeits- und damit letztlich für die Versorgungsqualität des Gesundheitssystems (Oggier, 1999; Schröder, 1998).

Subjektive Arbeitszufriedenheitsäusserungen von Mitarbeiterinnen sind dynamisch und multikausal determinierte Urteile. Menschen verändern ihre Arbeit und passen sie ihren Bedürfnissen an, gleichzeitig auch werden Menschen durch ihre Arbeit verändert, wachsen an ihr und passen sich an. Diese wechselseitig sich bekräftigenden Adaptionsprozesse zwischen Person und Arbeit führen zu Arbeitszufriedenheit (Reichmuth und Semmer, 1999; Semmer und Schallberger, 1996). Diese Adaptionsprozesse benötigen Handlungsspielraum und dieser ist in der aktuellen Reformbewegung nicht garantiert. Zur Zeit sind gesamtschweizerisch 1'300 bis 2'000 Arbeitsstellen von qualifiziertem Pflegepersonal ständig unbesetzt. Dies hat nachteilige Auswirkungen betreffend Pflegequalität und ergibt zusätzliche Belastungen für das bestehende Pflegepersonal (SBK, 2000). Es stellt sich die Frage, ob dieser Mangel an Mitarbeiterinnen in der Pflege etwas mit ungenügender Möglichkeit zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz und der AZ zu tun hat.

¹ Zugunsten der einfacheren Lesbarkeit und weil in der Spitex vor allem Frauen arbeiten, wird im folgenden Text ausschließlich die weibliche Form angewendet. Angesprochen sind selbstverständlich auch Mitarbeiter, Patienten, Kunden etc.

1.2 Zielsetzung

Reichmuth und Semmer (1999) haben ein Instrument zur Erfassung von *wechselwirkend adaptiven Prozessen (FAPA)* am Arbeitsplatz entwickelt. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, mit Hilfe dieses Instrumentes das Ausmass der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz (PA) von ausgebildeten Mitarbeiterinnen in der Spitex zu erfassen.

Weiter sollen mögliche Zusammenhänge untersucht werden zwischen den adaptiven Prozessen und Einstellungskonstrukten gegenüber der Arbeit, der Organisation und der Fluktuationsabsicht. Zusammenhänge zwischen Ausbildungsniveaus, der Zugehörigkeit zu einem nichtstädtischen oder städtischen Gebiet und individuellen Charakteristiken, den adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz und der Fluktuationsabsicht sollen geprüft werden.

Die Ergebnisse könnten Anhaltspunkte für Verantwortliche von Spitexorganisationen sein, die eine Reorganisation vorgesehen (Zielrichtung) oder schon vollzogen haben (Evaluation). Organisation und Leitung beeinflussen die Arbeitszufriedenheit wesentlich (Adams und Bond, 2000; Blegen, 1993; Widmer, 1988). Verantwortliche haben keinen Einfluss auf den Arbeitsmarkt, aber sie können die Pflegeorganisation und die Bedingungen durch Leadership und Beschaffung von Humanressourcen beeinflussen (Irvine und Evans, 1995), so dass der Gestaltungsspielraum und die Möglichkeit zur nicht-resignativen Modifikation von Ansprüchen der Mitarbeiterinnen gefördert und die kostspielige und qualitätsbeeinflussende Fluktuation vermindert wird.

1.3 Klärung der Begriffe

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Begriffe im Zusammenhang mit der Zielsetzung definiert. **Spitex** heisst „Hilfe und Pflege“ zu Hause. „Hilfe“ steht für Alltagsbewältigung, damit sind die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (56%) gemeint. Die Pflegeleistungen (44%) sind im KVG definiert und stehen im Verantwortungsbereich der Mitarbeiterinnen mit Diplom in Pflege. Mütterberatung, spezielle Pflege von psychiatrischen Patienten, Kindern und Wöchnerinnen sind von dieser Arbeit ausgeschlossen. In der englischsprachigen Literatur wird die Gemeindekrankenpflege als Community nursing, District nursing (Jansen, 1996; Van der Zee, Kramer, Derksen, Kerkstra, und F.C.J., 1994) oder Public Health Nursing (Cumbey und Alexander, 1998) beschrieben.

Spitexbetriebe oder Spitexzentren werden synonym für Organisationsstrukturen verwendet, in denen die Mitarbeiterinnen arbeiten. Sie umfassen ein geographisches Gebiet und eine soziale Struktur (Chalmers und Kristjanson, 1989). In der Schweiz sind 92% privatrechtlich-gemeinnützig organisiert und 8% haben einen öffentlich-rechtlichen Status. Nur gerade 1,6% der gesamten Kosten der Krankenversicherer sind durch die Spitex verursacht (BSV, 2001).

In der Schweiz werden Gemeinden mit über 10'000 Einwohnern als Städte eingestuft. Agglomerationen sind zusammenhängende Gebiete mehrerer Gemeinden mit insgesamt mindestens 20'000 Einwohnern. Agglomerationen, die diesen Kriterien entsprechen und Städte werden in der vorliegenden Arbeit als **städtisches** oder **urbanes Gebiet** bezeichnet. **Nicht städtisches** oder **rurales Gebiet** schliesst diese Merkmale aus (Schuler und Joye, 1997).

Ausgebildete Mitarbeiterinnen in der Spitex und deren Ausbildungsniveau werden auch als „Mitarbeiterinnen“ oder „Informantinnen“ bezeichnet. In der Spitex arbeiten 50% Mitarbeiterinnen mit Diplom oder Fähigkeitsausweis in Pflege, Hauspflege oder einem anderen Ausweis und 50% mit anderer oder keiner Ausbildung (Spitex, 2000). Gemeindekrankenpflege, spitalexterne Hilfe und Pflege, praktische Spitex und spitalexterne Gesunden- und Krankenpflege beziehen sich auf Gesundheitsförderung wie auch auf die Pflege kranker und behinderter Menschen. Folgende Berufsgruppen mit sich überlappenden Rollen sind in der

Studie eingeschlossen: Die *diplomierten Krankenschwestern* schätzen den Pflegebedarf von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften im Hinblick auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess ein, planen und führen Massnahmen durch, evaluieren das Ergebnis und passen die Pflege, wenn nötig, neu an. Vor 1992 wurden Krankenschwestern in allgemeiner Krankenpflege (AKP), Kinder- und Wochenbettpflege (KWS) und psychiatrischer Pflege (PsyKP) ausgebildet. *Krankenschwestern mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege, Niveau I (D I) und II (D II)* haben ihre Ausbildung nach der Einführung der neuen Ausbildungsbestimmungen (NAB) von 1991 des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) absolviert. Der Arbeitsinhalt ist identisch mit dem diplomierter Krankenschwestern. Pflegende mit *D I* gewährleisten die Pflege von Patientinnen in Situationen mit voraussehbarer Entwicklung und kontinuierlichem Verlauf und in Situationen, auf die erworbene Kenntnisse direkt anwendbar sind, wogegen Pflegende mit *D II* Patientinnen mit rasch veränderlichen Situationen pflegen, die nicht voraussehbar und von unterschiedlicher Komplexität sind und für die neue Lösungswege gefunden werden müssen (SRK, 2000). *Krankenpflegerinnen mit Fähigkeitsausweis SRK (FASRK)* wurden vor den neuen Ausbildungsbestimmungen und speziell für die Pflege von geriatrischen Patienten und Langzeitpatienten ausgebildet. *Gesundheitsschwestern* verfügen über ein Diplom als Krankenschwester und haben ihre speziellen Berufskennnisse in Pflege und Rehabilitation in einer Weiterbildung erworben. Sie arbeiten in der Regel ausserhalb des Spitals, am häufigsten in der Gemeindekrankenpflege (SRK, 1996). Die Ausbildung der Gesundheitsschwestern beinhaltet das Public Health Modell mit epidemiologischen Konzepten und der Identifikation von Risikogruppen zur Gesundheitsförderung. Dieser Fokus hat sich in der Schweiz in den meisten Gemeinden nicht etabliert, routinemässige Besuche bei Risikogruppen werden nicht finanziert. *Krankenschwestern mit höherer Fachausbildung Stufe I (Höfa I)* mit Schwerpunkt Berufspädagogik, Pflege oder Management verfügen über ein Diplom als Krankenschwester und haben ihre Berufskennnisse in einer Weiterbildung in den speziellen Schwerpunkten erworben, erweitert und vertieft. Der Beruf *gelernte Hauspflegerin* ist gemäss Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) den Berufen des Sozial- und Gesundheitswesens zuzuordnen. Im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen und fördern Hauspflegerinnen das körperliche, soziale und geistige Wohlbefinden von Personen und deren Umfeld. Sie tragen wesentlich dazu bei, das Leben und Wohnen zu Hause zu ermöglichen.

Fluktuationsabsicht ist die Absicht der Mitarbeiterinnen den Arbeitsplatz freiwillig zu verlassen. Ein signifikanter Korrelat von Fluktuationsabsicht ist die Fluktuation, eine spezifische Form von innerbetrieblicher Personalbewegung, Personalwechsel, Arbeitsplatzwechsel oder Beendigung von Arbeitsverhältnissen (Baillod, 1992; Irvine und Evans, 1995). 72% der **Empfängerinnen der Pflege** sind über 65 Jahre alt (Spitex, 2000), in dieser Arbeit werden sie auch Patientinnen genannt. Die Begriffe **Forschung**, Untersuchung oder Studie werden synonym gebraucht.

1.4 Überblick über den Aufbau und Inhalt der Arbeit

Die Arbeit ist in fünf Kapitel aufgeteilt. In der Einleitung wird auf den Hintergrund, die Problembeschreibung, die Zielsetzung, die Begriffsklärung und alle zentralen Überlegungen der Studie eingegangen.

Im Kapitel zwei werden die theoretischen und empirischen Grundlagen aufgezeigt und die Konstrukte dargestellt, die dem Instrument zugrunde liegen. Die Herleitung der Forschungsfrage schliesst das Kapitel ab.

Im methodologischen Teil (Kapitel drei) wird ein Überblick über das Design, die Instrumente, das Vorgehen bei der Erfassung der Daten und die Methoden der Datenauswertung gegeben.

Der vierte Teil stellt die Ergebnisse vor. Interessierte können im Anhang aus Tabellen und Abbildungen weitere Informationen entnehmen.

Schliesslich werden die Ergebnisse in Kapitel fünf diskutiert und Konsequenzen und Vorschläge für die Praxis und Weiterentwicklung des Fragebogens abgeleitet. Einige Begriffe werden im Glossar definiert und Abkürzungen auf einem separaten Blatt ausgeschrieben.

2 THEORETISCHE UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN

Im folgenden Kapitel soll ermittelt werden, was bereits zum *Konstrukt der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* und den damit zusammenhängenden Ergebnisse aus der pflege- und organisationswissenschaftlichen Literatur bekannt ist. Es enthält begriffliche und theoretische Erörterungen zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit, zum Konstrukt der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz (Abschnitt 2.2) und zu den empirischen Ergebnissen der im Konstrukt enthaltenen Aspekte (Abschnitte 2.2.1- 2.2.7). Zudem soll auf empirische Ergebnisse der in der Studie zu untersuchenden Zusammenhänge eingegangen werden (Abschnitte 2.3-2.5). Es wird nicht der Anspruch erhoben, Ordnung in all die sich zum Teil widersprechenden empirischen Befunde zu bringen. Diese Inhalte werden abschliessend kurz zusammengefasst (Abschnitt 2.6).

2.1 Allgemeine und spezifische Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit (AZ) ist theoretisch, wie praktisch ein schwer fassbares Konstrukt. Huber et al. (2000, S. 253) schreiben: „*Job satisfaction is the degree to which individuals like their work and work environment*“. Der Begriff AZ wird in sehr heterogener Weise definiert und es gibt verschiedene theoretische Ansätze. Die meisten Definitionen sind im Kern ähnlich, sie beinhalten die Bedürfnisbefriedigung, als Ist-Soll-Vergleich oder Person-Umwelt-Passung, ebenso die möglichen Folgen für die Entwicklung des Anspruchsniveaus, d.h. die Beibehaltung oder Erhöhung der AZ. AZ kann grundsätzlich als Einstellungskonstrukt behandelt werden und lässt sich nach verschiedenen Facetten der Arbeitssituation, wie z.B. Tätigkeit, Kolleginnen, Sicherheit, Lohn etc., differenzieren (Semmer und Udris, 1993).

Nicht nur verschiedene Definitionen, sondern auch verschiedene Formen der Arbeitszufriedenheit werden postuliert: Zum Beispiel die resignative Modifikation von Ansprüchen, die *resignative Arbeitszufriedenheit*, die ein Versuch von Problembewältigung bei diffuser Unzufriedenheit ist. Das Ergebnis aus einem positiven Ist-Soll-Vergleich kann in eine Periode der *stabilisierenden Arbeitszufriedenheit* führen. Weitergesteckte Zielvorstellungen und Erwartung seiner Erfüllung bezüglich der Arbeitslage resultieren in einer *progressiven Arbeitszufriedenheit* mit positiver „schöpferischer Unzufriedenheit“ in bezug auf Teilaspekte der Arbeitssituation (Bruggemann, Groskurth, und Ulich, 1975).

Die allgemeine AZ wird von *spezifischen Bereichen der AZ* unterschieden. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß die Ausprägung der allgemeinen Zufriedenheit auf einem eindimensionalen Kontinuum zwischen extremer Zufriedenheit und extremer Unzufriedenheit zu lokalisieren ist (Baillod, 1992; Reichmuth und Semmer, 1999). Bei der *spezifischen Arbeitszufriedenheit* handelt es sich um spezifische Einstellungskonstrukte bzw. affektive Urteile zu verschiedenen Aspekten der Arbeitssituation (vgl. Adaptive Prozesse 2.2). Die „Bedeutungsgewichtung“ der spezifischen Aspekte, die zwischen den verschiedenen soziographischen Gruppen variieren, erfassen die zentralen Bedürfnisse oder Erwartungen an die Arbeit. Diese Bedeutungsgewichtung kann im Sinne des Feinanpassungsvorgangs verändert und umdefiniert werden (Job-modeling).

Im Folgenden wird auf die *adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* eingegangen, welche den theoretischen Rahmen für die vorliegende Arbeit bilden. Der Begriff Arbeitszufriedenheit wird synonym mit Zufriedenheit verwendet.

2.2 Das Konstrukt der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz (PA)

Arbeit und Person stehen in wechselwirkender Beeinflussung. Laut der *Selektionshypothese* wählen Menschen Berufe und Arbeitstätigkeiten aus, die ihren Werten, Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechen. Noch nie in der Geschichte (in westlichen Ländern) hatten Menschen so sehr die Freiheit, den Beruf zu wählen. *Selektion* lässt sich als Prozess beschreiben, der zu einer mehr oder weniger grossen Passung zwischen Arbeit und Person führt. Z.B. sind selbstbestimmende, verantwortungsvolle Personen über die Dauer eher in einer entsprechenden Funktion zu finden und werden durch diese Position beeinflusst. Gemäss der *Sozialisationshypothese* wird die Person durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst, sie passt sich den Werten und Haltungen an. Gemäss diesem theoretischen Konstrukt verändert sich einerseits die Person, andererseits auch die Arbeit durch die aktive Gestaltung und Beeinflussung der Person auf die Umgebung. Während dieser Entwicklung wachsen Person und Arbeit aneinander. Sozialisation und Selektion kennzeichnen eher grobe Anpassungsvorgänge. In der Sozialisations- und Selektionsforschung wird das „*job-modeling*“, *der Feinanpassungsvorgang* oftmals vernachlässigt. „*Job-modeling*“ bedeutet die Veränderung und Umdefinition der Arbeit und ihrer Bedingungen entsprechend den eigenen Werten. Einzelne Elemente werden dabei betont, vernachlässigt oder sogar abgelehnt. Dieser subtile Prozess erstreckt sich über längere Zeiträume und geschieht durch *akkomodative* (adaptive coping) und *assimilative* (environment mastery) *Vorgänge* wechselseitiger Verstärkungen, die eine Angleichung von Bedürfnissen und Fähigkeiten einerseits und Anforderungen und Anreizen andererseits fördern. Aufgrund von wechselwirkenden Feinanpassungen auf die Arbeitssituation geschieht nicht nur eine Angleichung, sondern auch „Neuartiges“ und nur im Verbund Erklärbares. Sich wechselseitig bestätigende Adaptionsprozesse zwischen Person und Arbeit führen zu einer erhöhten Passung zwischen Mensch und Arbeit. Die durch *assimilative* und *akkomodative* Vorgänge resultierende Verschmelzung führt mit fortschreitender Dauer zu erhöhter Zufriedenheit und erhöhtem *organisationalem Commitment* (Verbundenheit mit der Organisation). Adaptive Prozesse werden als Entwicklungen mit positiv gefärbter Bewertungs- und Erlebenskomponente gesehen, wobei bestimmte *Persönlichkeitsmerkmale* unterstützend oder unterbindend wirken.

Dieser Prozess erfordert *Gestaltungsspielraum mit Kontrollerleben* und die Möglichkeit zur nicht-resignativen Modifikation von Ansprüchen, indem hohe Aspiration als unrealistisch erkannt und durch andere Standards ersetzt werden, die ebenfalls als erstrebenswert betrachtet werden können. Dabei werden Kompetenzen erworben, wie Expertise in einer Spezialaufgabe oder Umgang mit einer speziellen Patientinnengruppe.

Wechselwirkende Adaption ist in Bezug auf mehrere Aspekte der Arbeit denkbar, wie *Arbeitsinhalt (Tätigkeit), Führung und Mitsprache, Kolleginnen, Belastungen, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Kontakt mit Patientinnen und die Arbeit im Bezug auf den Privatbereich* (Reichmuth und Semmer, 1999; Semmer und Schallberger, 1996). In den folgenden Abschnitten wird auf empirische Befunde im Hinblick auf die beschriebenen Aspekte der Arbeit eingegangen, welche mit den adaptiven Prozessen in Verbindung gebracht werden. Wie Semmer und Schallberger (1996) schreiben, kann hohe Arbeitszufriedenheit als Ausdruck einer erfolgreichen Anpassung, als adaptive Arbeitszufriedenheit bezeichnet werden.

Der vorliegenden Arbeit liegen folgende Annahmen zugrunde (vgl. Abschnitt 2. 8):

- *Adaptive Prozesse* (AP) sind die aktive Gestaltung der Person und ihr Einfluss auf die Arbeitsumgebung, wie die Einwirkung der Arbeit auf die Person (Reichmuth und Semmer, 1999).
- Gemäss dem *Konstrukt der adaptiven Arbeitszufriedenheit* führen sich wechselseitig bekräftigende Adaptionsprozesse zwischen Person und Arbeit zu Arbeitszufriedenheit (Reichmuth und Semmer, 1999).
- *Arbeitszufriedenheit* (AZ) ist der Grad, in dem Individuen die eigene Arbeit und Arbeitsumgebung mögen (Huber et al., 2000).
- *Spezifische Arbeitszufriedenheit* (SpezAz) setzt sich aus spezifischen affektiven Urteilen zu verschiedenen Aspekten der Arbeitssituation zusammen (Reichmuth und Semmer, 1999).

Im folgenden Literaturteil, wie auch in der Analyse und Interpretation der Ergebnisse, werden *adaptive Prozesse mit adaptiver Arbeitszufriedenheit* gleichgesetzt. Über das Konstrukt der adaptiven Arbeitszufriedenheit steht nur die Studie von Reichmuth und Semmer (1999) zur Verfügung, deshalb werden im *Literaturteil Studien mit traditionellen Ansätzen* von AZ verwendet. Ergebnisse zwischen adaptiver AZ und traditionellen Ansätzen von AZ werden verglichen und diskutiert.

2.2.1 Tätigkeit

Organisationsstruktur (OS), Tätigkeit und Individuum sind im soziotechnischen System auf das Engste miteinander verbunden. Die Arbeitstätigkeit könnte als das Scharnier zwischen Individuum und OS sowie deren situativen Bedingungen bezeichnet werden (Büssing, 1992). Dieser einseitig personalisierte Theoriebezug wird in der sich wechselseitigen Adaption zwischen Arbeit und Arbeitenden unzulänglich berücksichtigt. Unterschiedliche Personen reagieren verschieden auf dieselben Arbeitsbedingungen und diese Reaktionen wirken sich wiederum auf die Arbeit und ihre Bedingungen aus.

Es ist in der Pflege nicht immer klar, was die auszuführende Tätigkeit sein soll. Laut Spitexverband Schweiz sind „Förderung der Selbständigkeit, Zusammenarbeit mit Angehörigen und sozialem Umfeld von grosser Bedeutung.“ Folgende Dienstleistungen werden vom Spitexverband unterschieden: Behandlungspflege, Grundpflege, Hauswirtschaft und Bedarfsabklärung. Die kassenpflichtigen Leistungen werden bei instabilen, komplexen Situationen höher vergütet als bei einfachen und stabilen Situationen (Spitex, 2001). Die Unterscheidung von einfachen und komplexen Situationen bedingt Einschätzungs- und Entscheidungskompetenz (Lewis, 1997). Vor allem die psychosozialen Tätigkeiten, wie Förderung der Selbständigkeit und Zusammenarbeit mit Angehörigen sind unscharf definiert, was die Qualität des Tätigkeitverlaufs und deren Kontrolle negativ beeinflusst (Chalmers und Kristjanson, 1989; Jansen, 1996; Niederberger, 1995).

Unscharf definierte Tätigkeiten wirken sich auf die Rollen der Mitarbeiterinnen, die eng mit der Tätigkeit verknüpft sind, aus. Die Rollen der Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus überlappen sich zu 80%. Eine Differenzierung der Praxis und *Spezialisierung* der Pflege in der Gemeinde wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit der spezialisierten Mitarbeiterinnen aus (Jansen, 1996). Die wachsende Spezialisierung und *Differenzierung der Aufgaben*, die präferiert werden und Präferenzen erzeugen, entsprechen dem Prozess der Passung zwischen Mensch und Aufgabe und sind mit positiven Gefühlen verbunden (Reichmuth und Semmer, 1999). Auch wenn eine Differenzierung und somit Expertenarbeit an vielen Orten immer noch verpönt ist, weil sie den Mythos der Pflegenden: „Alle sind gleich“ in Frage stellt (Anderegg, 1997), wird die innerberufliche Diversität zunehmen (Spirig, Petry,

Kesselring, und De Geest, 2001). Die Differenzierung und tätigkeitserweiternde Präferenzentwicklung führt zu persönlicher *Kontrolle über die Tätigkeit* (z.B. können klare Entscheidungen getroffen werden) und *Kenntniserweiterung*, was jedoch nicht für alle Mitarbeiterinnen erstrebenswert scheint, da nicht alle berufliches Fortkommen und Weiterbildung wollen (Dätwyler und Baillod, 1995). Kontrolle über die eigene Arbeit und Autonomie bedingt durch *Autonomie* oder *die Kontrolle über die Arbeit* ist eine wichtige Variable für die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen (Blegen, 1993; Dätwyler und Baillod, 1995; Hallett und Pateman, 2000; Scott, Sochalski, und Aiken, 1999) und bietet den nötigen Handlungsspielraum zu Modifikation von Ansprüchen (Reichmuth und Semmer, 1999). Parahoo (1994) und Wade (1993) beurteilen die Organisationsstrukturen der Spitex als dezentral. Es ist anzunehmen, dass sich diese dezentrale Struktur positiv auf den Handlungsspielraum auswirkt.

2.2.2 Führung und Mitsprache

Effektive *Leadership* ist grundlegend für die Etablierung einer kohäsiven und effizienten Teamarbeit. Die Mitarbeiterinnen brauchen Führung, um mit dem Wandel fertig zu werden, Vorgabe der Richtung der Veränderung und gleichzeitige Förderung der *Autonomie* (Ferenszkiewicz, 2000; Scott et al., 1999). Allerdings haben nicht alle Mitarbeiterinnen das gleiche Bedürfnis nach Autonomie. Wie in einer niederländischen Studie festgestellt wurde, waren Krankenschwestern mit wenig Bedürfnis nach Autonomie zufriedener, wenn die Vorgesetzte den Schwerpunkt auf instrumentelle Aspekte setzte. Mit instrumenteller Leadership ist die Einführung von Strukturen und Produkteorientierung gemeint, im Gegensatz zur sozialen Leadership mit offener Atmosphäre und Kommunikation. Soziale Leadership wird von den Krankenschwestern geschätzt, die das Bedürfnis nach Autonomie haben. Obgleich Unterschiede bestehen zwischen den beiden Gruppen, kommen die Autoren zum Schluss, dass Führungspersonen sozialen wie instrumentellen, strukturierenden Aspekten Sorge tragen müssen (Boumans und Landeweerd, 1993).

Während der Zeit des Mangels an Pflegepersonen in den 1980er Jahren in den USA, gab es einzelne Spitäler mit Listen von Mitarbeiterinnen, die sich gerne anstellen lassen wollten. Diese Spitäler werden „Magnetspitäler“ genannt und zahlreiche Studien darüber sind entstanden. Die wichtigsten Elemente der Pflege in Magnetspitälern sind Autonomie, Status innerhalb der Organisation, Zusammenarbeit, gutes partizipatives Management und Unterstützung von beruflicher Entwicklung (Scott et al., 1999). Unterstützung und Anerkennung von Vorgesetzten und die Möglichkeit der Mitsprache fördern das *Commitment* (McNeese-Smith, 1997). Blegen (1993) stellte in ihrer Metaanalyse von 48 Studien mit 15'048 Untersuchungspersonen fest, dass *Commitment*, Kommunikation mit dem Supervisor und Zufriedenheit stark miteinander korrelieren. Unterstützung bedeutet zur Verfügung stellen von Ressourcen, fachliche Beratung, Aus- und Weiterbildung, Vertretung der Interessen nach aussen und soziale Unterstützung (Parahoo, 1994; Scott et al., 1999). Unterstützung vermindert auch das Gefühl überfordert zu sein, reduziert Stress (Blegen, 1993; Burnard, Edwards, Fothergill, Hannigan, und Coyle, 2000; Irvine und Evans, 1995) und ist in der Studie von Traynor und Wade (1993) der dritt wichtigste Faktor der Zufriedenheit.

In den Studien werden nicht nur positive Auswirkungen in der Zusammenarbeit mit Führungspersonen besprochen, sondern – wie in einer englischen Studie aus der Gemeindecrankenpflege – es wird auch von Diskrepanzen zwischen den Werten der Führungspersonen und den Bedürfnissen der Patienten berichtet. Die Mitarbeiterinnen stehen dazwischen und fühlen sich machtlos gegenüber dem finanziellen Druck und den dominierenden Werten der Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialbereichs (Traynor, 1994).

2.2.3 Kolleginnen

Es besteht ein hoher Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen mit Kolleginnen und Zufriedenheit (Adams und Bond, 2000), ebenso zwischen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Zufriedenheit (Scott et al., 1999). Kollegialität von Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen bewirkt zufriedener Patientinnen und fördert unter anderem deren funktionellen Status. Es besteht eine positive Korrelation zwischen Gruppenzusammenhalt, Identifikation mit dem Beruf und Austausch (Hansen, 1995). Unzufriedenheit entsteht, wenn gegenseitige Unterstützung und Respekt fehlen, gespannte Stimmung herrscht und sich gegenseitig schlechter professioneller Standard vorgeworfen wird (Seymour und Buscherhof, 1991). Diese Konflikte gelten als wesentlicher Stressor (Widmer, 1988).

Wie beschrieben (vgl. Kapitel 2.2.1), überlappen sich die Rollen der verschieden ausgebildeten Mitarbeiterinnen, dies kann insbesondere bei grosser Arbeitsbelastung und fehlender Kommunikation zu Friktionen führen (Haste und MacDonald, 1992). Nicht nur die sich überlappenden Rollen, sondern auch die Bezeichnungen der Berufs- und Hilfsberufstitel rufen Konfusion hervor: In einer australischen Studie nennen Informantinnen 281 Titel für Hilfsberufe und in North Dakota, USA werden vom Berufsverband 250 Titel genannt (Dunt, Temple-Smith, und Johnson, 1991; Huston, 1996). Flury (2001) stellt eine grosse Zersplitterung der Pflege- und Gesundheitsberufe sowie die Tendenz fest, einzelne Tätigkeiten an nur teilweise oder kurz ausgebildete Berufsgruppen anzugliedern. Nicht nur durch neue Berufe oder Hilfsberufe (SRK, 2001), sondern auch durch mehr hochbetagte und früher aus dem Spital entlassene Menschen, Fusionierung der Betriebe und der Individualisierung der Gesellschaft ist die Rolle der Mitarbeiterinnen in Veränderung begriffen (Chalmers, Bramadat, und Andrusyszyn, 1998; Jansen, 1996). Mitarbeiterinnen, die während dieser Veränderungsprozesse im Rahmen der erhöhten Passung zwischen Mensch und Arbeit mehr Kontrollkompetenz und damit Privilegien erarbeiten, können möglicherweise die Beziehungen zu ihren Kolleginnen belasten (Semmer und Schallberger, 1996).

2.2.4 Belastungen

Die Erforschung der Belastung der Mitarbeiterinnen in der Spitalpflege ist umfangreich, jedoch nicht in der Spitexpflege (Parahoo, 1994). Widmer (1988) hat 1'248 Mitarbeiterinnen von 36 Spitälern und Heimen in der deutschsprachigen Schweiz im Hinblick auf Stressoren am Arbeitsplatz, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit untersucht und kommt zum Ergebnis, dass die Frage nach dem richtigen Handeln für die Patienten an erster Stelle ist. Hierbei geht es um die Spannung zwischen dem, was die Pflegenden als sinnvoll in der konkreten Patientensituation beurteilen und den vorhandenen Ressourcen an Mitarbeiterinnen und Zeit. Widmer (1988) nennt diesen Stressor „Patient und Ethik.“ Diese erlebte Sinnhaftigkeit (Hackman und Oldham, 1975) kann durch eine soziale Leadership beeinflusst werden: Je mehr soziale Leadership ausgeführt wird, desto mehr Arbeitszufriedenheit und Sinnhaftigkeit wird erlebt (Boumans und Landeweerd, 1993). Resultate einer schweizerischen quantitativen Längsschnittstudie (n=1'024 Pflegepersonen des SBK und SBGRL) und qualitativen Vertiefungsstudien über den Burnoutgrad, Arbeitssituation, Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsverhalten ergeben, dass der emotionalen Erschöpfung hauptsächlich Zeit- und Verantwortungsdruck zugrunde liegen. Bei der Einteilung von Pflegenden mit und ohne Burnoutsyndrom kommen die Autorinnen zum Schluss, dass Krankenschwestern in der Spitexpflege häufiger in der burnoutfreien Gruppe anzutreffen sind, weniger emotional erschöpft und weniger häufig Depersonalisierungsgefühle haben, als Mitarbeiterinnen im Spital (Aries und Zuppinger, 1999).

Eine Kernkategorie der qualitativen Studie über langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege ist „Schwierigkeiten bewältigen“ (Wohlfender, 1999), was dem adaptiven Coping entspricht (Semmer und Schallberger, 1996). Eine weitere aktive Gestaltung und Beeinflussung der Arbeitsbelastung durch die Person ist die Reduktion des Arbeitspensums. Wenn diese Variable keine Erleichterung bringt, steigen überlastete Pflegende aus dem Beruf aus (Weyermann, 2001).

2.2.5 Sicherheit des Arbeitsplatzes

Zur Zeit herrscht in der Schweiz ein Mangel an Pflegepersonal und die Rekrutierung von Pflegepersonen ist auch in Zukunft nicht gesichert, da immer weniger junge Menschen den Pflegeberuf ergreifen. Dank ungefähr 30% Ausländerinnen in der Pflege ist der Mangel nicht noch grösser (Weyermann, 2001). In der schweizerischen Literatur konnten keine Hinweise über die Einschätzung der Sicherheit des Arbeitsplatzes gefunden werden. Hingegen wurden in einer englischen Untersuchung, ausgehend von der zweidimensionalen Einstellung nach Herzberg, der „Zufriedenheitsstifter“ und „Unzufriedenheitsstifter“ unterscheidet, die wichtigsten Quellen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit von Krankenschwestern in den 90-ern ermittelt. Die meisten Kategorien beziehen sich auf Kommentare über „Unzufriedenheitsstifter“, während nur zwei sich mit Quellen der Zufriedenheit befassen. Es stellt sich heraus, dass Unzufriedenheit stark mit der Arbeitsumgebung zusammenhängt, wie z.B. mit einem unsicheren Arbeitsplatz, mit der Unzufriedenheit über den Lohn oder mit einem Übermass an auszufüllenden Papieren (Tovey und Adams, 1999).

2.2.6 Kontakt mit Patientinnen

Ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz ist die Beziehung zu Patienten und ihren Angehörigen, wie eine Untersuchung der Arbeitssituation des Pflegepersonals (n=807) in Kliniken und Heimen aus dem Kanton Bern ergibt. Pflegende haben das Gefühl von Sinn in der Arbeit, wenn sie Zeit für die Patienten haben und Helfen können (Güntert, Orendi, und Weyermann, 1989). Feedback, zusammen mit Abwechslungsreichtum, erlebter Sinnhaftigkeit der Aufgabe und Autonomie sind stark mit Arbeitszufriedenheit verbunden (Hackman und Oldham, 1975). Wenn aus ökonomischen Gründen die Zeit bei den Patientinnen reduziert wird, geht dies auf Kosten von Feedback (Wade, 1993). Nicht nur ökonomische Gründe, auch die Zunahme der Komplexität der Pflegesituationen ohne entsprechende Anpassung der Arbeitsstrukturen (wie z.B. des zeitlichen Handlungsspielraums) bedrohen die Zufriedenheit (Flury, 2001; Niederberger, 1995).

Ein Merkmal in Magnetspitälern ist die Herstellung und Erhaltung einer Beziehung der Krankenschwestern zu den Patienten (Scott et al., 1999). Diese Beziehungen und die Anerkennung der eigenen Kompetenz durch Patientinnen werden als besonders befriedigend empfunden (Dätwyler und Baillod, 1995). In einer Studie aus den USA mit einer nationalen Stichprobe sagen 27% der Krankenschwestern, dass die Pflegearbeit mit den Händen das Beste im Pflegeberuf ist (Seymour und Buscherhof, 1991).

2.2.7 Arbeit im Bezug auf den Privatbereich

Die wechselwirkende Adaption der Mitarbeiterinnen betrifft auch die Passung zwischen der Berufsrolle am Arbeitsplatz und der Rolle als Mutter und Hausfrau. Fehlende Passung dieser Rollen kann zu Unzufriedenheit über fehlende Kinderhorte, keine Gelegenheit zur Teilzeitarbeit und inflexible Schichtdienste führen (Ajamieh, Misener, Haddock, und Gleaton, 1996; Gauci

Borda und Norman, 1997). Eine signifikante Korrelation von Zufriedenheit und Zivilstand wurde bei japanischen Krankenschwestern festgestellt, da verheiratete Krankenschwestern weniger oft in der Nacht beschäftigt werden und Nachtarbeit als arbeitszufriedenheitsvermindernd eingestuft wird (Yamashita, 1995).

2.3 Nichtstädtische / städtische Betriebe und Arbeitszufriedenheit

Die *Selektion* und *Sozialisation* beginnt nicht erst bei der Berufswahl und wird nicht nur von persönlichen Neigungen, sondern auch von wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen beeinflusst. Nach der eidgenössischen Volkszählung von 1990 wurden die sozio-professionellen Kategorien auf geographischen Karten nach Kantonen dargestellt. Basel und Zürich haben Zentrumsfunktion mit den höchsten Anteilen von Menschen mit wirtschaftlich und kulturell guten Stellungen. Ungelernte Arbeiter und Angestellte sind häufiger in nichtstädtischen Gebieten anzutreffen. Diese regionalen Differenzen sind für die Mitarbeiterinnen in der Spitex bedeutungsvoll, da die Perzeption der sozialen Lage aller Wahrscheinlichkeit nach ebenfalls von der Umgebung, in der man sich befindet, abhängt. Die Rolle der Krankenschwester oder Hauspflegerin in einem abgelegenen Dorf ist nicht dieselbe wie in einer Grossstadt (Schuler und Joye, 1997). Studien des soziologischen Institutes Zürich und Analytiker von Volksabstimmungen attestieren regionale Differenziertheit der Populationseinflussgrössen (Fux, Bösch, und Gisler, 1993; Neidhart, 2000). In einer Studie aus Nordirland stellte sich heraus, dass Krankenpflege-Studentinnen aus nichtstädtischen Gebieten mehr der traditionell weiblichen Rolle verpflichtet sind und deshalb in ihrer Laufbahn eher traditionell weibliche Spezialisierungen wählen. Sie erleben weniger Geschlechterrollenkonflikte und sind motivierter (Muldoon und Kremer, 1995).

Das dezentrale Modell der Spitex und die Anzahl verschiedener Berufsgruppen im Betrieb, die Qualifikation der Mitarbeiterinnen, die unterschiedliche Grösse der Betriebe in den verschiedenen Gebieten – das alles beeinflusst den *Gestaltungsspielraum als Voraussetzung für die adaptiven Prozesse*. Dezentralisation korreliert positiv mit Autonomie, Arbeitszufriedenheit und Verbundenheit mit dem Betrieb (Acorn, Ratner, und Crawford, 1997). Ebenso können geographische oder geschichtliche Faktoren eine Rolle spielen (Wade, 1993).

Die Arbeitsumgebung der Spitexmitarbeiterinnen wird auch durch Ärztinnen beeinflusst und die Ärztedichte ist grösser in den städtischen als in den nichtstädtischen Gebieten; zum Beispiel weist der Kanton Basel-Stadt (BS) 2.5 mal mehr Ärzte auf als der Kanton Aargau (AG). Im Kanton AG gibt es einen Arzt auf 730 Einwohner, in BS einen Arzt auf 285 Einwohner (BFS, 2001). In einer australischen Studie wurde ein Zusammenhang zwischen tiefer Ärztedichte in ruralem Gebiet und grösserer Rollendiversität der Krankenschwestern, guten Beziehungen zu den Gemeinden und grösserer Arbeitszufriedenheit festgestellt (Hegney und McCarthy, 2000).

2.4 Fluktuationsabsicht und Arbeitszufriedenheit

Durch Fluktuation entstehen in den Betrieben hohe Kosten, man schätzt ein halbes bis zu anderthalb Jahresgehältern pro Stelle. Rekrutierung von neuen Mitarbeiterinnen, Einführung, verringerte Produktivität in der Orientierungsphase, Lohn der Begleiterinnen und Fragen der sicheren und effektiven Pflege sind davon tangiert (Baillod, 1992; MacRobert, Schmele, und Henson, 1993). Semmer und Schallberger (1996) gehen davon aus, dass verschiedene Grade von Zufriedenheit Indikatoren für den „Fit“ zwischen Mensch und Arbeit darstellen. Demzufolge haben Menschen mit genügend „Fit“ die Tendenz an ihrem Arbeitsplatz zu bleiben. Sollte dies nicht der Fall sein, so verlassen sie den Arbeitsplatz, wenn sie einen akzeptableren „Fit“ gefunden haben. Zufriedenheit korreliert mit der Absicht am Arbeitsplatz zu bleiben (Gauci

Borda und Norman, 1997; Mueller und McCloskey, 1990). Es existiert eine kleine negative Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Fluktuationsabsicht; je kleiner die Zufriedenheit, desto grösser ist die Fluktuationsabsicht (Ajamieh et al., 1996; Blegen, 1993). Fluktuation muss im Kontext mit Frauenbiographien gesehen werden. In der Untersuchung von Laufbahntypen von 236 Krankenschwestern wurden fünf Typen unterschieden, wie Frauen das Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf beschreiben: *Familienfrauen* (13.1%) steigen nach der Familiengründung definitiv aus dem Beruf aus, *Berufsfrauen* (23.3%) führen permanent den Beruf aus, *Dreiphasenfrauen* (25.8%) unterbrechen in der Zeit der Familiengründung ihre Berufstätigkeit, *Doppelarbeiterinnen* (18.2%) arbeiten im Haushalt und im Beruf, *Wechslerinnen* (19.5%) steigen nach der Heirat mehrmals aus dem Berufsleben aus und wieder ein (Dätwyler und Baillod, 1995). McNeese-Smith (2000) beschreibt nicht nur im Lebenszyklus von Frauen, sondern auch innerhalb der Berufstätigkeit Stadien, die einen Einfluss auf die Fluktuationsabsicht haben können: Der Berufseinstieg mit teilweise unrealistischen Vorstellungen, die Meisterinnenphase mit hohen Fähigkeiten und Selbstwertgefühl und die Phase des Disengagements, bedingt durch mangelnde Kongruenz zwischen Beruf und Identität.

2.5 Individuelle Charakteristiken, adaptive Prozesse und Arbeitszufriedenheit

Die individuellen Charakteristiken haben entweder keinen Bezug zur Arbeit, wie z.B. das Alter oder sie haben einen Bezug, wie z.B. das Arbeitspensum. Individuelle Merkmale haben geringe Zusammenhänge zur Arbeitszufriedenheit und die Ergebnisse sind widersprüchlich. Da vorwiegend Frauen in der Spitex arbeiten, wird nicht auf das Geschlecht eingegangen.

2.5.1.1 Alter

Bislang zeigt sich keine Konvergenz der Befunde aus zahlreichen Studien. Einerseits gibt es keine Zusammenhänge zwischen Alter und Zufriedenheit (Adams, Soumerai, Lomas, und Ross-Degnan, 1999; Woodcox, Underwood, Isaacs, und Chambers, 1994), andererseits wurde eine positive Korrelation festgestellt (Blegen und Mueller, 1987; Dätwyler und Baillod, 1995; McNeese-Smith und Van Servellen, 2000; Neuberger, 1978; Yamashita, 1995). Junge Krankenschwestern berichten von einem Realitätsschock, wenn der Graben zwischen hohem pflegerischem Standard aus der Theorie nicht mit der Praxis übereinstimmt (Seymour und Buscherhof, 1991).

Auch U-förmige Zusammenhänge wurden festgestellt: Jüngere Arbeitnehmerinnen sind zufrieden, die Arbeitszufriedenheitswerte sinken mit zunehmendem Alter zunächst ab, um dann langsam bis zum Ende der Erwerbstätigkeit anzusteigen (Neuberger, 1978).

2.5.2 Berufserfahrung

Wie die Studie von MacRobert (1993) aus den USA zeigt, nimmt mit der Zunahme an Dienstzeit in der Organisation und Erfahrung die „morale“ und das Commitment von Gemeindefrankenschwestern ab, so wurde eine signifikante negative Beziehung zwischen Berufserfahrung und Stimmung erhoben (MacRobert et al., 1993). Die Resultate von Cumbeys (1998) und Yamashita (1995) hingegen zeigten eine positive Korrelation der AZ mit Berufserfahrung. Gar keine Beziehung stellte Adams (2000) fest.

2.5.3 Dauer der Betriebszugehörigkeit (DBZ)

Die fortsetzungsbezogene Komponente basiert mehr auf einer Notwendigkeit aufgrund mangelnder Alternativen auf dem Arbeitsmarkt oder getätigter Investitionen in der Organisation, als auf AZ. Mit wachsender Erfahrung kann eine bessere Abstimmung der Bedürfnisse und Fähigkeiten mit betrieblichen Gegebenheiten stattfinden, da die betrieblichen Abläufe besser durchschaut werden können und effektive Strategien der Zielerreichung vorhanden sind. Dieses Konzept bietet die Möglichkeit, hohe Zufriedenheitsraten, die mit zunehmendem Betriebsalter, Berufserfahrung und Alter korrelieren, nicht durch sinkende Ansprüche zu erklären. Sie werden durch die *adaptive Arbeitszufriedenheit* erklärt, die eine wechselseitige Adaptation von Mensch und Arbeit bedeuten (Semmer, 1990). Zwischen Lebensalter, AZ und DBZ besteht ein positiver Zusammenhang. Adaptive Prozesse am Arbeitsplatz (PA) entstehen über eine gewisse Zeitspanne und führen zu *organisationaler Verbundenheit*, der Verbundenheit mit dem Betrieb (McNeese-Smith und Van Servellen, 2000; Neuberger, 1978; Scott et al., 1999). Wie Allen und Meyer (1990, in Reichmuth und Semmer, 1999) ausführen, hat die Verbundenheit mit dem Betrieb eine *affektive Komponente*, eine emotional positiv gefärbte Bindung aus Identifikation mit den Werten und Zielen der Organisation.

2.5.4 Arbeitspensum

Die Mehrheit der Krankenschwestern versuchen, die beiden Lebensbereiche Arbeit und Familie miteinander zu vereinbaren, indem sie sich nacheinander oder parallel in beiden engagieren (Dätwyler und Baillod, 1995). Rollenintegrationsmodelle scheinen adäquat zu sein, um die verschiedenen Beschäftigungen von Frauen zu erfassen, denn Kohärenz und positive Balance zwischen den Rollen fördern die Zufriedenheit (Im, 2000). Im Gegensatz zu Woodcox et al. (1994), die keinen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Arbeitspensum und Zufriedenheit feststellen, finden Cumbey und Alexander (1998) in ihrer Studie, dass Mitarbeiterinnen im Vollzeitpensum zufriedener sind als Mitarbeiterinnen im Teilzeitpensum.

2.5.5 Ausbildungsniveau und Arbeitszufriedenheit

Einerseits sind Krankenschwestern mit höherer Schulbildung weniger zufrieden mit der Arbeit (Blegen und Mueller, 1987; Yamashita, 1995), andererseits sind Krankenschwestern mit qualifizierter Ausbildung zufriedener oder weisen eine bessere „morale“ auf, da sie auf die Anforderungen des Berufes vorbereitet sind und Fähigkeiten zur Problemlösung und Bewältigung haben (Flannery und Van Gaasbeek, 1998; MacRobert et al., 1993; Soder, 1999). Adams et al. (2000) stellen keinen Zusammenhang zwischen höherer Schulbildung und Zufriedenheit fest.

Englische „Practice nurses“, die in Gesundheitszentren Patienten pflegen, die genügend gesund sind, um physisch mobil und selbständig zu sein, sind signifikant zufriedener mit dem Ausmass der Arbeitsbelastung, Unterstützung, Weiterbildung, Bezahlung, Zukunftsaussichten, Pflegequalität, Anwendung ihrer Fähigkeiten, wahrgenommener Herausforderung und Abwechslungsreichtum als „District nurses“, die sehr kranke Menschen in deren Heim pflegen und „Health visitors“ mit präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben (Traynor und Wade, 1993; Young, 2001). In den USA sind „lizenzierte praktische Krankenschwestern“ zufriedener als „diplomierte Krankenschwestern“ (Cumbey und Alexander, 1998).

2.5.6 Funktion und Hierarchiestufe

Verschiedene Autoren kommen zum Schluss, dass sich Arbeit auf höherer Hierarchiestufe durch grössere Aufgabenvielfalt, mehr Autonomie, Verantwortung und höheren sozialen Status auszeichnet. Vorgesetzte sind in der Regel zufriedener als Angehörige tieferer Hierarchiestufen (Reichmuth und Semmer, 1999). Zu anderen Resultaten kommt Adams (2000): Da Teamleiterinnen Rollenambiguität zwischen praktischer Arbeit mit den Patienten und Teamführung erleben, sind sie oft unzufrieden. Elemente der Teamarbeit und interpersonelle Beziehungen sind bedeutend wichtiger für Teamleiterinnen.

Wie bereits beschrieben, wirkt sich eine Differenzierung der Praxis im Sinne der Passung zwischen Mensch und Aufgabe positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen aus (Jansen, 1996; Reichmuth und Semmer, 1999).

2.5.7 Persönlichkeitsmerkmale

Persönlichkeitsmerkmale der Angehörigen von Pflegeberufen sind im Vergleich zu andern Berufen relativ gut erforscht, so z.B. die Motive zur Berufswahl oder die subjektive Einschätzung des Pflegeberufes. Der Pflegeberuf ist ein traditioneller Frauenberuf, Eigenschaften wie Unterordnung, nährenden Funktion, Fügsamkeit und Akzeptanz des Status quo sind damit verbunden. Der Fokus der Wahrnehmung und Handlung von Krankenschwestern liegt meistens in der unmittelbaren Tätigkeit und nicht im Umfeld des Berufes, das analytisches Problemlösen und Auseinandersetzung mit Zusammenhängen erfordern würde (Chalmers und Kristjanson, 1989; Hayes, 1993). Krankenschwestern haben oft ein tiefes Selbstwertgefühl und das Bedürfnis gebraucht zu werden, weil sie sich durch die Fürsorge Dankbarkeit erhoffen. Dies macht sie vulnerabel für emotionale Belastungen (Muncey, 1998). In einer deutschen Befragung von Krankenpflegeschülerinnen zur Berufswahl wurde die Selektionshypothese gestützt. Die Pflegeschülerinnen wurden durch bestimmte Erziehungsstile, Wertvorstellungen und das Klima im Elternhaus bestärkt, einen Sozialberuf zu ergreifen. Anpassung an Gegebenheiten und äussere Umstände haben Priorität; ein Drittel gab eine religiöse Einstellung an (Linke-Winter und al., 1999).

Wie Blegen (1993) in ihrer Metaanalyse schliesst, weisen individuelle Charakteristiken oder Persönlichkeitsmerkmale eine geringe, jedoch stabile Korrelation mit Arbeitszufriedenheit aus. Persönlichkeitsmerkmale sind im Zusammenhang mit der adaptiven Arbeitszufriedenheit bedeutsam. Je ausgeprägter *das Bedürfnis nach Kontrolle* bei einer Person vorhanden ist, desto stärker dürften die angenehmen Gefühle ausfallen, die das Erlangen von Kontrolle oder Kontrollkompetenz begleiten. Das Bedürfnis nach Kontrolle muss auch vom Glauben der Person begleitet sein, die Fähigkeiten zur Ausübung der Kontrolle in einer bestimmten Situation zu besitzen, um somit selektiv auf die Bedingungen der Arbeit Einfluss zu nehmen. Dies ist die *Selbstwirksamkeit*, die auch mit *Optimismus* verglichen werden kann. Die Adaption könnte durch bestimmte Merkmale, wie die nicht-resignative Reduktion von Ansprüchen erleichtert werden (vgl. Abschnitt 2.1). Es ist denkbar, dass diese *Umstellungsbereitschaft* zu einer erhöhten Zufriedenheit führt, wenn Adaption stattfinden kann (Reichmuth und Semmer, 1999).

2.6 Resümee

Die aufgeführten, bruchstückhaften Inhalte aus der Grundlagen- und empirischen Forschung geben Einblick in die Vielfalt der wissenschaftlichen Ergebnisse zum Thema Arbeitszufriedenheit. Die unterschiedlich bewerteten Einflüsse in den vergleichenden Studien können die realen Unterschiede reflektieren oder auf Unterschieden in den Konzepten, Definitionen oder politischen und kulturellen Eigenarten in den erwähnten Ländern und

Institutionen basieren. Forschungsergebnisse mit Stichproben von Pflegepersonen aus der Spitex wurden einbezogen, jedoch waren keine Studien von ausgebildeten Hauspflegerinnen auffindbar.

Zahlreiche Studien aus der Pflegewissenschaft zeigen Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Förderung *adaptiver Prozesse am Arbeitsplatz* auf. Verschieden ausgebildete Mitarbeiterinnen mit unklarer Definition der Tätigkeit erfahren eine verminderte Kontrolle über die *Tätigkeit*, was sich negativ auf die wechselwirkende Adaptation auswirkt. Effektive Leadership fördert Autonomie und damit die adaptiven Prozesse, insofern die Mitarbeiterinnen dies wünschen. *Führungspersonen* sollen demzufolge ihre Leadership je nach Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen anpassen, Autonomie fördernd oder gemäss klaren Vorgaben. Die unterschiedlichen adaptiven Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen können befriedigende *kollegiale Beziehungen* gefährden, nämlich dann, wenn Mitarbeiterinnen, die erfolgreich ihre Arbeit verändert haben (job modeling), Kolleginnen einschränken. Dies steht im Widerspruch zu arbeitszufriedenheitsfördernden kollegialen Beziehungen. Einerseits ist es möglich, Belastungen durch adaptives Coping zu beeinflussen, andererseits gibt es *Belastungen*, welchen nur durch Reduktion des Arbeitspensums oder durch Kündigung begegnet werden kann. Assimilative und akkommodative Vorgänge können auch durch befriedigende *Beziehungen zu Patienten* und deren Feedback gefördert werden, allerdings stehen restriktive ökonomische Bedingungen im Widerspruch dazu. Wenn berufstätige Frauen ihre *Rollen am Arbeitsplatz und in der Familie* wechselseitig adaptieren können, wird Zufriedenheit gefördert. Wenn der „Fit“ zwischen Mitarbeiterin, Arbeit und der Rolle in der Familie nicht akzeptabel ist, *schaut sich die Mitarbeiterin nach einer andern Arbeitsstelle um*. Frauen gehen mit dem Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf unterschiedlich um und erleben auch innerhalb der Berufstätigkeit Stadien mit grösserer oder geringerer Motivation.

Die Populationseinflussgrössen sind regional verschieden, ebenso die *Arbeitsumgebung und die Struktur* der Betriebe in *städtischen und ruralen Gebieten*, v.a. hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Handlungsspielraum. Adaptive Prozesse benötigen *Zeit*; ausser Adams (2000) bestätigen die vorliegenden Studien die positive Korrelation zwischen DBZ und Zufriedenheit.

Die vorliegenden Studien machen im Hinblick auf das *Alter, Berufserfahrung, Arbeitspensum und Funktion* widersprüchliche Aussagen über die Beeinflussung dieser Variablen auf die AZ. Sie zeigen jedoch einen Zusammenhang zwischen dem *Ausbildungsniveau, der Art der Tätigkeit und den Kompetenzen* auf.

Persönlichkeitsmerkmale können die Entwicklung von adaptiven Prozessen fördern oder hemmen. Einige Studien postulieren, dass sich Krankenschwestern anpassen. Dies wäre eine einseitige, nicht wechselwirkende Adaptation, da die Arbeit nicht verändert wird.

2.7 Forschungsfragen und Hypothesen zur Prüfung

Im Zentrum stehen Feinanpassungsprozesse im Sinne sich gegenseitig beeinflussender und verstärkender Assimilations- und Akkommodationseffekte (bzw. selektive und sozialisierende Effekte). Folgende Fragestellungen stehen im Vordergrund:

- Wie ist das Ausmass der *adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* der ausgebildeten Mitarbeiterinnen in der Spitex?
- Von welcher Art und in welchem Ausmass bestehen Zusammenhänge *zwischen adaptiven Prozessen* und den Einstellungskonstrukten gegenüber der Arbeit und der Organisation?
- Von welcher Art und in welchem Ausmass bestehen Zusammenhänge zwischen *Ausbildungsniveau, der Zugehörigkeit zu einem nichtstädtischen oder städtischen Gebiet* und

individuellen Charakteristiken auf die *adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* und die Fluktuationsabsicht?

Aus diesen Zielen werden folgende gerichtete (Hypothesen 2-4 und 6-7) und ungerichtete Hypothesen (1 und 5) abgeleitet:

Bestätigung und Ausmass der adaptiven Prozesse

1. Grundsätzlich wird von einer Passung zwischen Person und Arbeit ausgegangen.

Beziehung zwischen spezifischer Arbeitszufriedenheit und adaptiven Prozessen

2. Aufgrund des „Fit“ zwischen Einstellungskonstrukten gegenüber der Arbeit sollte ein Zusammenhang zwischen *adaptiven Prozessen* (AP) und spezifischer Arbeitszufriedenheit resultieren.

Adaptive Prozesse und Zeitvariablen

3. Dem Zeitfaktor im Prozess der Entstehung von Zufriedenheit (bedingt durch wechselwirkende Adaptation) kommt eine wichtige Rolle zu. Zwischen Dauer der Beschäftigung (Alter, grösserer Anstellungsgrad, Berufserfahrung und Betriebsangehörigkeit) und AP wird ein Zusammenhang erwartet.

Adaptive Prozesse und Spezialisierung

4. Zwischen Spezialfunktionen (wie z.B. Leitungsfunktion oder Ausbildungsfunktion) und AP wird ein positiver Zusammenhang erwartet.

Adaptive Prozesse der Mitarbeiterinnen im Vergleich von städtischem und nichtstädtischem Gebiet

5. Aufgrund der regionalen Differenziertheit von Populationsgrössen und betrieblichen Charakteristiken weist diese ungerichtete Hypothese auf die Existenz von Unterschieden der AP zwischen den Gebieten hin, ohne Angaben über die zu erwartende Richtung der Beziehung und der beeinflussenden Variablen.

Adaptive Prozesse und Ausbildungsniveau

6. Ein höheres Ausbildungsniveau kann sich in der Wahrnehmung, Bewertung und Beschreibung von AP niederschlagen, ein positiver Zusammenhang wird erwartet.

Adaptive Prozesse und Fluktuationsabsicht

7. Zwischen Fluktuationsabsicht und AP sollte (gemäss der Anordnung der Scorewerte des Messinstrumentes) eine positive Korrelation bestehen (vgl. Abschnitt 3.3.2).

2.8 Modell zum Zusammenhang von abhängigen und unabhängigen Variablen der Forschungsfragen

Mit dem folgenden Modell soll die Beziehung zwischen den Begriffen geklärt werden, es hat eine schematische Bedeutung (Walker und Avant, 1998):

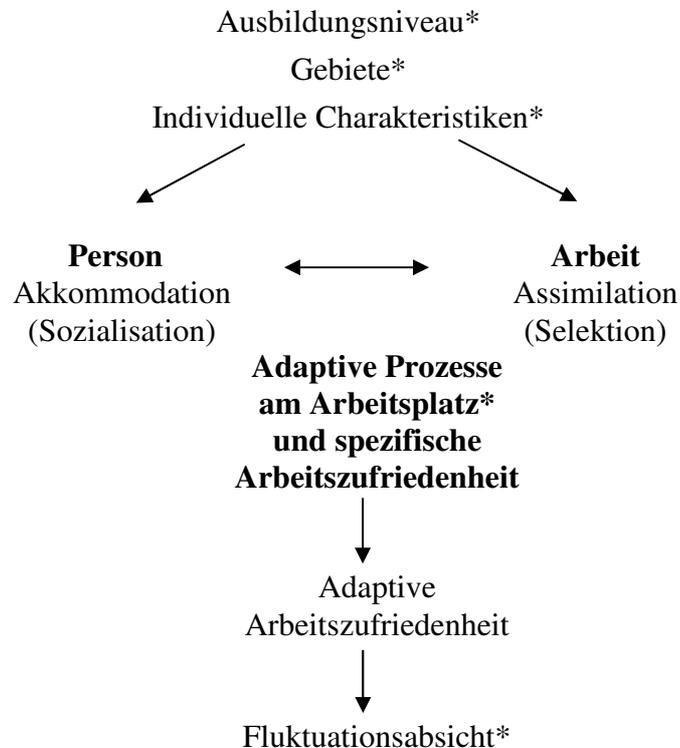


Abbildung 1: Modell der Entstehung und Folgen adaptiver Arbeitszufriedenheit. Variablen mit * werden in der vorliegenden Studie gemessen oder teilweise gemessen (in Anlehnung an Reichmuth und Semmer, 1999, S. 49).

Im folgenden Kommentar zum Modell werden die abhängigen Variablen (AV) und die unabhängigen Variablen (UV) voneinander unterschieden. *Adaptive Prozesse am Arbeitsplatz* (AV) werden durch die *Selektionsprozesse*, die zu einer mehr oder weniger grossen Passung zwischen Arbeit und Person führen und die *Sozialisationsprozesse*, der Beeinflussung der Person durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst. Bestimmte *individuelle Charakteristiken* (UV) und städtische/nichtstädtische Gebiete (UV) mit unterschiedlicher *Arbeitsumgebung* wirken unterstützend oder unterbindend auf die *Selektionsprozesse*, *Sozialisationsprozesse* und somit auf die *adaptiven Prozesse*. Das *Ausbildungsniveau* (UV) kann individuellen, wie den umgebungsbedingten Charakteristiken (berufsbedingtem Handlungsspielraum) zugeordnet werden. Adaptive Prozesse und spezifische Arbeitszufriedenheit beeinflussen das Ausmass der adaptiven Arbeitszufriedenheit. Die adaptive Arbeitszufriedenheit erhöht die organisationale Verbundenheit und vermindert die Fluktuationsabsicht (AV).

3 METHODISCHES VORGEHEN

3.1 Studiendesign

Es gibt keine klare Typologie von Forschungsdesigns (Polit und Hungler, 1995). Die vorliegende Studie kann am ehesten einer Querschnittstudie mit einem deskriptiven und korrelativen Design zugeordnet werden. Querschnittstudien führen zur Datenerhebung zu einem bestimmten Zeitpunkt und werden nur einmal und nicht zu verschiedenen Zeiten durchgeführt (Brink und Wood, 1989). In der deskriptiven Forschung werden Häufigkeiten, Charakteristiken und Prozesse beobachtet, beschrieben und klassifiziert (Polit und Hungler, 1995). Korrelationen prüfen nicht die Ursache, sondern die Zusammenhänge. Die Ergebnisse unterstützen theoretische Perspektiven.

Es handelt sich um eine explorative Studie, die einen Beitrag zur Testung der *Theorie der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* leisten soll (angewandte Forschung). Dabei geht es um die Häufigkeit des Vorkommens eines Phänomens und dem Ausmass des Phänomens unter den beschriebenen Umständen (Brink und Wood, 1989).

3.2 Datensammlung

3.2.1 Vergleich von verschiedenen Instrumenten

In der deutschen Schweiz existiert kein Fragebogen zur Messung der Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen in der Spitex. Die Wahl des Instrumentes war Gegenstand meiner Literatuarbeit, im Rahmen derer die folgenden Instrumente zur Beurteilung der Arbeitszufriedenheit miteinander verglichen und beurteilt wurden. Dies waren der *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale* (Mueller und McCloskey, 1990), der *Hackmann and Oldham Job Diagnostic Survey* (Hackman und Oldham, 1975), der *Maastricht Work – Satisfaction Scale for Healthcare* (Landeweerd, Boumans und Niessen, 1996) und der *Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz* (FAPA) (Reichmuth und Semmer, 1999). Das Ziel der Literaturstudie war ein valides, reliables, sensitives und anwenderfreundliches Instrument für diese Forschung bereitzustellen (Niederberger, 2001). Diese vier Instrumente sind eine kleine Auswahl aus einer Vielzahl verschiedener Instrumente aus der arbeitspsychologischen und pflegewissenschaftlichen Literatur. Die Instrumente weisen teilweise ähnliche konzeptuelle Hintergründe auf, wie z. B. das *Job Diagnostic Model* von Hackmann und Oldham (1975) und sich ähnelnde Subskalen. Die Fragebögen sind in verschiedenen Ländern, Settings, Stichprobengrößen und bei Pflegepersonen in verschiedenen Funktionen und Ausbildungsniveaus angewendet worden. Kein Instrument erschien für die Studie ideal, entweder mußte es aus der englischen oder niederländischen Sprache übersetzt werden oder war nur anhand einer kleinen Stichprobe validiert und reliabilisiert worden, wie der Fragebogen zu *adaptiven Prozessen* am Arbeitsplatz. Alle erwähnten Instrumente hätten vor der Anwendung in der deutschschweizer Spitex validiert werden müssen. Der FAPA liegt in deutscher Sprache vor und das Konstrukt der adaptiven Prozesse scheint in der eher dezentralisierten Hilfe und Pflege zu Hause anwendbar zu sein. Dies sind die Gründe der Wahl des FAPA.

3.2.2 Die Instrumente zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Der Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz

Der strukturierte schriftliche Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz (FAPA) besteht aus einer allgemeinen und sieben bereichsspezifischen Skalen der Adaption. Der FAPA hat 32 Items mit einer 6-Punkte-Likert-Skala und kann im *Anhang II, auf den Seiten 73 und 74* in vollem Umfang eingesehen werden.

Subskalen / Dimensionen	Anzahl Items	Beschreibung der Items
Allgemeine Adaption	6	Adaptionsprozesse, die in einer allgemeinen Arbeitserleichterung, einem erfahrungsbedingten Zurechtfinden, individuellem Fortschritt, verbesserter Integration und Kenntniserweiterung resultieren
Tätigkeit	7	Tätigkeitserweiternde Präferenzentwicklungen, Kenntniserweiterungen, Veränderungen von Aufgabengebieten, Autonomie – und Kompetenzerfahrungen
Führung und Mitsprache	5	Veränderungen von Privilegien der Mit- und Selbstbestimmung, verbesserte gegenseitige Bekanntschaft und Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiterinnen, erleichterter gegenseitiger Umgang
Kolleginnen	4	Gegenseitiges Kennenlernen von Arbeitskolleginnen und daraus resultierende Sympathieempfindungen, Erleichterungen im gegenseitigen Umgang und Hilfeleistungen
Belastung	2	Verminderung von negativen Beanspruchungsempfinden und Zeitschwierigkeiten aufgrund zunehmender Adaption
Arbeitsplatzsicherheit	3	Verringerte Ersetzbarkeit und gesteigertes Gefühl der Arbeitsplatzsicherheit aufgrund spezifischer adaptiver Prozesse
Klienten / Patientenschaft	2	Gegenseitiges Kennenlernen und Herausbildung von Vertrauensbeziehungen zwischen Mitarbeiterinnen und einzelnen Kundinnen / Patientinnen
Arbeit und Privatbereich	3	Verbesserte Abstimmung zwischen Privatleben und Arbeit hinsichtlich Freizeitbeschäftigungen, PartnerIn, Familie und Bekannte

Tabelle 1: Kurzbeschreibung des FAPA in Stichworten gemäss Reichmuth und Semmer (1999, S. 55).

Der FAPA ist aus positiv formulierten Fragen aufgebaut. Hiermit besteht die Gefahr von „response sets“. Es gibt Informantinnen, die stets zustimmen (oder umgekehrt) – ohne Bezug zu dem erfragten Inhalt. Damit auch Vorgesetzte den FAPA ausfüllen, wurde zu den Fragen über die Vorgesetzten ein * angebracht mit dem Hinweis, dass diese Frage von Vorgesetzten übersprungen werden können.

Gütekriterien des FAPA

Die **Validität** besagt, dass das Bewertungsinstrument genau das bewertet (oder bzw. nicht), was es bewerten soll. Ist ein Instrument valide, dann findet das Konstrukt, das bewertet werden soll, darin seinen Niederschlag. Die *Inhaltsvalidität* bezieht sich auf den Gesamthalt des Konstruktes, das den Bezugsrahmen und die Grundlage für die Formulierung der Items bildet,

die in adäquater Weise diesen Inhalt wiedergeben sollen. Die *Konstruktvalidität* ist der Grad, mit dem ein Test ein theoretisches Konstrukt abbildet.

Wie Reichmuth und Semmer (1999) ausführen, wurde die *Konstruktvalidität* während der Bildung von Skalen zu den adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz berücksichtigt. Diese erfolgte einerseits aufgrund inhaltlicher Überlegungen und andererseits aufgrund von item- und faktorenanalytischen Kriterien. Von ursprünglich 43 Items wurden mehrere Vorschläge zur Skalenbildung erarbeitet und geprüft. Der FAPA ist eine favorisierte Variante der Skalenbildung, die sich aus inhaltlichen Kriterien und aus dem Vergleich der Qualität und Ausprägung von Zusammenhängen zu anderen Variablen ergeben hat.

Der konvergente Ansatz der *Konstruktvalidität* wird geprüft, indem zwei oder mehr Instrumente ein gleiches Konstrukt bewerten. Laut Reichmuth und Semmer (1999) wurden in der Anwendung des FAPA verschiedene Zusammenhänge bestätigt. Zum Beispiel korrelierten die Arbeitszufriedenheit und die Zeitvariablen signifikant auf dem $p=0.05$ Niveau (Dauer der Betriebszugehörigkeit und Adaption) und die adaptiven Prozesse korrelierten mit den Arbeitszufriedenheitsskalen auf dem $p=0.05$ und $p=0.01$ Niveau.

Drei Expertinnen (Gesundheitsschwestern mit langjähriger Erfahrung in der direkten Pflege und Krankenschwester mit höherer Fachausbildung Stufe II) aus der Spitex haben den Fragebogen in Form der „Face“-Validität beurteilt. *Face Validity* ist eine schwächere Form der Validität, im Vergleich zu Kriterien- oder Konstruktvalidität (Polit und Hungler, 1995). Der Konsens über die Akzeptanz des Fragebogens bei der Zielpopulation / Berufsgruppe ist wichtig und wurde durch die Expertinnen und die Gesundheitsschwestern im Pilottest bestätigt.

Die Reliabilitätsanalyse prüft anhand verschiedener Kriterien, welche Einzelaufgaben (Items) sich für den Gesamttest (Fragebogen) als brauchbar bzw. unbrauchbar erweisen. Sie wird definiert als Grad, in dem ein Instrument bei wiederholten Messungen dieselben Ergebnisse zeigt. Reliabilität ist gleichzusetzen mit innerer Konsistenz, Sorgfalt, Präzision, Beständigkeit, Äquivalenz und Homogenität (LoBiondo-Wood und Haber, 1996). Als Mass der Reliabilität dient Cronbach's Alpha, welches die innere Konsistenz oder Homogenität einer Messung, die aus verschiedenen Untergruppen besteht, angibt. Alle Items der Skala werden simultan miteinander verglichen (Polit und Hungler, 1995).

Reichmuth und Semmer (1999) schreiben, dass die innere Konsistenz zwischen 0.64 und 0.89 lag (Cronbach's Alpha). Die Items mit geringer Trennschärfe wurden ausgeschlossen. Die resultierenden Trennschärfen lagen zwischen minimal $r=0.34$ und maximal $r=0.81$.

Weitere Variablen und ihre Operationalisierung

Spezifische Arbeitszufriedenheit (SpezAZ)

Es wird nach 17 affektiven Urteilen (Werte) zur spezifischen AZ mit einer Visual Analog Scale gefragt. Mit den relativ globalen Arbeitsaspekten können verallgemeinerte Wertungen ermittelt werden. Diese Wertungen sind von individuellen, wie kollektiven Ereignissen abhängig (z.B. Fusionen). Die Items zur Erfassung der spezifischen AZ orientieren sich am Fragebogen von Baillod, der die Fluktuation von Computerfachleuten untersucht hat (Baillod, 1992) und wiederum auf dem Arbeitsbeschreibungsbogen von Neuberger (1978) basiert. Er wurde von Reichmuth und Semmer (1999) übernommen, die ihn von 24 auf 17 Items kürzten. Die Items können in gleiche Dimensionen wie diejenigen des FAPA's eingeteilt werden (vgl. *Anhang II, S. 74f*).

Fluktuationsabsicht

Die Absicht der betreffenden Informantin im Hinblick auf das Bleiben oder Ausschauhalten nach einer neuen Arbeit ausserhalb des Spitexzentrums, ausserhalb des Gesundheitswesens, innerhalb des Spitexzentrums oder innerhalb des Gesundheitswesens wird direkt mittels vier Fragen eingestuft. Die vier Fragen sind aus der englischen Sprache übersetzt, sie basieren auf einer Subskala aus einem niederländischen Fragebogen zum Erleben und Beurteilen von Arbeit (Veldhoven und Meijman, 1994). Die Scorewerte auf der 5-Punkte-Likert-Skala sind so angeordnet, dass hohe Scorewerte keine Absicht den Arbeitsplatz zu verlassen bedeuten (vgl. *Anhang II, S. 76*).

Individuelle Charakteristiken

Wesentlich sind hier die Dauer der Betriebszugehörigkeit und Berufserfahrung. Veränderungen der Funktion und des Beschäftigungsgrades können Hinweise zu adaptiven Prozessen geben. Weiter wurde das Lebensalter, Geschlecht, Beschäftigungsgrad, Funktion und Ausbildungsniveau erfragt (vgl. *Anhang II, S. 70f*).

Merkmale der Arbeitsumgebung

Die Fragen zur Fusionierung, zur Grösse und zu den verschiedenen Kategorien der Mitarbeiterinnen können Hinweise zum formellen Organisationsgrad und zu Prozessen innerhalb des Betriebs geben. Diese Merkmale können den Handlungsspielraum der Mitarbeiterinnen beeinflussen (wenn es eine „Abklärerin des Pflegebedarfs“ gibt, ist eine Kernaufgabe der Krankenschwester beschnitten) (vgl. *Anhang II, S. 72*).

3.2.3 Ethische Aspekte

Die Mitarbeiterinnen in der Spitex haben das Recht auf Selbstbestimmung und auf Behandlung als autonome Personen, sie haben die Freiheit, den Fragebogen nicht auszufüllen. Eine Umfrage soll keinen Schaden verursachen, sondern den potentiellen Nutzen für die Pflegepraxis, Ausbildung und Forschung maximieren (LoBiondo-Wood und Haber, 1996).

3.2.4 Pilotstudie

Es wurden 244 Fragebogen an die Mitglieder der schweizerischen Vereinigung der Gesundheitsschwestern und Pfleger (SVG) zusammen mit der Einladung zur Generalversammlung (GV) verschickt. Das Studiendesign wurde an der GV vorgestellt. 63 gültige Fragebogen, die zwischen dem 7.3.01 und 26.3.01 zurückgeschickt wurden, sind ausgewertet worden. Ausser einem Mann haben nur Frauen den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote 32%).

Die Reliabilitätskoeffizienten des FAPA liegen zwischen .58 „Patientinnen“ und .89 „Privatbereich“ (vgl. Kapitel 4: Ergebnisse, Überprüfung der Fragebogen). Alle Items des Fragebogens über spezifische Arbeitszufriedenheit (AZ) weisen ein Cronbach's Alpha über .67 aus (vgl. Kapitel 4.1.).

Wie die Reliabilitätsanalyse (Itemanalyse) der AZ im Pilottest ergab, ist der Schwierigkeitsindex zu hoch. Nach einem Test mit 12 Studierenden des Weiterbildungszentrums für

Gesundheitsberufe stellte sich heraus, dass eine Visual Analog Scale (VAS) mehr Variabilität bewirkt. Daher wurde eine VAS für die Hauptstudie gewählt.

Für die vier Fragen zur Fluktuationsabsicht, die keiner Dimension angehören, wird kein Cronbach's Alpha errechnet.

3.2.5 Die Population und Auswahl der Studienteilnehmerinnen

Die Population sind Mitarbeiterinnen mit den oben definierten Ausbildungen, die in 119 Betrieben der Spitex in den Kantonen Aargau (AG), Zug (ZG), Basel-Stadt (BS) und Zürich-Stadt (ZH) im Vollzeit- oder Teilzeitpensum (unabhängig vom Anstellungsgrad) arbeiten. Die Vollerhebung in den ausgewählten Kantonen mit ruralen und urbanen Gebieten repräsentiert die Realität eines Teils der nördlichen und zentralen deutschen Schweiz.

Die Erhebungsstrategie entspricht einer Klumpenstichprobe (Cluster sample). Diese praktikable Strategie eignet sich für grosse und geographisch zerstreute Populationen. Bei der Klumpenstichprobe besteht die Gefahr der Klumpeneffekte, wenn die Klumpen intern sehr homogen sind hinsichtlich bestimmter Merkmale und die Klumpen untereinander sehr heterogen (Schumann, 2000). Für die vorliegende Studie bedeutet dies, dass Informantinnen aus einigen grossen städtischen Spitexzentren durch strukturelle Bedingungen homogene Gruppen sind, die sich stark von anderen Spitexzentren unterscheiden können. Es kann auch sein, dass regionalbedingt Teilzeitmitarbeiterinnen mit sehr kleinem Arbeitspensum arbeiten und z.B. die Fragen nach der Balance Beruf – Privatleben ganz anders beurteilen, da sie sich in diesen Fragen nie adaptieren mussten.

3.2.6 Durchführung der Umfrage

Die Verantwortlichen der Kantonalverbände haben die Adressen der Spitexzentren zur Verfügung gestellt. Weil die verschiedenen Spitexorganisationen, eine unterschiedliche Anzahl Mitarbeiterinnen beschäftigen, wurde telefonisch angefragt, ob und wie viele Fragebogen geschickt werden können. Bei einer Zustimmung wurden in der laufenden Woche die genannte Anzahl Fragebogen mit Laufnummer, Kennnummer des Zentrums, des Kantons und des Gebietes (städtisch/nichtstädtisch) zugeschickt. Ebenso wurden Begleitbriefe an die Leiterinnen oder Ansprechpersonen mit Informationen über die Einschlusskriterien zugestellt. Der Begleitbrief an die Informantinnen beinhaltete Angaben über die Absicht und Relevanz der Studie, Design der Studie, Gründe der Wahl der Informantin, Vorgehen, Dauer für das Ausfüllen des Fragebogens, Hinweis auf Anonymität, Adresse der Verfasserin, Telefonnummer und Unterschrift (LoBiondo-Wood und Haber, 1996; Van Rossum, 2000) (Anhang III-IV). Die Anzahl zugeschickter Fragebogen bewegte sich zwischen zwei Exemplaren in ländlichen Gebieten und bis zu 40 Exemplaren pro Spitexbetrieb der Stadt Zürich. Anlässlich einer Informationsveranstaltung der Spitex des Kantons AG wurde die Studie vorgestellt. 40 Teilnehmerinnen schrieben sich auf einer Liste ein, dass sie bereit sind einen Fragebogen auszufüllen und eine Anzahl Fragebogen an ihre Kolleginnen weiterzugeben.

Insgesamt haben 108 Leiterinnen (oder Ansprechpersonen) der Spitexzentren zugesagt, an der Umfrage teilzunehmen. Es wurden zwischen dem 27. April und 21. Mai 2001 1'050 Fragebogen und frankierte Rückantwortcouverts verschickt. Die Zeit der Zustellung der Fragebogen fiel nicht in die Ferienzeit. Von 7 Spitexzentren wurden insgesamt 57 Fragebogen zurückgeschickt, da im Nachhinein festgestellt wurde, dass weniger Mitarbeiterinnen den Einschlusskriterien entsprachen als angegeben. 5 Fragebogen wurden erst nach dem 15. Juli 2001 zurückgeschickt, diese konnten nicht mehr in die Auswertung einbezogen werden. Die Begründungen der Leiterinnen, die sich gegen eine Teilnahme ausgesprochen haben, lauteten: Zu viele

Veränderungen, zu grosse Arbeitsbelastung und ein Wechsel der Mitarbeiterinnen. Sechs Spitexbetriebe des Kantons Aargau waren nicht erreichbar.

3.3 Daten-Analyse

Datenaufbereitung

Die Items wurden für die Berechnungen in Zahlenwerten codiert, die VAS in Millimetern gemessen.

Nach Eintreffen der Fragebogen wurden diese auf ihre Vollständigkeit hin überprüft. 18 Fragebogen konnten nicht in die Studie einbezogen werden (3.4%), da bei zehn Fragebogen mehr als fünf Items des FAPA und bei vier Fragebogen mehr als fünf Fragen zur spezifischen AZ nicht beantwortet waren. Zwei Informantinnen begründeten den unvollständigen Fragebogen mit ihrer zu kurzen Anstellungszeit. Bei einem Fragebogen fehlten die individuellen Charakteristiken und an zwei waren die Identifikationsnummern unleserlich gemacht worden.

In Tabelle 13, Anhang I wird die Anzahl angefragter Spitexbetriebe, verschickter Fragebögen und Rücklaufquoten in den Kantonen und Gebieten dargestellt. Die Rücklaufquote war 54.1% (n=537). Es fällt auf, dass die Rücklaufquote in nichtstädtischen Gebieten grösser war (55.9%, n=289), als in städtischen Gebieten (44.1%, n=231).

10% der auf Datenträger übertragenen Daten wurden vor der eigentlichen Datenanalyse auf ihre Richtigkeit hin von zwei Personen kontrolliert, wobei eine Person die Daten vorlas und die andere sie im SPSS-File überprüfte.

Statistische Auswertungsmethoden

Die Datenanalyse erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS (Superior Performance Software System) in der Version 10.0 für Windows. Es wurden die einfachen Häufigkeitsverteilungen ermittelt, sowie auch Verfahren der bi- und multivariaten Statistik angewendet. Für die statistischen Berechnungen wurden in Abhängigkeit von der Fragestellung und Skalenniveau (Tabelle 14, Anhang I) entsprechende Verfahren gewählt.

Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilitätsanalyse oder Itemanalyse prüft nach verschiedenen Kriterien, welche Items sich für den gesamten Fragebogen eignen und welche nicht. Der *Schwierigkeitsindex* sagt aus, ob Fragen zu einfach oder zu schwierig sind, Items mit zu niedrigen oder zu hohen Schwierigkeitsindizes gelten als unbrauchbar. Die Items sollten möglichst viele Ausprägungen des Merkmals repräsentieren (breite Streuung). Der *Trennschärfekoeffizient* ist der Korrelationskoeffizient zwischen der Aufgabenantwort und dem Gesamt-Skalenwert. Die Trennschärfe sollte höher als 0.3 sein und wird im SPSS als Corrected Item-Total Correlation angegeben. Die *Reliabilitätsanalyse der Items* sollte Cronbach's Alphawerte über .65 aufweisen, was auf eine innere Konsistenz der Skala hinweist und die Brauchbarkeit des Instrumentes stützt. In der *Faktorenanalyse* wird die Itemstruktur (Itemgruppen) untersucht und mit derjenigen von Reichmuth und Semmer (1999) verglichen. Fragebogen, die in mehreren Studien faktoranalytisch untersucht werden, sollten stabile Faktorenstrukturen aufweisen mit hohen Kommunalitäten. (Bühl und Zöfel, 2000; Friedli, 2000/2001).

Deskriptive Analyse

Häufigkeitstabellen (arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung, Stichprobengrößen), Kreuztabellen und Balkendiagramme stellen die Verteilung von demographischen Variablen dar. Boxplots reduzieren die Daten auf 5 wichtige Werte und werden zum Zusammenfassen von grossen Datensätzen verwendet.

Zusammenhangsvergleiche

Da die Daten nicht normalverteilt sind, wurden folgende Tests angewendet: Die Rangkorrelation nach Kendall, der Kruskal-Wallis- und der Mann-Whitney U-Test. Die *Rangkorrelation nach Kendall* gibt eine spezielle Rangkorrelation zweier Variablen aus. Der *Kruskal-Wallis-Test* vergleicht k unabhängige Stichproben hinsichtlich ihrer mittleren Lage. Der *Mann-Whitney U-Test* ist ein Test für den Vergleich der mittleren Lage zweier unabhängiger Stichproben.

Die *multiple lineare Regression* erklärt den Einfluss mehrerer beeinflussender Variablen auf die abhängige Variable.

Einzelne Gruppen, deren Homogenität der Varianzen (wichtige Voraussetzung für den F-Test der Varianzanalyse) auf Grund des Levene-Tests angenommen werden kann, können zur Berechnung der *Varianzanalyse* verwendet werden (Bühl und Zöfel, 2000). Mittels mehrfaktorieller Varianzanalyse soll der Einfluss von mehreren erklärenden Variablen auf die Zielvariable untersucht werden.

Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden teilweise in Originaltabellen aus dem SPSS, in Tabellen mit dem Minimum / Maximum, den Mittelwert, Standardabweichung oder in Balkendiagrammen dargestellt. Das 5%-Niveau gilt in der Regel als Signifikanzniveau, die Angabe erfolgt mit üblicher Schreibweise $p < 0.05$ bzw. $p < 0.01$.

Die Entscheidung, die Resultate in Hypothesen zu kategorisieren, wurde aus folgender Überlegung getroffen: Die Annahmen und Aussagen zu den adaptiven Prozessen haben eine innere Struktur, wie der Stellenwert des Zeitfaktors, unterbindende oder unterstützende Persönlichkeitsmerkmale, Handlungsspielraum und organisationale Verbundenheit mit der Organisation. Die empirische Überprüfung der Beziehungen zwischen einigen Annahmen der Theorie der adaptiven Prozesse anhand von Hypothesen entspricht dem Design der vorliegenden Studie (Walker und Avant, 1998).

4 ERGEBNISSE

Im Kapitel „Ergebnisse“ geht es primär um die Reliabilität der Instrumente, wobei auch die Verteilungen und Kennwerte der erhobenen Items dargestellt werden. Vergleiche werden mit der Studie von Reichmuth und Semmer (1999) dargestellt. Im 2. Teil des Kapitels werden die Ergebnisse zu den Hypothesen beschrieben und durch Tabellen und Graphiken belegt. Diese Ergebnisse sind nicht nur für die Bestätigung oder Widerlegung der Hypothesen von Bedeutung, sondern auch im Sinne der Validierung des FAPA.

4.1 Überprüfung der Fragebogen

4.1.1 Der Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz (FAPA)

Der *Schwierigkeitsindex* der 2 Items der Dimension „KP“ ist zu hoch, das bedeutet, diese Fragen sind zu einfach (Mittelwerte 4.9 und 5.2). Die Dimension „KP“ wird deswegen aus dem FAPA entfernt.

Die *Reliabilitätsanalyse der Items* ergibt Cronbach's Alpha-Werte über .65. Die Item-Total Statistik zeigt ein höheres Cronbach's Alpha, wenn das Item „BE 1“: „Zu Beginn haben mich meine Aufgaben hier mehr gestresst als heute“ entfernt wird. Die Analyse wird aus diesem Grunde mit einer 29-Item Skala, mit einem Cronbach's Alpha von .90, ohne die Dimension „KP“ und mit nur einem Item „BE 2“ durchgeführt.

Dimension und Anzahl Items in Klammern	Abkürzung	Cronbach's Alpha, Studie Reichmuth und Semmer (1999)	Cronbach's Alpha, Pilotstudie (32 Items)	Cronbach's Alpha, Hauptstudie (29 Items)
Adaption Allgemein(6)	AL	.71	.67	.72
Adaption Tätigkeit (7)	TA	.73	.80	.76
Adaption Führung (5)	FU	.74	.79	.79
Adaption. Kolleginnen (3)	KO	.68	.76	.75
Adaption Belastung (2)	BE	.59	.74	-- (1 Item)
Adaption Sicherheit (3)	SI	.66	.71	.81
Adaption Kundinnen / Patientinnen (2)	KP	.89	.58	entfernt
Adaption Arbeit in Bezug auf den Privatbereich (3)	PR	.75	.89	.75
Gesamt Koeffizient		Keine Angaben	.93	.90

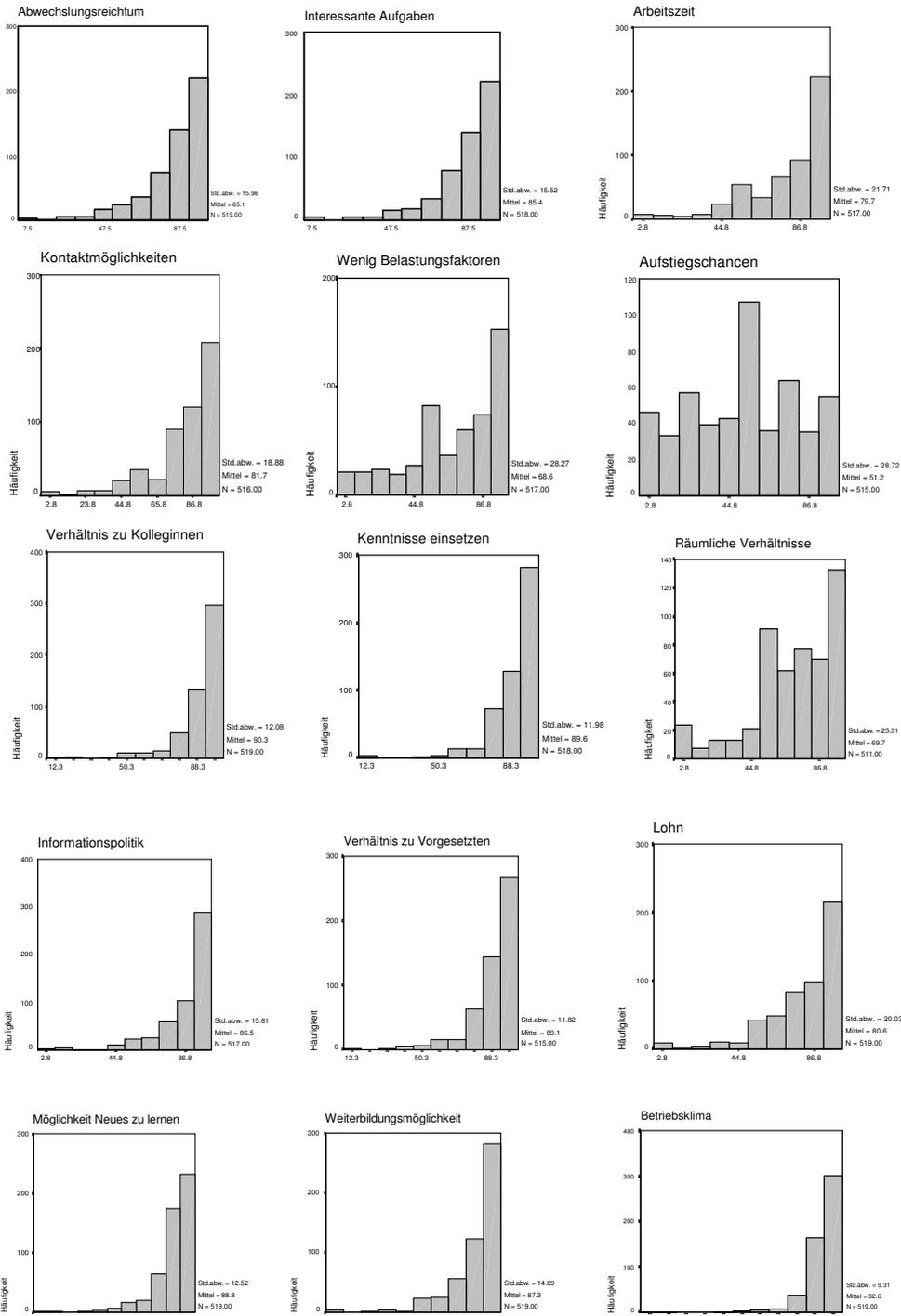
Tabelle 2: Reliabilitätskoeffizienten der Dimensionen: Vergleich der Cronbach's Alpha Werte

Faktorenanalyse

Es wurde eine Hauptachsen-Faktorenanalyse (Principal Axis Factoring) mit Varimax Rotation durchgeführt. Ein Vergleich der im Screenplot (vgl. Abbildung 6, Anhang I) wiedergegebenen Eigenwerte mit denjenigen der Parallelanalyse nach Horn deutete auf eine Faktorenlösung mit maximal fünf Faktoren hin (vgl. Tabelle 15, Anhang I). Die extrahierten fünf Dimensionen stimmen hingegen bis auf die Dimensionen „Privat“ und „Kolleginnen“ nicht mit der originalen Faktorenstruktur des FAPA überein. Der FAPA wird deshalb als eindimensionaler Fragebogen verwendet. Die folgenden Analysen werden mit dem Mittelwert (M) des FAPA vorgenommen.

4.1.2 Der Fragebogen über spezifische Arbeitszufriedenheit (SpezAZ)

Der *Schwierigkeitsindex* ist bei den meisten Items zu hoch. Der Mittelwert der Items liegt auf der VAS bei 81.4 (Skala 1-100). Bei einzelnen Items, z.B. „Aufstiegschancen“ (AZ 7), sind die Werte ziemlich gleichmässig über die mögliche Antwortenbreite verteilt, bei den meisten ist die Verteilung jedoch stark linksschief.



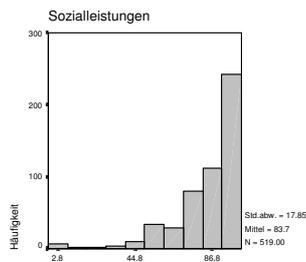


Abbildung 2: Verteilung der Items des Fragebogens über spezifische Arbeitszufriedenheit

Den Verteilungen dieser Items sieht man bereits an, dass die meisten Schwierigkeitsindizes zu hoch sind, also die Fragen zu einfach waren. Anhand des Schwierigkeitsindexes müssten hier bereits mehr als die Hälfte der Items eliminiert werden.

Der *Trennschärfekoeffizient* liegt bei allen Items über 0.3 ausser bei AZ 7. Das Item „Aufstiegschancen“ korreliert somit nicht mit der Item-Total-Korrelation und passt daher nicht zu den anderen Items. Daraus geht hervor, dass fast alle Items des Fragebogens entweder den Kriterien des *Schwierigkeitsindexes* oder des *Trennschärfekoeffizienten* nicht genügen. Cronbach's Alpha von .80 weist auf eine hohe innere Konsistenz hin, doch ist das Instrument aufgrund der hohen Schwierigkeitsindizes insensitiv. Der AZ kann infolge dessen für die Analyse nicht verwendet werden.

Fluktationsabsicht (FA)

Die Fluktationsabsicht weist vier unterschiedliche Fragen auf, die nicht der gleichen Dimension angehören. Deshalb können keine Cronbach's Alpha Werte berechnet oder weitere Reliabilitätstests durchgeführt werden.

4.2 Demographische Daten

Geschlecht und Zivilstand

506 der Informantinnen und 12 Informanten haben einen gültigen Fragebogen geschickt. Da nur 2.3% Männer geantwortet haben, werden die Geschlechtsunterschiede in der vorliegenden Arbeit nicht weiter verfolgt. In Tabelle 16, Anhang I, sind die Häufigkeiten der Mitarbeiterinnen nach Zivilstand und Gebiet aufgeteilt ersichtlich.

Ausbildungsniveau

Die diplomierten Krankenschwestern (44.3%) und die ausgebildeten Hauspflegerinnen (28.3%), sind die am häufigsten vorkommenden ausgebildeten Mitarbeiterinnen in den Betrieben der Spitex. Die drittgrösste Gruppe sind die Krankenpflegerinnen FA SRK (vgl. Abbildung 7, Anhang I).

Alter und Beschäftigungsdauer

Die Altersspanne und die Spanne der Erfahrung im und ausserhalb des Betriebs sind gross.

	Min./Max.	M	SD*
Alter in Jahren	20 - 64	42	9.5
Berufserfahrung in Jahren	0 - 44	12.8	8.3
Berufserfahrung in Jahren im Spitexsetting	0.8 - 37	7.1	5.9
Betriebsangehörigkeit in Jahren	0.8 - 34.6	5.4	5.3

* Min./Max.=Minimum/Maximum, M=Mittelwert, SD= Standardabweichung.

Tabelle 3: Alter und Berufserfahrung, vgl. Abbildungen 9, 10, 13 und 14, Anhang I

Beschäftigungsgrad

91% der Mitarbeiterinnen arbeiten im Teilzeit- und nur 8.5% arbeiten im Vollzeitpensum.

	Min./Max.	M	SD
Arbeitspensum in %	10 - 100	55	25
Anzahl Stunden pro Woche	1 - 55	24.3	11.7

Tabelle 4: Arbeitspensum, vgl. Abbildung 8, Anhang I

Der tiefe Beschäftigungsgrad ist im Zusammenhang mit der Hausfrau- und Mutterrolle der Informantinnen zu sehen: 34.6% der Informantinnen haben keine Kinder und 65.4% haben Kinder. Bei 55% der Infomantinnen leben 1-5 Kinder noch im selben Haushalt. Wie der Mann-Whitney U-Test zeigt, bestehen Unterschiede in der Anzahl Kinder im Haushalt zwischen städtischem und nichtstädtischem Gebiet (Tabelle 17, Ahang I).

Funktion

23% haben eine leitende, 34% eine beratende und 17% eine ausbildende Funktion, 31% hatten früher eine andere Funktion als zum Zeitpunkt der Befragung und 11% hatten schon mehrere Funktionen.

Betriebsstrukturen

	Min./Max.	M	SD
Größe des Betriebs (Anzahl Mitarbeiterinnen mit und ohne Ausbildung)	1 - 180	31.7	28
Anzahl verschiedener Berufsgruppen im Betrieb (mit und ohne Ausbildung)	1 - 12	5.3	2.3
Anzahl verschiedener Funktionen (wie Leitungs-, Ausbildungsfunktion etc.)	0 - 7	3	2.1

Tabelle 5: Betriebsstruktur, Anzahl Funktionen und Berufsgruppen Abbildungen 11 und 12, Anhang I

4.3 Ergebnisse zu den Hypothesen

Bestätigung und Ausmass der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz

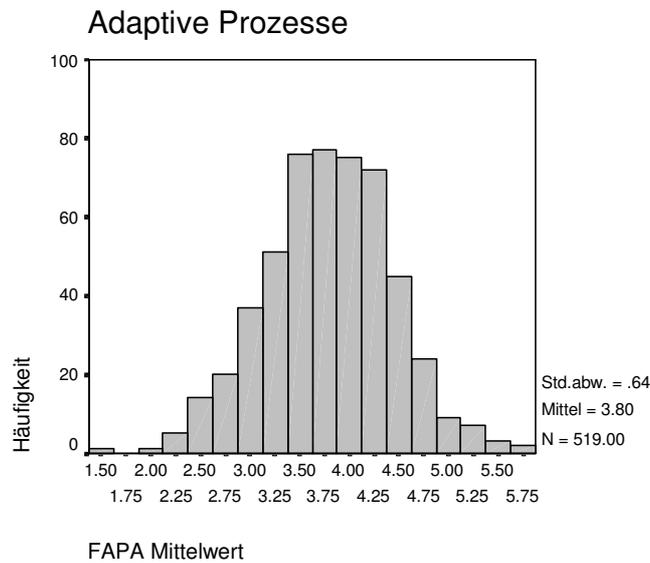


Abbildung 3: Mittelwert (M) aller Items des Fragebogens zu den adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz (FAPA)

Auf den 6-Punkte-Likert-Skalen liegt das arithmetische Mittel bei 3.8 bei einer Standardabweichung von .64. Die folgende Tabelle stellt Vergleiche unter den Dimensionen des FAPA dar:

Dimensionen und Abkürzungen	Itemzahl	Reichmuth und Semmer (1999), Skalen 1-7		Pilotstudie Skalen 1-6		Hauptstudie Skalen 1-6	
		M	SD	M	SD	M	SD
allgemeine Adaption (AL)	6	4.6	0.9	4.4	0.8	4.1	0.8
Adaptation Tätigkeit (TA)	7	4.3	0.9	4.1	0.9	3.7	0.8
Adaptation Führung (FU)	5	3.6	1.1	3.3	1.0	3.2	1.0
Adaptation Kolleginnen (KO)	4	5.1	0.9	4.6	0.7	4.5	0.8
Adaptation Belastung (BE)	2 (1)	4.3	1.5	4.2	1.1	4.4	--
Adaptation Sicherheit (SI)	3	2.8	1.1	3.1	1.1	3.0	1.2
Adaptation Patientinnen (KP)	2 (0)	4.9	1.5	4.8	1.0	--	--
Adaptation Privat (PR)	3	3.1	1.3	3.5	1.2	3.6	1.1

Tabelle 6: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) der Dimensionen

Obwohl in der Studie von Reichmuth und Semmer (1999) ein FAPA mit 7-stufiger Likertskala angewendet wurde, weichen die Mittelwerte der Dimensionen des Pilottests und der Hauptstudie nicht stark von derjenigen von Reichmuth und Semmer (1999) ab. Die Werte der Pilot- und Hauptstudie sind um ungefähr $\frac{1}{7}$ höher, als diejenigen der Studie von Reichmuth und Semmer (1999).

Beziehung zwischen spezifischer Arbeitszufriedenheit und den adaptiven Prozessen

Gemäss Hypothese 2 sollte eine positive Korrelation zwischen den adaptiven Prozessen und der spezifischen Arbeitszufriedenheit (SpezAZ) bestehen. Wie die Überprüfung des Fragebogens über die spezifische AZ zeigt, können Zusammenhänge zwischen adaptiven Prozessen und den Einstellungskonstrukten gegenüber der Arbeit und der Organisation nicht untersucht werden.

Adaptive Prozesse und Zeitvariablen

Die Hypothese 3, die den Zusammenhang zwischen adaptiven Prozessen und Zeitvariablen postuliert, wird durch die gefundene, äusserst schwache Korrelation nicht gestützt, obwohl aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, dass die Rangkorrelation von Kendall eine Signifikanz zwischen der Dauer der Betriebszugehörigkeit (BZG), der Dauer der Anstellung im Spitexsetting und dem Mittelwert des Fragebogens der *adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz* zeigt. Diese Signifikanz besagt bloss, dass die Korrelation ungleich Null ist, gibt aber keinen Anhaltspunkt bezüglich der Relevanz der Korrelationskoeffizienten.

Korrelationen nach Kendall

Kendall-Tau-b		FAPA Mittelwert
Erfahrung Beruf	Korrelationskoeffizient	.065*
	Sig. (2-seitig)	.029
	N	511
Anstellungszeit im Spitexsetting	Korrelationskoeffizient	.165**
	Sig. (2-seitig)	.000
	N	518
Betriebszugehörigkeit (BZG)	Korrelationskoeffizient	.210**
	Sig. (2-seitig)	.000
	N	387
Alter	Korrelationskoeffizient	.038
	Sig. (2-seitig)	.204
	N	517
Arbeitspensum in %	Korrelationskoeffizient	.102**
	Sig. (2-seitig)	.001
	N	514

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (2-seitig)

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant (2-seitig)

Tabelle 7: Rangkorrelation nach Kendall zwischen dem Mittelwert des FAPA's, Erfahrung im Beruf, Anstellungszeit im Spitexsetting, Betriebszugehörigkeit, Alter und Arbeitspensum.

Wie das Schlussmodell der multiplen linearen Regression (vgl. Tabelle 18, Anhang I) zeigt, sind von den obigen Zeitvariablen nur die Dauer der Betriebszugehörigkeit und das Arbeitspensum signifikant. Dieses Modell erklärt allerdings nur 5% der Streuung in der Zielvariable (R-Quadrat

.047). Reichmuth und Semmer (1999) kommen zum selben Ergebnis, obwohl sie für die Zeitvariablen andere Begriffe gewählt haben.

Das Alter hat keinen Einfluss auf die *adaptiven Prozesse* am Arbeitsplatz. Reichmuth und Semmer (1999) kommen zum gleichen Ergebnis (Vergleich mit der Dimension „allgemeine Adaptation“).

Reichmuth und Semmer (1999) stellen zudem keine Unterschiede zwischen den Mitarbeiterinnen im Vollzeit- und Teilzeitpensum fest. Der aus der vorliegenden Untersuchung resultierende Regressionskoeffizient von 0.0037 des Arbeitspensums in % weist allerdings auf einen äusserst schwachen Einfluss hin, welchen Reichmuth und Semmer (1999) mit ihren wenigen Beobachtungen nicht nachweisen konnten.

Es muss vermutet werden, dass die signifikanten Korrelationen in der obigen Tabelle zwischen dem FAPA M und den restlichen Zeitvariablen durch Störfaktoren vorgetäuscht sind, da diese Zeitvariablen (Erfahrung im Beruf, Anstellung im Spitexsetting) im multiplen linearen Regressionsmodell nicht mehr enthalten sind (vgl. Tabelle 18, Anhang I).

Es gibt schwache Hinweise, dass sich der Prozess der Adaptation über längere Zeiträume erstreckt und ein gewisses Ausmass an Präsenz erfordert (höheres Arbeitspensum). Eine Kritik des linearen Korrelationsmodells zur Messung der Zeitvariablen folgt im Kapitel Diskussion und Schlussbemerkungen.

Adaptive Prozesse und Spezialisierungen

Wie die Rangkorrelationen von Kendall zeigen, besteht zwischen den Spezialfunktionen: der Leitungs-, Ausbildungsfunktion, beratender Funktion und adaptiven Prozessen, ein sehr schwacher und daher irrelevanter positiver Zusammenhang.

Korrelationen Kendall-Test

Kendall-Tau-b		FAPA Mittelwert
Leitende Funktion	Korrelationskoeffizient	.227**
	Sig. (2-seitig)	.000
	N	518
Beratende Funktion	Korrelationskoeffizient	.225**
	Sig. (2-seitig)	.000
	N	514
Ausbildungsfunktion	Korrelationskoeffizient	.096**
	Sig. (2-seitig)	.008
	N	515
Früher andere Funktion	Korrelationskoeffizient	.119**
	Sig. (2-seitig)	.001
	N	518
Mehrere andere Funktionen	Korrelationskoeffizient	.074*
	Sig. (2-seitig)	.040
	N	516

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (2-seitig)

** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant (2-seitig)

Tabelle 8: Rangkorrelation nach Kendall zwischen Spezialfunktionen und adaptiven Prozessen (FAPA M)

Die Mann-Whitney U-Tests bestätigen signifikante Unterschiede des FAPA M zwischen den Mitarbeiterinnen mit und ohne Spezialfunktionen (vgl. Tabelle 19, Anhang I).

Mitarbeiterinnen, die früher mehrere andere Funktionen gehabt haben, scheinen mehr in wechselseitig sich bekräftigende Adaptionsprozesse involviert zu sein, als Mitarbeiterinnen die in der gleichen Funktion verbleiben. Weitere Zusammenhänge zwischen Funktionen und Ausbildungsniveaus und deren Einfluss auf die adaptiven Prozesse (AP) werden aus Tabelle 11 (Hypothese zu den AP und Ausbildungsniveaus) ersichtlich. Reichmuth und Semmer (1999) beschreiben eine stärkere Adaption von Mitarbeiterinnen mit Leitungsfunktion (M=4.05, SD=0.91) im Vergleich zu nicht leitenden Personen (M=3.45, SD=1.05).

Adaptive Prozesse der Mitarbeiterinnen im städtischem und nichtstädtischem Gebiet

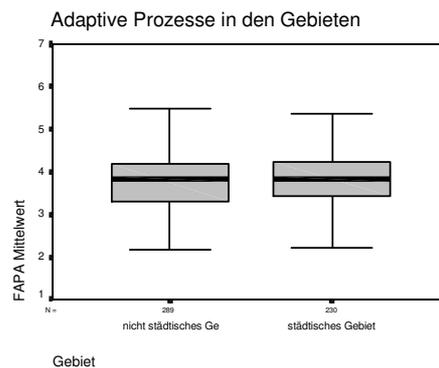


Abbildung 4: Boxplots zum Vergleich des FAPA M im städtischen und nichtstädtischen Gebiet

Anhand der Boxplots ist anzunehmen, dass kein Unterschied zwischen den adaptiven Prozessen der Mitarbeiterinnen in den verschiedenen Gebieten besteht. Der Mann-Whitney U-Test (vgl. Tabelle 20, Anhang 1) zeigt *keinen signifikanten Unterschied der adaptiven Prozesse der Mitarbeiterinnen zwischen den verschiedenen Gebieten*, ein Grund um die Hypothese 5 nicht zu bestätigen.

Mittels mehrfaktorieller Varianzanalyse kann der Einfluss verschiedener Kantone, verschiedener Alterskategorien und Gebiete kombiniert mit der Anzahl Kinder im Haushalt auf den FAPA errechnet werden. Wie der Levene-Test bestätigt, kann eine Varianzanalyse durchgeführt werden. Das Ergebnis wird in den zwei folgenden Tabellen dargestellt. Es muss jedoch festgehalten werden, dass mit dem vorliegenden Modell nur gerade 5% der Streuung erklärt werden.

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: fapa mean

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	9.740 ^a	8	1.217	2.992	.003
Konstanter Term	2964.199	1	2964.199	7284.531	.000
KT	4.887	3	1.629	4.004	.008
ALTKAT	3.325	3	1.108	2.723	.044
GEBIET * ANZKI	4.156	2	2.078	5.107	.006
Fehler	200.203	492	.407		
Gesamt	7440.377	501			
Korrigierte Gesamtvariation	209.943	500			

a. R-Quadrat = .046 (korrigiertes R-Quadrat = .031)

Parameterschätzer

Abhängige Variable: fapa mean

Parameter	B	Standardfehler	T	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	4.142	.108	38.311	.000	3.930	4.355
[KT=1.00]	-.295	.108	-2.732	.007	-.508	-8.299E-02
[KT=2.00]	-.443	.130	-3.424	.001	-.698	-.189
[KT=3.00]	-.250	.106	-2.367	.018	-.458	-4.255E-02
[KT=4.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ALTKAT=1.00]	-3.25E-02	.082	-.395	.693	-.194	.129
[ALTKAT=2.00]	-6.63E-02	.080	-.828	.408	-.223	9.090E-02
[ALTKAT=3.00]	.177	.098	1.809	.071	-1.525E-02	.369
[ALTKAT=4.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[GEBIET=1.00] * ANZKI	-3.45E-02	.031	-1.118	.264	-9.525E-02	2.617E-02
[GEBIET=2.00] * ANZKI	-.119	.038	-3.147	.002	-.193	-4.462E-02

Erklärung: KT1=AG, KT2=ZG, KT3=ZH, KT4=BS, ALTKAT1=jünger als 35, ALTKAT2=36-44, ALTKAT3=45-54, ALTKAT4=älter als 50J., GEBIET1=nicht städtisch, GEBIET2=städtisch, ANZKI=Anzahl Kinder im Haushalt

a. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Tabelle 9: Varianzanalyse zu den Gruppenvergleichen Kantone, Alterskategorien und Gebiete

Die Modellkonstante des FAPA Mittelwertes beträgt 4.142. Dieser Wert entspricht dem FAPA der Mitarbeiterinnen im Kanton BS. Im Kanton ZH nimmt der FAPA um 0.250, in Kanton AG um 0.295 und im Kanton ZG um 0.443 ab. Der Mittelwert des FAPA liegt in den beiden städtischen Kantonen (BS und ZH) höher als in den beiden vorwiegend nichtstädtischen Kantonen.

Wie aus den demographischen Daten zu entnehmen ist (vgl. Tabelle 17, Anhang I), haben die Mitarbeiterinnen im städtischen Gebiet weniger Kinder im Haushalt. Der FAPA M ist abhängig von der Anzahl Kinder im Haushalt pro Gebiet und im städtischen Gebiet tiefer als im nichtstädtischen Gebiet.

Im Modell ist die Alterskategorie enthalten, weil damit zusätzlich ein Teil der Streuung erklärt werden kann. Ohne die Alterskategorie als Einflussgrösse werden die restlichen interessierenden Einflussgrössen nicht signifikant.

Adaptive Prozesse und Ausbildungsniveau

Wie die folgenden Boxplots und der Kruskal-Wallis-Test zeigen, bestehen unterschiedliche FAPA M zwischen Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau.

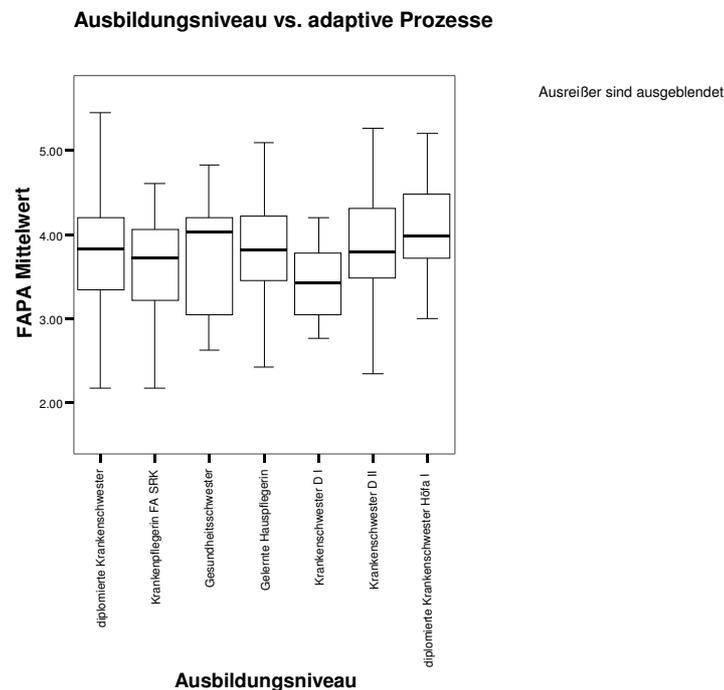


Abbildung 5: Mitarbeiterinnen mit verschiedenem Ausbildungsniveau im Hinblick auf die adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz (FAPA M)

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang
FAPA Mittelwert	diplomierte Krankenschwester	230	258.67
	Krankenpflegerin FA SRK	61	227.18
	Gesundheitsschwester	23	261.00
	Gelernte Hauspflegerin	147	266.63
	Krankenschwester D I	12	158.38
	Krankenschwester D II	13	260.69
	diplomierte Krankenschwester Höfa I	30	318.20
	Gesamt	516	

Statistik für Test^{a,b}

	FAPA M
Chi-Quadrat	13.361
df	6
Asymptotische Signifikanz	.038

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Tabelle 10: Kruskal-Wallis-Test: Unterschiede in den Mittelwerten des FAPA der Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau

Durch paarweise Mann-Whitney U-Tests mit Bonferroni-Korrektur konnten die Unterschiede zwischen den Ausbildungsniveaus jedoch nicht aufgedeckt werden (vgl. Tabelle 22, Anhang I).

Werden die Ausbildungsniveaus in drei Gruppen zusammengefasst, kann ein signifikanter Unterschied zwischen Höfa I und den anderen Ausbildungsniveaus (ausser D I) festgestellt werden.

Reichmuth und Semmer (1999) kommen zum Schluss, dass Personen mit einer weiterführenden Ausbildung eine grössere Adaptation im Bereich „Patienten“ aufweisen (M=5.52, SD=1.21), als Personen mit elementarer Berufsbildung (M=4.59, SD=1.57).

Nach Überprüfung der Varianzhomogenität wurde zu der Fragestellung der Hypothese 6 die folgende mehrfaktorielle Varianzanalyse berechnet.

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: fapa mean

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	26.153 ^a	7	3.736	10.478	.000
Konstanter Term	431.389	1	431.389	1209.858	.000
LEITFU	4.182	1	4.182	11.729	.001
BERFU	4.732	1	4.732	13.271	.000
AUSBIL4	2.711	2	1.355	3.801	.023
MANTFU * AUSBIL4	3.942	3	1.314	3.685	.012
Fehler	178.637	501	.357		
Gesamt	7537.381	509			
Korrigierte Gesamtvariation	204.790	508			

a. R-Quadrat = .128 (korrigiertes R-Quadrat = .116)

Parameterschätzer

Abhängige Variable: fapa mean

Parameter	B	Standardfehler	T	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Konstanter Term	4.909	.215	22.842	.000	4.486	5.331
[LEITFU=.00]	-.247	.072	-3.425	.001	-.389	-.105
[LEITFU=1.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[BERFU=.00]	-.234	.064	-3.643	.000	-.360	-.108
[BERFU=1.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AUSBIL4=1.00]	-.699	.230	-3.044	.002	-1.151	-.248
[AUSBIL4=2.00]	-.772	.635	-1.217	.224	-2.020	.475
[AUSBIL4=3.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[MANTFU=.00] *						
[AUSBIL4=1.00]	-7.85E-02	.094	-.833	.405	-.264	.107
[MANTFU=.00] *						
[AUSBIL4=2.00]	-.380	.624	-.610	.542	-1.607	.846
[MANTFU=.00] *						
[AUSBIL4=3.00]	-.782	.247	-3.162	.002	-1.268	-.296
[MANTFU=1.00] *						
[AUSBIL4=1.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[MANTFU=1.00] *						
[AUSBIL4=2.00]	0 ^a	.	.	.	.	.
[MANTFU=1.00] *						
[AUSBIL4=3.00]	0 ^a	.	.	.	.	.

Erklärung: LEITFU=Leitungsfunktion, BERFU=Beratungsfunktion (0=nein, 1=ja)

AUSBIL4=Ausbildungsniveau (drei Gruppen: andere=1,DI=2,Höfa I=3), MANTFU=mehrere andere Funktionen

a. Dieser Parameter wird auf Null gesetzt, weil er redundant ist.

Tabelle 11: Varianzanalyse zu den Gruppenvergleichen Funktionen und Ausbildungsniveaus

Die Konstante entspricht einem FAPA Mittelwert von 4.9. Wenn keine Leitungsfunktion wahrgenommen wird, sinkt der FAPA Mittelwert um 0.247 und wird eine Leitungsfunktion ausgeübt, entspricht der Wert der Konstanten 4.9. Bei der Beratungsfunktion ist dasselbe Muster

beobachtbar: Ohne Beratungsfunktion sinkt der Wert um 0.234 und mit Beratungsfunktion ist er 4.9.

Die anderen Ausbildungsniveaus ohne D I und Höfa I weichen um -0.699 und die D I um -0.772 von der Konstanten ab. Die Höfa I entspricht der Konstanten mit dem FAPA Mittelwert von 4.9, falls sie gleichzeitig eine Leitungs- und eine Beratungsfunktion ausüben und zudem früher mehrere andere Funktionen hatten. Diejenigen Mitarbeiterinnen, die während ihrer Berufserfahrung nicht mehrere andere Funktionen besetzt hatten, sind weniger zufrieden (tieferer FAPA M), als Mitarbeiterinnen mit Erfahrungen in verschiedenen anderen Funktionen. Die Mitarbeiterinnen mit D I, die keine Berufserfahrung in anderen Funktionen hatten, haben den tiefsten FAPA M (3.3). Die Höfa I mit Berufserfahrung in mehreren Funktionen und mit Leitungs- und Beratungsfunktion weisen den höchsten FAPA M auf (4.9).

Die unterschiedlichen Niveaus (andere, D I, Höfa I) haben einen Einfluss auf den FAPA M, wie die Funktionen Einfluss auf den FAPA haben. Die Kombination von mehreren Funktionen und Ausbildungsniveau für sich betrachtet, hat einen Einfluss. Daraus kann gefolgert werden, dass der hohe FAPA M der Höfa I nicht unabhängig von der Funktion ist.

Adaptive Prozesse und Fluktuationsabsicht

Nach Hypothese 7 sollte zwischen Fluktuationsabsicht und adaptiven Prozessen eine positive Korrelation aufgedeckt werden. Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich wird, kann ein äusserst schwacher Zusammenhang mittels Kendalls Tau zwischen adaptiven Prozessen (FAPA M) und der „Absicht eine andere Arbeit im Gesundheitswesen zu suchen“ festgestellt werden. Dieser schwache Zusammenhang ist jedoch irrelevant. Zwischen den adaptiven Prozessen (FAPA M) und der „Absicht eine Stelle ausserhalb des Gesundheitswesens zu suchen“, „eine andere Stelle ausserhalb der Organisation zu suchen“ und „eine andere Arbeit innerhalb der Organisation zu suchen“, gibt es keinen Zusammenhang (vgl. Tabelle 23, Anhang I).

Korrelationen

			FAPA Mittelwert	andere Arbeit im Gesundheitswesen
Kendall-Tau-b	FAPA Mittelwert	Korrelationskoeffizient	1.000	.080*
		Sig. (2-seitig)	.	.018
		N	519	516
	andere Arbeit im Gesundheitswesen	Korrelationskoeffizient	.080*	1.000
		Sig. (2-seitig)	.018	.
		N	516	516

*. Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

Tabelle12: Korrelation zwischen FAPA M und der Absicht eine andere Arbeit im Gesundheitswesen zu suchen.

Reichmuth und Semmer (1999) können diese Hypothese in Bezug auf die Dimension „allgemeine Adaption“ bestätigen (-.33).

Resümee

Nach der Entfernung von zwei Items wegen zu hohen Schwierigkeitsindizes, eines Items wegen zu tiefer Trennschärfe und der Prüfung der Faktorenstruktur, wird der FAPA als eindimensionaler Fragebogen mit 29 Items und Cronbach's Alpha von .90 für die Analyse der Daten verwendet. Die Berechnungen werden mit dem Mittelwert des FAPA vorgenommen. Der Fragebogen über spezifische Arbeitszufriedenheit (SpezAZ) erfüllt die Kriterien des Schwierigkeitsindex nicht und kann nicht verwendet werden. Korrelationen zwischen Dimensionen des FAPA und der AZ können deshalb nicht berechnet werden. Trotz der eindimensionalen Verwendung des FAPA, wurden die Dimensionen des FAPA der vorliegenden Studie mit den Studie von Reichmuth und Semmer (1999) verglichen und festgestellt, dass die Mittelwerte der Dimensionen des FAPA durchaus vergleichbar sind. Es gibt schwache Hinweise darauf, dass die adaptiven Prozesse mit zunehmender Dauer der Beschäftigung im Beruf, im Spitzsetting und im Betrieb zunehmen könnten. Das Lebensalter hingegen beeinflusst die adaptiven Prozesse nicht. Zwischen den Gebieten lassen sich sehr schwache Unterschiede feststellen: Der FAPA M ist abhängig von der Anzahl Kinder im Haushalt pro Gebiet, dem Kanton und der Alterskategorie. Wachsende Spezialisierung und Differenzierung der Aufgaben, sind mit einem höheren FAPA M verbunden. Die Kombinationen von Ausbildungsniveau und Funktion haben einen schwachen Einfluss auf den FAPA M. Mitarbeiterinnen mit Höfa I haben den höchsten FAPA M, allerdings nur wenn sie Erfahrungen in mehreren anderen Funktionen gemacht haben, sowie eine Leitungs- und Beratungsfunktion besetzen. Eine sehr schwache Korrelation zwischen einem Item zur Fluktuationsabsicht und dem FAPA M wird festgestellt. Die beschriebenen Zusammenhänge und Unterschiede sind zwar statistisch signifikant, allerdings sind die Korrelationen in den meisten Fällen viel zu schwach um tatsächliche Zusammenhänge nachweisen zu können.

5 DISKUSSION UND SCHLUSSBEMERKUNGEN

Im letzten Kapitel schließlich sollen das zentrale Erhebungsinstrument FAPA als auch die Zusammenhänge diskutiert werden. Die Zusammenhänge sind für die Konstruktvalidierung der erhobenen adaptiven Prozesse von Bedeutung. Nutzen der Resultate für die Verantwortlichen und Mitarbeiterinnen der Spitexzentren sollen besprochen und Grenzen der Studie erwähnt werden.

5.1 Weiterentwicklung des FAPA und Diskussion des theoretischen Ansatzes der adaptiven Prozesse

Die Faktorenanalyse wurde im Sinne der Weiterentwicklung des Instrumentes und zur Erklärung der Verwendung des FAPA's als eindimensionaler Fragebogen gemacht. Die Anwendung des FAPA mit der eindimensionalen Struktur verhindert eine differenzierte Analyse, Interpretation und Vergleich der einzelnen Dimensionen der adaptiven Arbeitszufriedenheit. Diese Dimensionen sind zwar im eindimensionalen FAPA enthalten, jedoch nicht erkennbar. Einzelne Dimensionen hätten in einigen Zusammenhängen einen höheren Korrelationswert ergeben. Der eindimensionale FAPA hat hingegen mehr Macht als einzelne Dimensionen mit teilweise nur zwei Items. Wie auch Reichmuth und Semmer (1999) bemerken, wird die Validität einzelner Dimensionen in Frage gestellt und eine Weiterentwicklung der Dimensionen anhand einer größeren Stichprobe empfohlen. Dies ist ein Grund, warum die Cronbach's Alpha Werte der Dimensionen im Kapitel „Ergebnisse“ aufgeführt werden. Die beschriebenen Mittelwerte der Dimensionen geben Hinweise zur Frage des Ausmasses der adaptiven Prozesse.

Der theoretische Ansatz der adaptiven Prozesse (AP) am Arbeitsplatz und der davon abgeleitete Fragebogen erfasst den Stellenwert der AP für die zahlreichen Teilzeitmitarbeiterinnen nicht. Für einige Informantinnen scheint es nicht relevant zu sein, dass sie sich am Arbeitsplatz adaptieren. Sie füllen neben der Tätigkeit am Arbeitsplatz noch weitere Rollen aus: Z.B. Hausfrau und Mutter, Heilpraktikerin, Fussreflexzonenmassseurin, Lymphdrainagetherapeutin. Wie Reichmuth und Semmer (1999) vorschlagen, sollte der FAPA ausgeweitet werden: Eine Ausweitung auf mögliche ausserbetriebliche Adaptionskriterien müsste überlegt werden.

Der theoretische Ansatz der adaptiven Prozesse am Arbeitsplatz beinhaltet das *Job modeling*. Zur Frage "Ich habe heute mehr Vorrechte / Privilegien als zu Beginn an dieser Stelle" schrieben zehn Informantinnen, sie wären ein Team und gleichberechtigt. Warum sollen sich Menschen adaptieren, wenn sie in der Arbeit kein Bedürfnis nach Adaption verspüren, dies aus kollegialen Gründen nicht tun oder das Arbeitspensum zum Vornherein entsprechend wählen? Wie Linke-Winter (1999) schreibt, sind Mitarbeiterinnen in ihren Familien und in hierarchischen Institutionen des Gesundheitswesens so *sozialisiert*, dass sie sich den Gegebenheiten anpassen, wenn kein Handlungsspielraum zum *Job modeling* nach eigenen Bedürfnissen vorliegt. Die fördernden oder hemmenden *Persönlichkeitsmerkmale* werden nicht erfasst, sondern können höchstens aus Gruppenvergleichen abgeleitet werden.

Der FAPA misst die Entwicklung der Arbeitnehmerin während des Werdegangs im Hinblick auf spezifische Berufsaspekte und geht davon aus, dass somit die adaptive Arbeitszufriedenheit erfasst wird. Es kann sein, dass die Arbeitnehmerin eine positive Entwicklung in einem spezifischen Berufsaspekt gemacht hat, aber nicht zufrieden ist. Die Validität des FAPA müsste noch weiter geprüft werden.

Reichmuth und Semmer (1999) schreiben, dass der *universelle Fragebogen*, der ausserhalb von Spitalbetrieben angewendet werden kann, nicht in spezifischer und auf einzelne Berufsgruppen oder Arbeitsplätze abgestimmter Weise nach Feinanpassungen suchen kann. Dies und vielleicht der zu hohe Abstraktionsgrad des FAPA mögen mit ein Grund gewesen sein, warum

Informantinnen Bemerkungen auf die Fragebogen schrieben, telefonierten, e-mails schickten und Probleme schilderten, die hier stichwortartig wiedergegeben werden: Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlich arbeitenden Vorstandsmitgliedern wird als schwierig empfunden, da Lohnforderungen der Mitarbeiterinnen nicht nachvollzogen werden können. Drei Informantinnen schilderten eine fehlende Übereinstimmung und Identifikation mit den Zielen des Betriebes und Prioritäten zur Kostensenkung zwischen ihnen und Vorgesetzten. Hauspflegerinnen berichteten über fehlende Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleginnen, da sie meistens alleine unterwegs zu den Patientinnen wären und keine Sitzungen durchgeführt würden. Eine Informantin klagte telefonisch über gesundheitliche Probleme und eine Informantin schrieb die Vermutung, dass ihre Kolleginnen wegen Unzufriedenheit mit der Vorgesetzten den Fragebogen nicht ausfüllen würden. Mitarbeiterinnen bedauerten den Verlust an Autonomie bedingt durch die Fusionierung. Diese relevanten Hinderungsgründe für eine Feinanpassung, die teilweise auch in der Literatur beschrieben werden, können in der vorliegenden quantitativen Studie nicht weiterverfolgt werden.

5.2 Methodenkritik

Die mögliche Adaption ausserhalb des Arbeitsplatzes ist nicht nur eine Frage des theoretischen Ansatzes, sondern auch der vorliegenden *Stichprobe*. Z.B. die Frage nach der Balance zwischen Beruf und Privatleben muss ebenfalls mit Vorsicht interpretiert werden, da 91% der Informantinnen im Teilzeitpensum arbeiten, davon ein Viertel weniger als im 35%-Pensum. 10 Informantinnen bemerkten dazu, dass die Balance zwischen Beruf und Privatleben nie ein Problem gewesen wäre d.h. ein *adaptiver Prozess* musste nicht stattfinden, da keine Adaption als wünschenswert erachtet wurde. Der Mittelwert des Arbeitspensums der vorliegenden Studie liegt bei 55% und in der Studie von Reichmuth und Semmer (1999) bei 83%. Ein Vergleich der Stichproben ohne Verzerrung durch unterschiedliche Pensen, hätte nur Informantinnen mit einem Arbeitspensum von 75% berücksichtigt, also 29% der Informantinnen der vorliegenden Studie (n= 151).

Weitere Verzerrungen (bias) sind möglich, da die Leiterin oder die Ansprechperson des Spitexzentrums bestimmte, wieviele Fragebogen geschickt werden durften und an welche Mitarbeiterinnen sie die Fragebogen verteilte. Einerseits wäre eine Selektion der Mitarbeiterinnen möglich, andererseits kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiterinnen im Team über den Empfang der Fragebogen sprachen und somit alle die Chance hatten einen Fragebogen auszufüllen.

Die Interpretation der aufgeführten vielfältigen statistischen Daten ist nicht einfach. Die Einschätzung der Ausprägungswerte beruht auf Selbstberichten der Mitarbeiterinnen, die möglicherweise Verzerrungen unterliegen. Sind die Werte zu hoch, so könnten sie in Richtung sozialer Wünschbarkeit beschönigt worden sein, da eine Äusserung über die eigene Arbeitszufriedenheit auch eine Äusserung über den eigenen Erfolg sein kann (Bruggemann et al., 1975). Niedrige Werte können im Gegenteil übertrieben werden, um sich endlich einmal Gehör zu verschaffen.

Bei der *Beurteilung von Prozessen* (FAPA) kann die Erinnerung an frühere Zustände verzerrt sein, wie auch aus der historischen Forschung bekannt ist (Fitzpatrick, 1999). Die Modellierung der AP und der Zeitvariablen mit einem linearen Modell muss mit Vorsicht betrachtet werden.

Die *Itemformulierungen* des FAPA gehen in Richtung „Besserung“, dies könnte die Tendenz einer Bejahung unterstützen oder auch das Gegenteil hervorrufen. Eine Informantin bemerkte, dass es ein Trugschluss wäre zu glauben, es werde immer besser.

Der *Fragebogen zur spezifischen Arbeitszufriedenheit* (SpezAZ) wurde nach der Überprüfung nicht ausgewertet, auch das Item „Aufstiegschancen“ nicht, das einen guten Schwierigkeitsindex

aufgewiesen hat. Dies kann *ethisch* verantwortet werden, da die Umfrage im Hinblick auf die spezifische AZ keinen Schaden verursacht zu haben scheint.

Der *Fragebogen zur spezifischen Arbeitszufriedenheit* müsste modifiziert werden, indem die Fragen anders formuliert würden. Dies nicht nur wegen ungenügendem Schwierigkeitsindex und Trennschärfekoeffizienten, sondern auch wegen möglicher fehlender Konstruktvalidität. Im Fragebogen wird nach der *Wichtigkeit von Werten* gefragt, die eventuell auch mit Bedürfnissen gleichgesetzt werden könnten, jedoch *nicht ob* die Informantinnen mit den spezifischen Aspekten der Arbeit *zufrieden* sind.

5.3 Erfassung der adaptiven Prozesse und Zusammenhangsbefunde

Das Ausmass der adaptiven Prozesse lässt sich mit den Ergebnissen von Reichmuth und Semmer (1999) vergleichen. Da die Analyse mit dem eindimensionalen 29-Item FAPA bewerkstelligt worden ist, kann nicht differenziert werden, bei welchen Aspekten der Arbeit adaptive Prozesse gefördert oder behindert werden. Kommt der FAPA M (3.8) zustande, weil der Arbeitsinhalt und die Rolle definiert ist, eine Leadership gemäss den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und der Patientinnen gelebt wird, unterstützende Kolleginnen zur Seite stehen, Belastungen kontrolliert werden können, die Sicherheit des Arbeitsplatzes nicht als bedroht empfunden wird und die Balance zwischen Beruf und Arbeit ausgeglichen wahrgenommen wird? Auf diese Fragen kann keine befriedigende Antwort gegeben werden. Abschliessend kann die **Hypothese 1** gestützt werden, in dem gesagt wird, dass *adaptive Prozesse stattfinden*.

Ein Vergleich zwischen den Einstellungskonstrukten und den adaptiven Prozessen, wie in der **Hypothese 2** vorgesehen, kann nicht gemacht und die AZ nicht abgeleitet werden. Der folgende Text bezieht sich demzufolge auf die adaptiven Prozesse, die zu adaptiver Arbeitszufriedenheit führen.

Aufgrund der zur **Hypothese 3** erhaltenen Resultate kann vermutet werden, dass der *Zeitfaktor* im Prozess der Entstehung von Zufriedenheit zum Tragen kommt. Das berechnete Modell zeigt eine Abhängigkeit des FAPA M von der Dauer der Betriebszugehörigkeit und dem Arbeitspensum in Prozent. Leider wird durch dieses Modell nur sehr wenig erklärt. Es gibt daher nur schwache Hinweise darauf, dass sich die Realität so verhalten könnte, wie das Konstrukt der adaptiven Prozesse, postuliert, nämlich dass die subtilen akkomodativen und assimilativen Vorgänge wechselseitiger Verstärkung sich über längere Zeiträume erstrecken. Dieses Ergebnis wird von Cumbey und Alexander (1998) und Yamashita (1995), die eine positive Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und Berufserfahrung feststellen, bestätigt. Der Zusammenhang zwischen AZ und DBZ wird ebenfalls von mehreren Autorinnen bestätigt (vgl. Kapitel 2.5.3.).

Mitarbeiterinnen mit höherem Anstellungspensum scheinen mehr Einflussmöglichkeit und Interesse zu haben ihren Beruf nach ihren Bedürfnissen zu modellieren, da sie öfters anwesend sind als Mitarbeiterinnen mit tiefem Anstellungspensum. Ein ähnliches Ergebnis berichtet Cumbey und Alexander (1998), die zufriedener Vollzeit- als Teilzeitmitarbeiterinnen vorfindet. Gemäss der *Selektionshypothese* könnten Mitarbeiterinnen grössere Arbeitspensum wählen, damit sie eher adaptive Prozesse bewirken können. Nicht bestätigt wird die Annahme des Zusammenhangs von AZ mit dem Alter, wie auch Woodcox et al. (1994) und Adams et al. (1999) keinen Zusammenhang zwischen AZ und Alter feststellen. Die Fähigkeit zu adaptiven Prozessen scheint nicht altersabhängig, sondern von *Persönlichkeitsmerkmalen* und *Charakteristiken der Arbeitsumwelt* beeinflusst zu sein.

Die **Hypothese 4** weist auf den Einfluss der *Selektionshypothese* auf die *adaptiven Prozesse* hin, nämlich, dass selbstbestimmende, verantwortungsvolle Personen entsprechende Funktionen finden, sie beeinflussen und durch sie beeinflusst werden, indem sie eine wachsende Spezialisierung und Differenzierung der Aufgaben, die präferiert werden, bewerkstelligen

können, was mit positiven Gefühlen verbunden ist und zu *adaptiver Zufriedenheit* führt. Dieses Ergebnis, welches aufgrund des schwachen Modells jedoch eher einer Vermutung entspricht, anstatt klar bestätigt zu werden, entspricht demjenigen von Jansen (1996), der feststellt, dass sich eine Differenzierung der Praxis und Spezialisierung der Pflege in der Gemeinde positiv auf die spezialisierten Mitarbeiterinnen auswirkt. Die Funktion ist meistens an eine höhere Hierarchiestufe mit mehr Autonomie und Aufgabenvielfalt gekoppelt.

Die **Hypothese 5** über die kausale und moderierende Wirkung der Mitarbeiterinnen in Gebieten mit unterschiedlicher Betriebsgrösse und Struktur auf die adaptiven Prozesse kann nicht im gesamten jedoch zwischen einzelnen Gruppen schwach vermutet werden. Entgegen der Annahme, dass in dezentralisierten Betrieben AP eher ermöglicht werden, zeigen Mitarbeiterinnen in grossen, schon vor mehr als zwei Jahren fusionierten, eher zentralisierten Betrieben im Kanton BS eine bessere Adaptation am Arbeitsplatz, als Mitarbeiterinnen in kleineren dezentralisierteren Betrieben. Die Betriebe im Kanton BS haben den höchsten Grad an verschiedenen Funktionen (Organisationsgrad, Tabelle 21, Anhang I). Diese Differenzierung der Praxis scheint sich positiv auf die adaptiven Prozesse auszuwirken.

Die Anzahl im Haushalt lebenden Kinder pro Gebiet haben Einfluss auf die adaptiven Prozesse der Mitarbeiterinnen am Arbeitsplatz. Im (2000) schreibt, dass Kohärenz und positive Balance zwischen den Rollen die Zufriedenheit fördern. Dies könnte ein schwacher Hinweis darauf sein, dass die Mitarbeiterinnen in den nichtstädtischen Gebieten, obwohl sie eine grössere Kinderzahl haben, die Balance zwischen Arbeits- und Privatleben besser finden.

Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus erleben ein unterschiedliches Mass an adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz, die **Hypothese 6** kann demzufolge gestützt werden. Die Höfa I, wie die Gesundheitsschwester haben eine Nachdiplomausbildung gemacht. Die Höfa I können die adaptiven Prozesse eher verwirklichen. Eine plausible Erklärung, die sich nur auf das Ausbildungsniveau bezieht, kann nicht gegeben werden. Plausibel erscheint jedoch die Kombination zwischen Ausbildungsniveau und Funktion. Dies weist darauf hin, dass eine Aus- und Weiterbildung die adaptiven Prozesse und die adaptive Arbeitszufriedenheit nicht unbedingt fördert, wenn nach der Ausbildung keine entsprechende Funktion ausgeübt werden kann, die an eine klare Rolle (Kontrollerleben) gekoppelt ist. Für das in der Ausbildung der Gesundheitsschwester vermittelte Public Health Modell gibt es in der Spitex keinen klaren Auftrag, was sich negativ auf die Funktion und das *Kontrollerleben* der Gesundheitsschwester auswirken könnte. Der hohe Wert des FAPA der Hauspflegerin könnte durch die klarere Rolle und höheres Kontrollerleben bedingt sein. Hausarbeit lässt sich leichter von Pflege unterscheiden, als die Pflege in komplexe und nicht komplexe Situationen einteilen. Dies ist ein allgemein bekanntes Problem der Mitarbeiterinnen mit D I, die in der vorliegenden Studie den tiefsten FAPA M Wert aufweisen. Die Erfahrungen, welche Mitarbeiterinnen in verschiedenen Funktionen machen, scheinen sich positiv auf die adaptiven Prozesse auszuwirken.

Gemäss dem theoretischen Ansatz sollten die assimilativen und akkomodativen Vorgänge zu einer Verschmelzung zwischen Mensch und Arbeit führen, die erhöhte Zufriedenheit und der Verbundenheit mit dem Betrieb) mit sich bringen. Zur **Hypothese 7** können keine klaren Aussagen gemacht werden. Wenn die AP bei der Fluktuationsabsicht keine Rolle spielen, so müsste nach anderen Ursachen gesucht werden, wie Dätwyler und Bailod (1995) in der Untersuchung von Laufbahntypen von Krankenschwestern beschreiben, steigen Mitarbeiterinnen mehrmals aus dem Berufsleben aus und wieder ein und McNeese-Smith (2000) beschreibt auch innerhalb der Berufstätigkeit Stadien, die einen Einfluss auf die Fluktuationsabsicht haben können. Reichmuth und Semmer (1999) stellten fest, dass der Privatbereich im Vergleich zu den anderen Adaptionsskalen den stärksten Zusammenhang zur organisationalen Verbundenheit aufweist. Nicht nur die adaptive Zufriedenheit, sondern auch Variablen aus dem *Privatbereich* beeinflussen die Fluktuationsabsicht.

5.4 Folgerungen für Verantwortliche für die Pflegeorganisation der Spitex

Im Vordergrund steht eine Leadership, die flexibel auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen mit ihren verschiedenen Rollen im Arbeits- und Privatleben eingeht. Betriebsleiterinnen der Spitex sollen entsprechend auf ihre Führungsfunktion vorbereitet und begleitet werden. Höhere Anstellungspensen und Erhaltung der Frauen mit Kindern (65% der Spitexmitarbeiterinnen haben Kinder) sind zu fördern, indem im Sinne von Feinanpassung flexible Arbeitszeitmodelle gemäss den Bedürfnissen berufstätiger Mütter und in Absprache mit den Patientinnen ermöglicht werden. Der Gestaltungsspielraum und die Möglichkeit zur nicht-resignativen Modifikation von Ansprüchen der Mitarbeiterinnen soll innerhalb des Betriebs und bezüglich der Balance zum Privatleben gefördert werden. Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen ist zu fördern und entsprechende Funktionen nach der Weiterbildung sind zu schaffen, da sich Differenzierung der Arbeit positiv auf adaptive Prozesse und Arbeitszufriedenheit auswirkt.

5.5 Resümee

Die Weiterentwicklung des FAPA im Hinblick auf die Faktorenstrukturen und die Validität einzelner Dimensionen wie dies Reichmuth und Semmer (1999) vorschlagen, ist zu begrüßen. Eine Ausweitung des universell verwendbaren FAPA im Gesundheitswesen auf die Spezifität von Teilzeitmitarbeiterinnen wäre zu empfehlen. Die Studie wirft offene Fragen auf. Diese und die von den Informantinnen geschilderten relevanten Probleme sollten in weiterführenden Studien untersucht werden. Der theoretische Ansatz der adaptiven Zufriedenheit ist komplex. Es ist anzunehmen, dass zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Beschäftigung in der Lebensbiographie und im Berufszyklus adaptive Prozesse massgeblich für die gesamte Adaption und die Entstehung von Arbeitszufriedenheit sind. Frauen mit Kindern im Haushalt sollten auch in grossen städtischen Spitexzentren flexible Arbeitszeitmodelle angeboten bekommen, damit adaptive Prozesse am Arbeitsplatz gefördert werden. Ein hohes Ausbildungsniveau alleine genügt nicht für eine bessere Adaption. Erst in Kombination mit einer entsprechenden Funktion kommen die adaptiven Prozesse und adaptive Berufszufriedenheit zum Tragen. Ein Zusammenhang zwischen mangelnden AP und Fluktuationsabsicht wird nicht bestätigt. Diese Erkenntnisse bedeuten eine Herausforderung an eine kreative Leadership zur individuellen Führung der Mitarbeiterinnen in verschiedenen Lebens- und Berufsphasen und im stetig steigenden Bedarf nach qualitativ hochstehender Versorgung der betagten und langzeitkranken Menschen in der Hilfe und Pflege zu Hause.

6 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AP	Adaptive Prozesse
AZ	Arbeitszufriedenheit
SpezAZ	Spezifische Arbeitszufriedenheit
DBZ	Dauer der Betriebsangehörigkeit
FAPA	Fragebogen zu adaptiven Prozessen am Arbeitsplatz
SBK	Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
SBGRL	Schweizerischer Berufsverband für Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
SVG	Schweizerische Vereinigung der Gesundheitschwestern und Pfleger
SVH	Schweizerischer Berufs- und Personalverband der Hauspflege/Haushilfe
VAS	visual analogue scale

7 ABBILDUNGEN

	Seite
Abbildung 1: Modell der Entstehung AP und folgender adaptiver Arbeitszufriedenheit.....	19
Abbildung 2: Items spezifische Arbeitszufriedenheit	28/29
Abbildung 3: FAPA M	31
Abbildung 4: Vergleich des FAPA M in städtischem und nichtstädtischem Gebiet	34
Abbildung 5: Mitarbeiterinnen mit verschiedenen Ausbildungsniveaus im Hinblick auf den FAPA M.....	36
Abbildung 6: Screeplot zur Faktorenanalyse	54
Abbildung 7: Ausbildungsniveau Informantinnen	56
Abbildung 8: Arbeitspensum	56
Abbildung 9: Anzahl Informantinnen pro Altersklassen	57
Abbildung 10: Allgemeine Berufserfahrung.....	57
Abbildung 11: Anzahl verschiedener Funktionen pro Betrieb.....	57
Abbildung 12: Anzahl verschiedener Berufsgruppen pro Betrieb	58
Abbildung 13: Dauer der Betriebszugehörigkeit	58
Abbildung 14: Anstellungszeit im Spitexsetting.....	59

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Kurzbeschreibung des FAPA.....	21
Tabelle 2: Reliabilitätskoeffizienten der Dimensionen	27
Tabelle 3: Alter und Beschäftigungsdauer	30
Tabelle 4: Beschäftigungsgrad	30
Tabelle 5: Betriebsstruktur	30
Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Dimensionen	31
Tabelle 7: Rangkorrelationen zu AP und Zeitvariablen	32
Tabelle 8: Rangkorrelationen zu AP und Spezialisierung	33
Tabelle 9: Varianzanalyse zu den Gruppenvergleichen Kantone, Alterskategorien, Gebiete	35
Tabelle 10: Kruskal-Wallis-Test zu den Unterschieden der Ausbildungsniveaus.....	36
Tabelle 11: Varianzanalyse zu den Gruppenvergleichen Funktionen und Ausbildungsniveau....	37
Tabelle 12: Korrelation zwischen FAPA M und Fluktuationsabsicht	38
Tabelle 13: Anzahl Fragebogen und Rücklaufquoten.....	53
Tabelle 14: Skalenniveau der Untersuchungsvariablen	54
Tabelle 15: Dimensionen der Faktorenanalyse	55
Tabelle 16: Zivilstand der Mitarbeiterinnen in der Spitex	56
Tabelle 17: Unterschied zwischen den Gebieten bezüglich Anzahl Kinder im Haushalt.....	58
Tabelle 18: Schlussmodell der multiplen linearen Regression der Hypothese 3	59
Tabelle 19: Unterschiede des FAPA M zwischen Mitarbeiterinnen mit und ohne Funktion	60
Tabelle 20: Vergleich des FAPA M der Mitarbeiterinnen in den Gebieten	61
Tabelle 21: Organisationsgrad der Spitexbetriebe in den Kantonen.....	61
Tabelle 22: Unterschiede zwischen den Ausbildungsniveaus.....	62-68
Tabelle 23: Adaptive Prozesse und Fluktuationsabsicht.....	69

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Acorn, S., Ratner, P. & Crawford, M. (1997). Decentralisation as a Determinant Of Autonomy, Job satisfaction and organizational Commitment among Nurse managers. *Nursing Research*, 46(1), 53-58.
- Adams, A. & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543.
- Adams, A. S., Soumerai, S., Lomas, J., & Ross-Degnan, D. (1999). Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(3), 187-192.
- Ajamieh, A. R. A., Misener, T., Haddock, K. S. & Gleaton, J. (1996). Job satisfaction correlates among Palestinian nurses in the West Bank. *Int. J. of Nursing Studies*, 33(4), 422-432.
- Anderegg, H. (1997). Editorial. *Pflege*, 10, 131.
- Aries, M. & Zuppinger, I. (1999). *Burnout*. Unpublished Doktor, Universität Zürich, Zürich.
- Baillod, J. (1992). *Fluktuation bei Computerfachleuten*. Bern: Peter Lang.

- BFS. (2001, 17.5.01). *Bundesamt für Statistik, Eckdaten*, [Internet]. <http://www.admin.ch/bfs>, Neuenburg.
- Blegen, M. (1993). Nurses' Job Satisfaction: A Meta-Analysis Of Related Variables. *Nursing Research*, 42(1).
- Blegen, M. & Mueller, C. (1987). Nurses' Job Satisfaction: A Longitudinal Analysis. *Research in Nursing and Health*, 10, 227-237.
- Boumans, N. & Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: relationships with nurses' well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 767-775.
- Brandstätter, H. (1993). *Persönliche Verhaltens- und Leistungsbedingungen* (Vol. 1.). Bern: Huber.
- Brink, P. & Wood, M. (1989). *Advanced design in nursing research*. Newbury Park: Sage Publications. Chapter 1 ("Introduction").
- Bruggemann, A., Groskurth, P., und Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Huber.
- BSV. (2001). *Spitex Statistik 1999* (www.bsv.admin.ch, Gerber Weber, T.), [Internet]. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
- Buckley-Viertel, D. (2001). *Studieren und pflegen in den USA, Hochschulsystem, Pflegeausbildung, Pflegepraxis*. Bern: Huber.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2000). *SPSS Version 10, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows* (7. Ed.). München: Addison-Wesley.
- Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B. & Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in Wales: self-reported stressors and coping strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 523 - 528.
- Büssing, A. (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum*. Bern: Huber.
- Chalmers, K., Bramadat, I. & Andrusyszyn, M. (1998). The changing environment of Community Health Practice and Education: Perceptions of Staff Nurses, Administrators, and Educators. *Journal of Nursing Education*, 37(3), 109-117.
- Chalmers, K. & Kristjanson, L. (1989). The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of three models. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 569-574.
- Cohen-Mansfield, J. (1989). Sources of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 383-388.
- Cumbey, D. & Alexander, J. (1998). The Relationship of Job Satisfaction with Organizational Variables in Public Health Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 39-46.
- Dätwyler, B. & Baillod, J. (1995). *Mit-Leidenschaft: Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf* (Vol. 1.). Bern: Hans Huber.
- Dunt, D. R., Temple-Smith, M. J., and Johnson, K. A. (1991). Nursing outside hospitals: the working experience of community nurses: job characteristics. *Int. J. Nurs. Stud.*, 28(1), 27-37.
- Ferenzkiewicz, D. (2000). *Leadership*, Lecture notes, Aarau.
- Fitzpatrick, M. L. (1999). *Historical research: the method* (Vol. 2.). New York: National League for Nursing.
- Flannery, J. & Van Gaasbeek, D. E. (1998). Factors in Job Satisfaction of the Psychiatric Clinical Nurse Specialist. *NursingConnections*, 11(4).
- Flury, J. (Ed.). (2001). *Gesundheitswesen der Schweiz 2001/2002* (Vol. 1.). Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer.

- Friedli, T. K. (2000/2001). *Logistische Regression, Faktorenanalyse, Fragebogenanalyse*, Lecture notes, Aarau.
- Fux, B., Bösch, A. & Gisler, P. (1993). *Bevölkerung und Wohlfahrt*. Zürich: Soziologisches Institut der Universität Zürich, Rämistrasse 69.
- Gauci Borda, R. & Norman, J. (1997). Testing a model of absence and intent to stay in employment: a study of registered nurses in Malta. *International Journal of Nursing Studies*, 34(5), 375-384.
- Güntert, B., Orendi, B. & Weyermann, U. (1989). *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals- Strategien zur Verbesserung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Hallett, C. & Pateman, B. (2000). The 'invisible assessment': the role of the staff nurse in the community setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 751-762.
- Hansen, H. E. (1995). A Model for Collegiality among Staff Nurses in Acute Care. *Journal of Nursing Administration*, 25(12), 11-20.
- Haste, F. H. & MacDonald, L. D. (1992). The role of the specialist in community nursing: perceptions of specialist and district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 37-47.
- Hayes, E. (1993). Managing Job Satisfaction for the Long Run. *Nursing Management*, 24(1), 65-67.
- Hegney, D. & McCarthy, A. (2000). Job Satisfaction and Nurses in Rural Australia. *Journal of Nursing Administration*, 30(7/8), 347-350.
- Huber, D. L., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C. A., Goode, C. J. & Watson, C. (2000). Evaluation Nursing Administration Instruments. *J of Nursing Administration*, 30(5).
- Huston, C. L. (1996). Unlicensed Assistive Personnel: A Solution to Dwindling Health Care Resources or the Precursor to the Apocalypse of registered Nursing? *Nursing Outlook*, 44(2), 67-73.
- Im, E. O. (2000). A Feminist Critique of Research on Women's Work and Health. *Health Care for Woman International*, 21, 105-119.
- Irvine, M. D. & Evans, M. G. (1995). Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-253.
- Jansen, P. G. M. (1996). *Differentiated Practice and Specialization in Community Nursing*. Maastricht: NIVEL, Nederlands institut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
- KLV, K.-L. (1995). Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In E. D. d. Innern (Ed.), *Bundesgesetz und Verordnung über die Krankenversicherung* (pp. 3-5). Bern: Bundesverwaltung.
- Landeweerd, J. A., Boumans, N. P. G. & Niessen, J. M. (1996). *Arbeidsvoldoening bij verpleegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg*. Loghem/Houten: Bohn Stafleu.
- Lewis, M. (1997). Decision-Making Task Complexity: Model Development and Initial Testing. *Journal of Nursing Education*, 36(3), 114-120.
- Linke-Winter, M., et al., e. (1999). Warum wählen Pflegende den Beruf. *Pflegezeitschrift*, 52(2), 130-4.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1996). *Pflegeforschung: Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung* (1. ed.). Berlin, Wiesbaden.

- MacRobert, M., Schmele, J. & Henson, R. (1993). An Analysis of Job Morale Factors of Community Health Nurses Who Report a Low Turnover Rate. *Journal of Nursing Administration*, 23(6), 22 - 28.
- McNeese-Smith, D. K. (1997). The Influence of Manager Behavior on Nurses' Job Satisfaction, Productivity, and Commitment. *Journal of Nursing Administration*, 9(2), 47-55.
- McNeese-Smith, D. K. & Van Servellen, G. (2000). Age, Development, and Job Stage Influences on Nurse Outcomes. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 4(2), 97-104.
- Mueller, C. & McCloskey, J. (1990). Nurses' Job Satisfaction: A Proposed Measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-117.
- Muldoon, O. & Kremer, J. (1995). Career aspiration, job satisfaction and gender identity in female student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 544-550.
- Muncey, T. (1998). Selection and retention of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 406-13.
- Neidhart, L. (2000). Die Identität der Kantone im Spiegel eidgenössischer Volksabstimmungen. *Neue Zürcher Zeitung*(144).
- Neuberger, O. (1978). *Messung und Analyse der Arbeitszufriedenheit*. Bern: Huber.
- Niederberger, J. (1995). Arbeitspsychologische Bewertung der Beratungstätigkeit in der Gemeindekrankenpflege. *Pflege*, 3(8), 236-242.
- Niederberger, J. (2001). *Instrumente zur Messung von Aspekten der Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen in der Hilfe und Pflege zu Hause*. Unpublished Literaturarbeit, Maastricht, Maastricht und Aarau.
- Oggier, W. (1999). *Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz*. Bern, Stuttgart: Haupt.
- Parahoo, K. (1994). Job satisfaction of community nurses working with people with a mental Handicap. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1046-1055.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and Methods* (5. ed.). Philadelphia.
- Reichmuth, P. & Semmer, N. (1999). *Wechselwirkende Adaption am Arbeitsplatz und Arbeitszufriedenheit*. Unpublished Lizenziatsarbeit, Universität, Bern.
- SBK. (2000, 19.12.2000). *Motion J.Joder, Nationalrat*, [Internet]. Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger [2000, 27.12.2000].
- Schröder, P. (1998). *Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen: Konzepte, Programme und Methoden des Total Quality Management*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schuler, M. & Joye, D. (1997). *Die Raumgliederung der Schweiz* (Vol. 2). Bern: Bundesamt für Statistik der Schweiz.
- Schumann, S. (2000). *Repräsentative Umfrage* (Vol. 3.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Scott, G. J., Sochalski, J. & Aiken, L. (1999). Review of Management Hospital Research. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9 - 19.
- Semmer, N. (Ed.). (1990). *Das Modell verschiedener Formen der Arbeitszufriedenheit: nach 15 Jahren kein Grund zur Resignation* (Vol. 1.). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N. & Udris, I. (1993). *Bedeutung und Wirkung von Arbeit* (Vol. 1.). Bern: Huber.
- Semmer, R. & Schallberger, U. (1996). Selection, Socialisation, and Mutual Adaption: Resolving Discrepancies Between People and Work. *Appl. Psychology: An international Review*, 45(3), 263-288.

- Seymour, E. & Buscherhof, J. R. (1991). Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample. *Int. J. Nurs. Stud.*, 28(2), 109 - 124.
- Smith, C. M. & Maurer, F. A. (1995). *Community health nursing: theory and practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Snelgrove, S. R. (1998). *Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses*, 6, 97-104.
- Soder, M. (1999). Welche Auswirkungen und Bedeutung hat die Höhere Fachausbildung in Krankenpflege, Stufe I, auf die weitere berufliche Entwicklung und Arbeitszufriedenheit der Absolventinnen? *Pflege*, 12, 43-51.
- Spirig, R., Petry, H., Kesselring, A. & De Geest, S. (2001). Visionen für die Zukunft - die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. *Pflege*, 14, 141-151.
- Spitex. (2000). *Mitteilungsblatt*. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Spitex. (2001). , [Internet]. Spitexverband Schweiz, Bern.
- SRK. (1996,). Gesundheitsschwester/-Pfleger. *Kurzdok*, pp. 2.
- SRK (Ed.). (2000). *Pflegeberufe*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Berufsbildung.
- SRK. (2001, 2.7.01). *Vernehmlassung*, [Internet]. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Tovey, E. J. & Adams, A. (1999). The changing nature of nurse's job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Traynor, M. (1994). The views and values of community nurses and their managers: research in progress - one person's pain, another person's vision. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 101-109.
- Traynor, M. & Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-136.
- Van der Zee, J., Kramer, K., Derksen, A., Kerkstra, A. & F.C.J., S. (1994). Community nursing in Belgium, Germany and the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 791-801.
- Van Rossum, E. (2000, 15.12.00). *Operationalization of Variables*. Paper presented at the Vorlesung, WE'G Aarau.
- Veldhoven, V. M. & Meijman, T. (1994). Vragenlijst en Beleving en Beoordeling van de arbeid (VBBA) : Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA).
- Wade, E. (1993). The job satisfaction of the health visitors, district nurses and practice nurses working in areas served by four trusts: year 1. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 992-1004.
- Wade, G. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 310-318.
- Walker, L. O. & Avant, K. C. (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Weyermann, U. (Ed.). (2001). *Gesundheitswesen der Schweiz 2001/2002* (Vol. 1.). Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer.
- Widmer, M. (1988). *Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit*. (Vol. 40). Aarau: Schriftenreihe des SKI.
- Williams, B. (1997). Why students choose nursing? *Journal of Nursing Education*, 36(7), 346-348.

- Wohlfender, D. (1999). *Langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege*. Unpublished Master in Nursing Science, Maastricht, Aarau.
- Woodcox, V., Underwood, J., Isaacs, S. & Chambers, L. (1994). Public Health Nurses' Quality of Worklife: Responses to Organizational Changes. *Canadian Journal of Public Health* (May-June), 185-187.
- Yamashita, M. (1995). Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 158-164.
- Young, L. (2001). Information über verschiedene Ausbildungen und Aufgaben von Krankenschwestern: The Royal College of Nursing of the United Kingdom.

10 ANHANG I, TABELLEN

Kanton	Einwohnerzahl (BFS, 2001)	Gebiet	Anzahl angefragte Betriebe	Anzahl Betriebe, die zugesagt haben	Anzahl verschickte Fragebögen, Kanton	Anzahl verschickte Fragebögen, Gebiet	Rücklaufquote Kanton	Rücklaufquote Gebiet	Rang
Zug	97'800	Ganzer Kanton,	10	10	97 (100%)	30	59 (60.8%)	15 (50%)	3.
		Stadt Zug	2	2 (100%)					
		rurales Gebiet	8	8 (100%)	67					44 (65.7%)	1.
Basel - Stadt	188'500	Städtisches Gebiet/Aggl.	9	6	118 (97%)	118	56 (47.5%)		4.
Zürich, nur Stadt	360'980	Städtisches Gebiet	18	17	284 (94%)	284	120 (42.3%)		6.
Aargau	240'600	Ganzer Kanton	81	75	494 (93%)	91	284 (57.5%)	39 (42.9%)	5.
		Städtisch: Aarau/Suhr Baden/Wettigen	4	4 (100%)					
		rurales Gebiet	83	77(92.8%)	403					245 (60.8%)	2.
Ungültige Fragebogen							18 (3,4%)		
Total			119	108	993	Städt. Gebiet: 523 Nichtstädt. Geb.: 470	537 (54,1%)	Städt. Gebiet: 231 (44,1%) Nichtstädt. Gebiet: 289 (55,9%)	

Tabelle 13: Anzahl verschickter Fragebogen und Rücklaufquoten in den Kantonen und Gebieten.

Skalenniveau der Untersuchungsvariablen

Soziodemographische und betriebliche Variablen	Beispiele	Datensorten
Alter	Anzahl Lebensjahre	stetig
Geschlecht	männlich/weiblich	nominal
Zivilstand	Verheiratet, ledig etc.	nominal
Berufsjahre, Betriebszugehörigkeit	Anzahl Jahre	stetig
Funktion der Informantin	Leitungsfunktion etc.	nominal
Ausbildungsniveau der Informantin	Krankenschwester, Hauspflegerin etc.	nominal
Funktionen und Ausbildungsniveaus und vorhanden im Betrieb	Qualitätsbeauftragte, Betriebsleiterin oder Betagtenbetreuerin, etc.	nominal
Größe der Betriebe	Anzahl Mitarbeiterinnen	ordinal
Kanton	AG, ZH, ZG,BS	nominal
Fragebogen		
FAPA	6 Stufen, nach Intensität	ordinal
Spezifische AZ	VAS	stetig
Fluktuationsabsicht	5 Stufen, nach Intensität	ordinal

Tabelle 14: Skalenniveau der Untersuchungsvariablen anhand einiger Beispiele

Überprüfung der Fragebogen

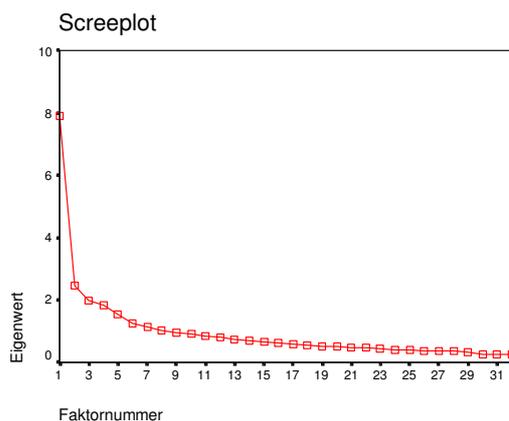


Abbildung 6: Screeplot zur Faktorenanalyse

Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Vorrechte&Privilegien	.753				
spezielle Aufgaben anvertraut	.750				
Freiheiten erarbeitet	.726				
spezifische Kenntnisse	.704				
Heute mehr zu sagen	.695				
Gesetze und Regeln	.578				
Am Liebsten	.567				
Vorlieben	.566				
gut eingearbeitet	.546				
Tüchtigkeit erkannt	.521				
Stärken&Schwächen	.517				
Reaktion Vorgesetzter bekannt	.426				
Effizienz	.400				
Umgang mit Schwierigkeiten		.644			
mehr Stress am Anfang		.625			
mit Zeitnot besser umgehen		.615			
Dauer Einlebung		.599			
Leichtigkeit		.573			
Tätigkeit im Griff		.545			
Zu Hause		.533			
Lernen am Arbeitsplatz		.519			
persönlich kennen			.827		
ans Herz gewachsen			.782		
Reaktion in schwierigen Situationen			.651		
Hilfe bekommen			.482		
guter Kontakt zu Patienten				.737	
Patienten ans Herz gewachsen				.706	
In und auswendig				.467	
Alter Hase				.410	
Familie					.736
Freizeit					.675
Privatleben					.653

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Tabelle 15: Dimensionen der Faktorenanalyse

Demographische Daten

Zivilstand * Gebiet Kreuztabelle

			Gebiet		Gesamt
			nicht städtisches Gebiet	städtisches Gebiet	
Zivilstand	Verheiratet/Partner	Anzahl	204	120	324
		% von Zivilstand	63.0%	37.0%	100.0%
	Ledig	Anzahl	44	70	114
		% von Zivilstand	38.6%	61.4%	100.0%
	Geschieden	Anzahl	28	32	60
		% von Zivilstand	46.7%	53.3%	100.0%
	Verwitwet	Anzahl	13	6	19
		% von Zivilstand	68.4%	31.6%	100.0%
Gesamt		Anzahl	289	228	517
		% von Zivilstand	55.9%	44.1%	100.0%

Tabelle 16: Zivilstand der ausgebildeten Mitarbeiterinnen (MA) in der SpiteX

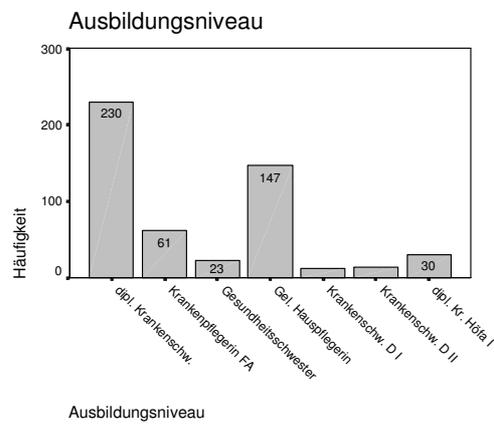


Abbildung 7: Ausbildungsniveaus der Informatinnen

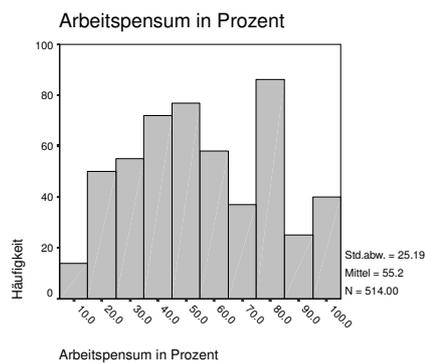


Abbildung 8: Anstellungspensen der Informatinnen in %

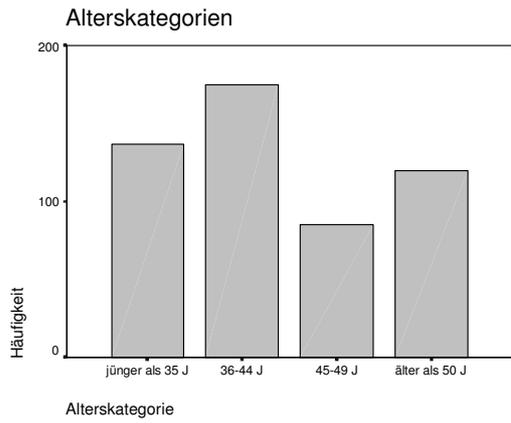


Abbildung 9: Informantinnen pro Altersklasse

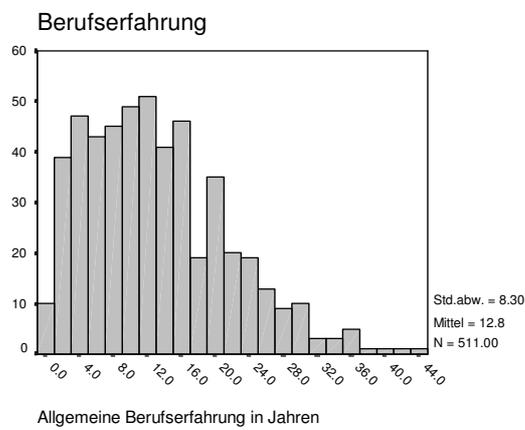


Abbildung 10: Allgemeine Berufserfahrung in Jahren

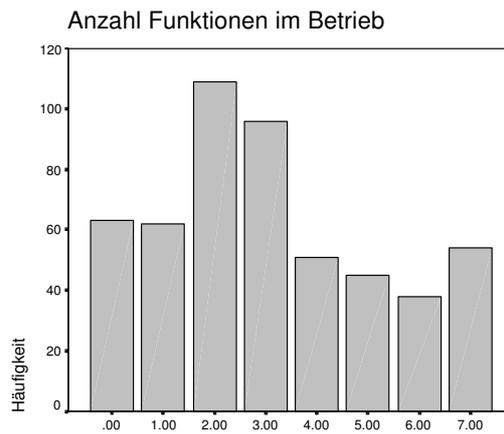


Abbildung 11: Anzahl verschiedener Funktionen in Spitexbetrieben

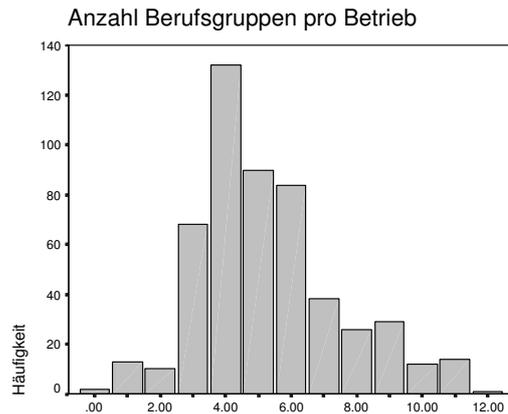


Abbildung 12: Anzahl verschiedener Berufsgruppen im Betrieb

Ränge

	Gebiet	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Anzahl Kinder im Haushalt	nicht städtisches Gebiet	283	283.17	80136.00
	städtisches Gebiet	224	217.15	48642.00
	Gesamt	507		

Statistik für Test^a

	Anzahl Kinder im Haushalt
Mann-Whitney-U	23442.000
Wilcoxon-W	48642.000
Z	-5.369
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000

a. Gruppenvariable: Gebiet

Tabelle 17: Unterschied zwischen dem städtischen und nichtstädtischen Gebiet bezüglich der Anzahl Kinder

Adaptive Prozesse und Zeitvariable (Hypothese 3)

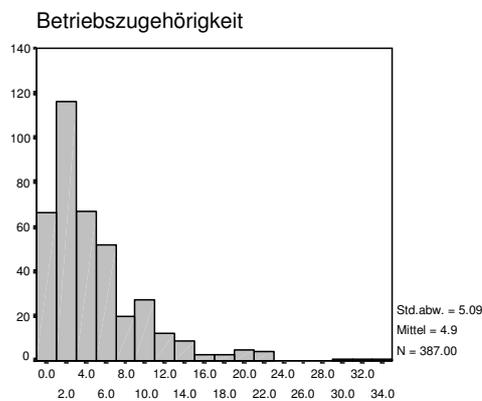


Abbildung 13: Dauer der Betriebszugehörigkeit (in Jahren)

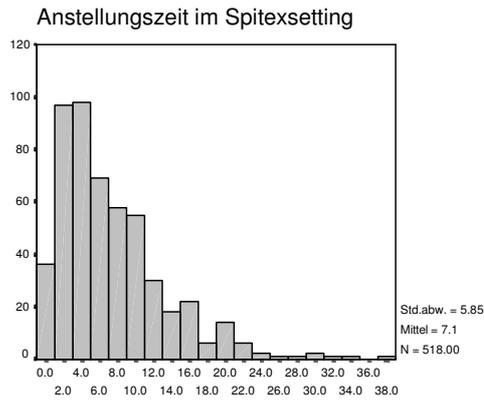


Abbildung 14: Anstellungszeit im Spitexsetting

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.216 ^a	.047	.043	.6264

- a. Einflussvariablen : (Konstante), Arbeitspensum in Prozent, Betriebszugehörigkeit (DBZ)
 b. Abhängige Variable: FAPA Mittelwert

ANOVA^b

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	9.718	2	4.859	12.385	.000 ^a
	Residuen	198.911	507	.392		
	Gesamt	208.630	509			

- a. Einflussvariablen : (Konstante), Arbeitspensum in Prozent, Betriebszugehörigkeit (DBZ)
 b. Abhängige Variable: FAPA Mittelwert

Koeffizienten^f

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall für B	
		B	Standardfehler	Beta			Untergrenze	Obergrenze
1	(Konstante)	3.493	.072		48.495	.000	3.351	3.634
	DBZ	1.857E-02	.005	.155	3.566	.000	.008	.029
	Arbeitspensum in Prozent	3.705E-03	.001	.146	3.361	.001	.002	.006

- a. Abhängige Variable: FAPA Mittelwert

Tabelle 18: Schlussmodell der multiplen linearen Regression der Hypothese 3

Adaptive Prozesse und Spezialisierung

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nein	398	236.81	94249.50
Mittelwert	ja	120	334.76	40171.50
Gesamt		518		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	14848.500
Wilcoxon-W	94249.500
Z	-6.284
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000

a. Gruppenvariable: leitende Funktion

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nein	341	228.49	77913.50
Mittelwert	ja	173	314.69	54441.50
Gesamt		514		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	19602.500
Wilcoxon-W	77913.500
Z	-6.219
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.000

a. Gruppenvariable: beratende Funktion

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nein	429	250.23	107349.50
Mittelwert	ja	86	296.75	25520.50
Gesamt		515		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	15114.500
Wilcoxon-W	107349.500
Z	-2.646
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.008

a. Gruppenvariable: Ausbildungsfunktion

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nein	356	244.85	87168.00
Mittelwert	ja	162	291.69	47253.00
Gesamt		518		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	23622.000
Wilcoxon-W	87168.000
Z	-3.302
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.001

a. Gruppenvariable: früher andere Funktion

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nein	458	253.70	116195.00
Mittelwert	ja	58	296.40	17191.00
Gesamt		516		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	11084.000
Wilcoxon-W	116195.000
Z	-2.055
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.040

a. Gruppenvariable: mehrere andere Funktionen

Tabelle 19: Mann-Whitney U-Tests zu den Unterschieden des FAPA M der Mitarbeiterinnen mit und ohne Funktionen

Adaptive Prozesse der Mitarbeiterinnen im städtischen und nichtstädtischen Gebiet (Hypothese 5)

Ränge

	Gebiet	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FAPA	nicht städtisches Gebiet	289	254.67	73600.00
Mittelwert	städtisches Gebiet	230	266.70	61340.00
	Gesamt	519		

Statistik für Test^a

	FAPA Mittelwert
Mann-Whitney-U	31695.000
Wilcoxon-W	73600.000
Z	-.907
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	.364

a. Gruppenvariable: Gebiet

Tabelle 20: Mann-Whitney U-Test zum Vergleich des FAPA M in den Gebieten

Organisationsgrad tief_hoch * Kanton Kreuztabelle

Anzahl		Kanton				Gesamt
		AG	ZG	ZH	BS	
Organisationsgrad	tief	186	29	18	1	234
tief_hoch	hoch	98	30	101	55	284
Gesamt		284	59	119	56	518

Tabelle 21: Organisationsgrad der Spitexbetriebe in den Kantonen

Adaptive Prozesse und Ausbildungsniveaus

Ränge

Ausbildungsniveau		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	dipl. Krankenschw.	230	149.63	34414.50
	Krankenpflegerin FA SRK	61	132.32	8071.50
	Gesamt	291		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				6180.500
Wilcoxon-W				8071.500
Z				-1.428
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.153
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz			.154 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.145
		Obergrenze		.163
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz			.077 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.070
		Obergrenze		.083

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 2000000.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	dipl. Krankenschw.	230	126.97	29202.00
	Gesundheitsschwester	23	127.35	2929.00
	Gesamt	253		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				2637.000
Wilcoxon-W				29202.000
Z				-.024
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.981
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz			.983 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.980
		Obergrenze		.986
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz			.494 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.481
		Obergrenze		.507

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 299883525.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	dipl. Krankenschw.	230	186.73	42947.50
	Gelernte Hauspflegerin	147	192.55	28305.50
	Gesamt	377		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				16382.500
Wilcoxon-W				42947.500
Z				-.506
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.613
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz			.610 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.598
		Obergrenze		.623
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz			.307 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.295
		Obergrenze		.318

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 926214481.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean dipl. Krankenschw.	230	123.87	28489.50
Krankenschw. D I	12	76.13	913.50
Gesamt	242		

Statistik für Test^b

			fapa mean
Mann-Whitney-U			835.500
Wilcoxon-W			913.500
Z			-2.303
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.021
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.019 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.015
		Obergrenze	.023
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.009 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.007
		Obergrenze	.012

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1314643744.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean dipl. Krankenschw.	230	121.91	28038.50
Krankenschw. D II	13	123.65	1607.50
Gesamt	243		

Statistik für Test^b

			fapa mean
Mann-Whitney-U			1473.500
Wilcoxon-W			28038.500
Z			-.087
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.931
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.932 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.925
		Obergrenze	.938
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.468 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.455
		Obergrenze	.481

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 624387341.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean Krankenpflegerin FA SRK	61	40.95	2498.00
Gesundheitsschwester	23	46.61	1072.00
Gesamt	84		

Statistik für Test^b

			fapa mean
Mann-Whitney-U			607.000
Wilcoxon-W			2498.000
Z			-.948
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.343
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.354 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.342
		Obergrenze	.367
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.177 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.167
		Obergrenze	.187

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 334431365.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenpflegerin FA SRK	61	92.75	5657.50
	Gelernte Hauspflegerin	147	109.38	16078.50
	Gesamt	208		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				3766.500
Wilcoxon-W				5657.500
Z				-1.815
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.070
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.071 ^a
			Obergrenze	.065
				.078
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.035 ^a
			Obergrenze	.030
				.040

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1502173562.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenpflegerin FA SRK	61	38.70	2361.00
	Krankenschw. D I	12	28.33	340.00
	Gesamt	73		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				262.000
Wilcoxon-W				340.000
Z				-1.548
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.122
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.116 ^a
			Obergrenze	.107
				.124
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.060 ^a
			Obergrenze	.053
				.066

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 743671174.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenpflegerin FA SRK	61	36.75	2242.00
	Krankenschw. D II	13	41.00	533.00
	Gesamt	74		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				351.000
Wilcoxon-W				2242.000
Z				-.646
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.518
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.527 ^a
			Obergrenze	.514
				.539
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.263 ^a
			Obergrenze	.252
				.274

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 957002199.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean Krankenpflegerin FA SRK	61	40.70	2483.00
dipl. Kr. Höfa I	30	56.77	1703.00
Gesamt	91		

Statistik für Test^b

			fapa mean
Mann-Whitney-U			592.000
Wilcoxon-W			2483.000
Z			-2.727
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.006
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.007 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.005
		Obergrenze	.009
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.003 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.002
		Obergrenze	.004

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 112562564.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean Gesundheitsschwester	23	84.35	1940.00
Gelernte Hauspflegerin	147	85.68	12595.00
Gesamt	170		

Statistik für Test^b

			fapa mean
Mann-Whitney-U			1664.000
Wilcoxon-W			1940.000
Z			-.121
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.904
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.905 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.897
		Obergrenze	.912
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.460 ^a
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.447
		Obergrenze	.473

a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 221623949.

b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean Gesundheitsschwester	23	19.74	454.00
Krankenschw. D I	12	14.67	176.00
Gesamt	35		

Statistik für Test^c

			fapa mean
Mann-Whitney-U			98.000
Wilcoxon-W			176.000
Z			-1.390
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)			.164
Exakte Signifikanz [2* (1-seitig Sig.)]			.172 ^a
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz		.165 ^b
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.155
		Obergrenze	.174
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz		.084 ^b
	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.077
		Obergrenze	.091

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 303130861.

c. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Gesundheitsschwester	23	18.70	430.00
	Krankenschw. D II	13	18.15	236.00
	Gesamt	36		

Statistik für Test^a

				fapa mean
Mann-Whitney-U				145.000
Wilcoxon-W				236.000
Z				-.148
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.882
Exakte Signifikanz [2* (1-seitig Sig.)]				.897 ^a
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.892 ^b
		Obergrenze		.884
				.900
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.444 ^b
		Obergrenze		.431
				.457

- a. Nicht für Bindungen korrigiert.
 b. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 92208573.
 c. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Gesundheitsschwester	23	24.26	558.00
	dipl. Kr. Höfa I	30	29.10	873.00
	Gesamt	53		

Statistik für Test^a

				fapa mean
Mann-Whitney-U				282.000
Wilcoxon-W				558.000
Z				-1.131
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.258
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.255 ^a
		Obergrenze		.244
				.266
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.127 ^a
		Obergrenze		.118
				.135

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1335104164.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Gelernte Hauspflegerin	147	82.57	12137.50
	Krankenschw. D I	12	48.54	582.50
	Gesamt	159		

Statistik für Test^a

				fapa mean
Mann-Whitney-U				504.500
Wilcoxon-W				582.500
Z				-2.462
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.014
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.012 ^a
		Obergrenze		.009
				.015
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz 99%-Konfidenzintervall	Untergrenze		.006 ^a
		Obergrenze		.004
				.008

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 329836257.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Gelernte Hauspflegerin	147	80.60	11848.50
	Krankenschw. D II	13	79.35	1031.50
	Gesamt	160		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				940.500
Wilcoxon-W				1031.500
Z				-.094
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.925
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.927 ^a
			Obergrenze	.920
				.934
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.465 ^a
			Obergrenze	.453
				.478

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1535910591.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Gelernte Hauspflegerin	147	85.85	12619.50
	dipl. Kr. Höfa I	30	104.45	3133.50
	Gesamt	177		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				1741.500
Wilcoxon-W				12619.500
Z				-1.812
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.070
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.071 ^a
			Obergrenze	.065
				.078
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.037 ^a
			Obergrenze	.032
				.042

- a. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1993510611.
 b. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenschw. D I	12	10.75	129.00
	Krankenschw. D II	13	15.08	196.00
	Gesamt	25		

Statistik für Test^b

				fapa mean
Mann-Whitney-U				51.000
Wilcoxon-W				129.000
Z				-1.470
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.142
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]				.152 ^a
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.149 ^b
			Obergrenze	.140
				.158
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.074 ^b
			Obergrenze	.068
				.081

- a. Nicht für Bindungen korrigiert.
 b. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1241531719.
 c. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenschw. D I	12	12.46	149.50
	dipl. Kr. Höfa I	30	25.12	753.50
	Gesamt	42		

Statistik für Testf

				fapa mean
Mann-Whitney-U				71.500
Wilcoxon-W				149.500
Z				-3.022
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.003
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]				.002 ^a
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.001
			Obergrenze	.003
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.001 ^b
			Obergrenze	.000

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 562334227.

c. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Ränge

	Ausbildungsniveau	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fapa mean	Krankenschw. D II	13	18.46	240.00
	dipl. Kr. Höfa I	30	23.53	706.00
	Gesamt	43		

Statistik für Testf

				fapa mean
Mann-Whitney-U				149.000
Wilcoxon-W				240.000
Z				-1.217
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)				.224
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]				.232 ^a
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.220
			Obergrenze	.242
Monte-Carlo-Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	Untergrenze	.117 ^b
			Obergrenze	.109

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Basiert auf 10000 Stichprobentabellen mit einem Startwert von 1556559737.

c. Gruppenvariable: Ausbildungsniveau

Tabelle 22: Paarweise Mann-Whitney U-Tests zu den Unterschieden zwischen den Ausbildungsniveaus

Adaptive Prozesse und Fluktuationsabsicht

Korrelationen

			weg von Gesundheitswesen	fapa mean
Kendall-Tau-b	weg von Gesundheitswesen	Korrelationskoeffizient	1.000	.031
		Sig. (2-seitig)	.	.361
		N	516	516
	fapa mean	Korrelationskoeffizient	.031	1.000
		Sig. (2-seitig)	.361	.
		N	516	519

Korrelationen

			fapa mean	andere Arbeit in Organisation
Kendall-Tau-b	fapa mean	Korrelationskoeffizient	1.000	-.037
		Sig. (2-seitig)	.	.292
		N	519	515
	andere Arbeit in Organisation	Korrelationskoeffizient	-.037	1.000
		Sig. (2-seitig)	.292	.
		N	515	515

Korrelationen

			fapa mean	weg von Organisation
Kendall-Tau-b	fapa mean	Korrelationskoeffizient	1.000	.048
		Sig. (2-seitig)	.	.148
		N	519	518
	weg von Organisation	Korrelationskoeffizient	.048	1.000
		Sig. (2-seitig)	.148	.
		N	518	518

Tabelle 23: Adaptive Prozesse und Fluktuationsabsicht

11 ANHANG II, FRAGEBOGEN

Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G), Aarau/CH
 Universität Maastricht, Fakultät der Gesundheitswissenschaften, Fachbereich
 Pflegewissenschaft, Maastricht/NL

Fragebogen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit

Johanna Niederberger-Burgherr, Krankenschwester, Studiengang Master in Nursing Science,
 St. Oswaldsgasse 18, 6300 Zug, 041 712 08 27 jo.niederberger@datazug.ch

Fragen zu Ihrer Person

Hinweis:

☞ Beantworten Sie **die Fragen**, indem Sie die Zahlen einsetzen oder eines der Kästchen hinter jeder Aussage **ankreuzen**.

Bitte geben Sie Ihr Alter (in Jahren) an:.....

Wie ist Ihr Geschlecht? Weiblich Männlich

Wie ist Ihr Zivilstand? Verheiratet / mit PartnerIn
Ledig
Geschieden
Verwitwet

Haben Sie Kinder? Nein Ja

Wenn ja, wieviele Kinder leben in Ihrem Haushalt?.....

– Welches ist Ihr höchster Ausbildungsgrad?

- diplomierte Krankenschwester² KWS, AKP, PsyKP
- Krankenpflegerin FA SRK
- Gesundheitsschwester
- gelernte Hauspflegerin
- Krankenschwester mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege D I
- Krankenschwester mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege D II
- Krankenschwester mit höherer Fachausbildung Stufe I mit folgendem Schwerpunkt.....

² Zugunsten der einfacheren Lesbarkeit und weil in der Spitex vor allem Frauen arbeiten, wird im folgenden Text ausschliesslich die weibliche Form angewendet. Angesprochen sind selbstverständlich auch Kollegen, Vorgesetzte, Patienten, Kunden etc.

Wieviel Berufserfahrung haben Sie (seit dem Abschluss der Grundausbildung)?

..... Jahr (e) und.....Monate(e)

Wieviele Jahre arbeiten Sie in der Spitex?

..... Jahr (e) und.....Monate(e)

Wie lange arbeiten Sie an der jetzigen Stelle?

..... Jahr (e) und.....Monate(e)

Arbeiten Sie im Vollzeit- oder Teilzeitpensum?

Vollzeit Teilzeit

Wie viele %?.....

Hatten Sie seit Eintritt in den Betrieb andere Anstellungspensen Ja Nein

Wie viele Stunden arbeiten Sie in Ihrer derzeitigen Stelle durchschnittlich pro Woche (inkl. Überstunden)?

.....Stunden

Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine leitende Funktion?

Ja Nein

Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine beratende Funktion?

Ja Nein

Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine Ausbildungsfunktion?

Ja Nein

Hatten Sie zu einem früheren Zeitpunkt an Ihrer jetzigen Stelle eine andere Funktion als heute?

Ja Nein

Hatten Sie seit Eintritt in den Betrieb mehrere andere Funktionen als heute?

Ja Nein

Angaben zum **Spitex – Zentrum** oder **Spitex Stützpunkt**

Hat Ihr Spitex-Zentrum innerhalb der letzten 2 Jahre mit einem anderen Betrieb fusioniert?

Ja Nein

Wurden in Ihrem Spitex - Zentrum innerhalb der letzten 2 Jahre tiefgreifende Änderungen unternommen?

Ja Nein

Wieviele MitarbeiterInnen arbeiten in Ihrem Spitex-Zentrum (alle Berufsgruppen/ mit oder ohne Ausbildung):.....

Welchen Berufsgruppen / Funktionen gehören die angestellten Mitarbeiterinnen an (bitte kreuzen Sie die Berufsgruppen aller Mitarbeiterinnen an):

- diplomierte Krankenschwestern KWS, PsyKP, AKP
- Krankenpflegerinnen FA SRK
- gelernte Hauspflegerinnen BIGA oder BBT
- Hauswirtschaftliche Angestellte
- Pflegehelferinnen SRK (Spitex – Spitin)
- Haushelferinnen
- Gesundheitsschwestern
- Pflegeassistentinnen mit Grundpflegekurs SRK
- Krankenschwestern mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege D I
- Krankenschwestern mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege D II
- Krankenschwestern mit höherer Fachausbildung Stufe I
mit folgendem Schwerpunkt.....
- administrative Mitarbeiterinnen
- Betagtenbetreuerinnen
- Mitarbeiterinnen in Ausbildung
- Betriebsleiterin
- Teamleiterinnen
- Qualitätsbeauftragte
- Ausbildungsbeauftragte
- "Abklärerin" des Pflegebedarfs
- andere.....

Die nachstehenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich im Laufe der Zeit eingelebt haben.

Hinweis:

☞ Geben Sie bitte bei jeder Frage an, **wie zufrieden** Sie momentan mit dem betreffenden Aspekt sind, indem Sie eines der Kästchen hinter jeder Aussage **ankreuzen**. Falls Sie keine Vorgesetzte haben, so überspringen Sie die Fragen mit dem *.

	gar nicht zutreffend	nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	eher zutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
Über die Dauer habe ich mich hier so eingelebt, dass mir vieles leichter fällt.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe an diesem Arbeitsplatz einiges lernen und erfahren müssen, um so weit zu kommen, wie ich heute bin.	<input type="checkbox"/>					
Ich kann mich hier schon als "alter Hase" bezeichnen.	<input type="checkbox"/>					
Ich kenne hier die ungeschriebenen Gesetze und Regeln etwas besser als die meisten anderen.	<input type="checkbox"/>					
Ich fühle mich in diesem Betrieb heute eher "zu Hause" als früher.	<input type="checkbox"/>					
Mit Schwierigkeiten in meiner Arbeit kann ich heute besser umgehen, als noch zu Beginn an dieser Stelle.	<input type="checkbox"/>					
Inzwischen kenne ich die Arbeiten, die es hier zu verrichten gibt, in- und auswendig.	<input type="checkbox"/>					
Ich kann hier mehr als früher an diesem Arbeitsplatz jene Arbeiten übernehmen, die mir am liebsten sind.	<input type="checkbox"/>					
Manche Aufgaben, die ich zu Beginn als schwierig wahrgenommen habe, erledige ich jetzt mit Leichtigkeit.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe hier Vorlieben für gewisse Arbeiten entwickelt, um die sich meine Arbeitskolleginnen gar nicht reissen.	<input type="checkbox"/>					
Mit der Zeit habe ich spezielle Aufgaben übernommen, die jetzt fast nur noch mir anvertraut werden.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe hier selbst Wege und Mittel entdeckt, meine Aufgaben effizienter und einfacher auszuführen.	<input type="checkbox"/>					
Je länger ich in diesem Betrieb bin, desto besser habe ich meine Tätigkeit im Griff.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe heute mehr Vorrechte / Privilegien als zu Beginn an dieser Stelle.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe heute mehr zu sagen als früher an diesem Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>					
* Meine Vorgesetzte weiss inzwischen genau, wo meine Stärken liegen und setzt mich entsprechend ein.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe mir bestimmte Freiheiten erarbeitet, die sich hier andere weniger nehmen dürfen.	<input type="checkbox"/>					
* Ich kann heute besser einschätzen als früher, wie meine Vorgesetzte in heiklen Situationen reagiert.	<input type="checkbox"/>					
Viele meiner Arbeitskolleginnen konnte ich im Verlauf meiner Arbeit auch persönlich gut kennenlernen.	<input type="checkbox"/>					

	gar nicht zutreffend	nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	eher zutreffend	zutreffend	sehr zutreffend
Viele meiner Arbeitskolleginnen sind mir hier ans Herz gewachsen.	<input type="checkbox"/>					
Ich kann heute besser einschätzen als früher, wie meine Kolleginnen in schwierigen Situationen reagieren.	<input type="checkbox"/>					
Ich weiss heute besser als früher, wer von meinen Arbeitskolleginnen mir weiterhelfen kann, wenn ich auf Schwierigkeiten stosse.	<input type="checkbox"/>					
Zu Beginn haben mich meine Aufgaben hier mehr gestresst als heute.	<input type="checkbox"/>					
Dank meiner Erfahrung an diesem Arbeitsplatz kann ich mit Zeitnot heute besser umgehen als zu Beginn.	<input type="checkbox"/>					
Da ich hier gut eingearbeitet bin, muss ich weniger um meinen Arbeitsplatz fürchten als andere.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe mir hier spezifische Kenntnisse angeeignet und bin deshalb nur schwer zu ersetzen.	<input type="checkbox"/>					
* Meine Vorgesetzten haben meine Tüchtigkeit und meine Qualitäten mit der Zeit erkannt, weshalb mir mein Arbeitsplatz sicherer ist als früher.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe mir im Verlauf meiner Tätigkeit hier einen guten Kontakt zu den Patientinnen/Kundinnen aufbauen können.	<input type="checkbox"/>					
Einige der Kundinnen / Patientinnen sind mir sogar sehr ans Herz gewachsen.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe meine Arbeit im Verlaufe meiner Beschäftigung hier so eingerichtet, dass sie sich besser mit meiner Familie, Partnerschaft oder meinen Freundschaften vereinbaren lässt.	<input type="checkbox"/>					
Da ich mir gewisse Freiheiten in diesem Betrieb erarbeitet habe, kann ich meine Freizeit besser nutzen.	<input type="checkbox"/>					
Heute kann ich mein Privatleben besser mit meiner Arbeit abstimmen als noch zu Beginn an dieser Stelle.	<input type="checkbox"/>					

☞ Geben Sie bitte auf den Linien an, **wie wichtig** Ihnen folgende Werte sind, indem Sie ein Kreuz auf der Linie zu jedem Wert machen.

- Abwechslungsreichtum in der Arbeit

unwichtig-----wichtig

- Interessante Aufgaben

unwichtig-----wichtig

- Arbeitszeit

unwichtig-----wichtig

- Sicherheit des Arbeitsplatzes

unwichtig-----wichtig

- **Kontaktmöglichkeiten**
unwichtig-----wichtig
- **Wenig Belastungsfaktoren (z.B. schweres Heben und Tragen etc.)**
unwichtig-----wichtig
- **Aufstiegschancen**
unwichtig-----wichtig
- **Verhältnis zu Kolleginnen**
unwichtig-----wichtig
- **Möglichkeit, die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten einzusetzen**
unwichtig-----wichtig
- **Angemessenheit von räumlichen Verhältnissen**
unwichtig-----wichtig
- **Informationspolitik der Organisation**
unwichtig-----wichtig
- **Verhältnis zu Vorgesetzten**
unwichtig-----wichtig
- **Lohn**
unwichtig-----wichtig
- **Möglichkeit, etwas Neues zu lernen**
unwichtig-----wichtig
- **Weiterbildungsmöglichkeiten**
unwichtig-----wichtig
- **Betriebsklima**
unwichtig-----wichtig
- **Sozialleistungen**
unwichtig-----wichtig

Hinweis:

☞ Beantworten Sie **Ihre Einschätzung**, indem Sie eines der Kästchen hinter jeder Aussage ankreuzen.

	trifft völlig zu	trifft ziemlich zu	trifft teils zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
Haben Sie die Absicht im Laufe des nächsten Jahres nach einer anderen Arbeit <i>ausserhalb der Organisation</i> Ausschau zu halten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie die Absicht im Laufe des nächsten Jahres nach einer anderen Arbeit <i>ausserhalb des Gesundheitswesens</i> Ausschau zu halten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie die Absicht im Laufe des nächsten Jahres nach einer anderen Arbeit <i>innerhalb der Organisation</i> Ausschau zu halten?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie die Absicht im Laufe des nächsten Jahres nach einer anderen Arbeit <i>innerhalb des Gesundheitswesens</i> Ausschau zu halten?	<input type="checkbox"/>				

Für Fragen oder Bemerkungen können Sie Kontakt mit mir aufnehmen:

☎ 041 712 08 27 oder 076 530 6274

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens

Johanna Niederberger

Der Fragebogen auf Seite 5 und 6 ist nach Semmer, N. und Reichmuth, P., Institut für Psychologie, Universität Bern, 1999.

Die Fragen auf Seite 7 zu den Gedanken, die Arbeitsstelle zu wechseln oder nicht sind aus dem Fragebogen zur Erhebung und Beurteilung von Arbeit von Veldhoven, Van M. und Meijman, T., Niederländisches Institut für Arbeitsbedingungen, Amsterdam, 1994 Fapa.doc

12 ANHANG III, BEGLEITBRIEF FÜR INFORMANTINNEN

Johanna Niederberger-Burgherr
St. Oswaldsgasse 18
6300 Zug

21.5.2001

Mitarbeiterin / Mitarbeiter
in der Spitex des
Kantons Aargau

Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit

Liebe Kollegin, lieber Kollege

Die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen hat Einfluss auf die Pflege der PatientInnen. Einige Betriebe der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) werden reorganisiert, diese Veränderungen beeinflussen das Leben der MitarbeiterInnen und ihre Arbeitszufriedenheit. Zum Abschluß meines Studiengangs „Master in Nursing Science“ möchte ich mit Hilfe von Fragebogen die Zufriedenheit und die mögliche Absicht eines Stellenwechsels untersuchen.

Durch die Teilnahme an der Studie tragen Sie aktiv bei, daß Verantwortliche Hinweise bekommen und organisatorische Maßnahmen treffen können, die im Sinne der Erhaltung der MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz und der Qualitätsentwicklung sind.

Sie sind eine erfahrene Fachperson und kennen sich in der Arbeitswelt in der Spitex aus. Deshalb ist Ihre Meinung für diese Umfrage wichtig. Ich bitte Sie den beigefügten Fragebogen auszufüllen. Sie benötigen dazu ca. 15 Minuten.

Es wird Ihnen **absolute Diskretion im Umgang mit den Angaben** zugesichert. Die Ergebnisse werden nur in zusammengefaßter Form weitergegeben, so daß keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sein werden. Der volle Datenschutz ist gewährleistet.

Ich bitte Sie, den Fragebogen direkt nach dem Ausfüllen, spätestens aber bis zum 18.Juni 2001 im beigefügten **adressierten und frankierten Briefumschlag** zurückzusenden.

Ich danke Ihnen herzlich für die Teilnahme an dieser Umfrage und wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Ausfüllen.

Sollten Sie Fragen haben, so rufen Sie mich an 041 712 08 27 oder 076 530 6274 oder schreiben Sie ein Email (jo.niederberger@datazug.ch).

Mit freundlichen Grüßen

Johanna Niederberger

13 ANHANG IV, BEGLEITBRIEF FÜR BETRIEBSLEITERINNEN

Johanna Niederberger-Burgherr
St. Oswaldsgasse 18
6300 Zug

21.5.2001

Umfrage Arbeitszufriedenheit – Telefonanruf vom 18.5.01

Sehr geehrte Frau

Als Krankenschwester mit Erfahrung in der Spitex schreibe ich meine Abschlussarbeit (Master in Nursing Science) über Arbeitszufriedenheit der ausgebildeten MitarbeiterInnen in der Spitex. Die Erhebung umfasst MitarbeiterInnen in den Kantonen BS, ZH, ZG und AG.

Zu diesem Zweck schicke ich Ihnen einen Fragebogen mit Begleitbrief (Hinweis auf Sinn und Ziel der Umfrage, Anonymität, Vorgehen) und frankiertem Rückantwortcouvert für jede MitarbeiterIn, die für eine Teilnahme in Frage kommt. Für das Ausfüllen benötigen die MitarbeiterInnen ca. 15 Minuten.

Wegen einer möglichst großen Homogenität der Stichprobe sind nur ausgebildete MitarbeiterInnen eingeschlossen: Diplomierte Krankenschwestern / Pfleger KWS, AKP, PsyKP, KrankenpflegerInnen FA SRK, Gesundheitsschwestern / Pfleger, gelernte HauspflegerInnen BBT oder BIGA, Krankenschwestern / Pfleger mit Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege D I oder DII.

Ich danke Ihnen für das Verteilen der Fragebogen.

Mit freundlichen Grüssen

Johanna Niederberger

Beilage: Fragebogen mit Begleitbrief und Rückantwortcouvert

14 ANHANG V, GLOSSAR

Autonomie (professionelle)

Autonomie ist ein komplexes multidimensionales Konzept, das durch persönliche Erfahrung, Werte und Sozialisation beeinflusst wird. Charakteristiken sind Beziehungen zu und Engagement für Patienten, kollegiale Interdependenz, Entscheidungsfähigkeit und die Wahrnehmung von Interessen für Patienten, Kontrolle über die eigene Arbeit und über die Arbeitsumgebung (Wade, 1999).

Belastung / Beanspruchung

Alle von aussen auf den Organismus einwirkenden Faktoren sind als Belastung zu verstehen. Die Auswirkungen der Belastungen führen zur Beanspruchung des Organismus. Bei gleicher Belastung kann die Beanspruchung je nach Person verschieden sein. Belastung und Beanspruchung sind neutral formulierte Begriffe, Stress hingegen ist mit einer negativen Konnotation verbunden (Semmer und Udris, 1993).

Burnout

Burnout ist ein spezielles Stress-Syndrom. Es beinhaltet emotionale Erschöpfung durch Überbelastung durch andere Personen, Depersonalisierung durch Abstufung gegenüber Klienten und reduzierte Leistungsfähigkeit (Semmer und Udris, 1993).

Einstellung

Motive und Fähigkeiten der Menschen im Umgang mit der Umwelt können als tatsächliche oder potentielle Quellen von Wohlbefinden oder Unbehagen sein. Die Einstellung kann als Bereitschaft der Person verstanden werden, Gegenstände ihrer Erfahrungswelt in bestimmter Weise aufzufassen, zu bewerten und zu behandeln. Arbeitszufriedenheit ist eine andere Bezeichnung für Einstellung zur Arbeit (Brandstätter, 1993).

Fluktuation

Fluktuation wird gleichgesetzt mit Stellenwechsel, Personalwechsel oder Arbeitsplatzwechsel. Es werden die inter- vs. intraorganisatorische Mobilität, die freiwillige vs. unfreiwillige Fluktuation, die soziale vs. biologische und vermeidbare vs. unvermeidbare Fluktuation unterschieden (Baillod, 1992).

„Morale“

Mit „morale“ wird der Grad der Identifizierung mit den Zielen der Arbeitsgruppe und entsprechend diszipliniertes Verhalten von „Arbeitsgruppenmoral“ verstanden (Bruggemann et al., 1975).

Kollegialität

Nicht hierarchische Beziehungen, Gruppenzusammenhalt, interpersonaler Austausch, arbeitsbezogenes und soziales Nehmen und Geben, Zusammenarbeit, Koordination und Kooperation im Entscheiden und Umsetzen von Entscheidungen (Hansen, 1995).

Konstrukt

Eine auf einen wissenschaftlichen Zweck zugeschnittene Abstraktion (LoBiondo-Wood und Haber, 1996).

Konzept

Abbild oder symbolische Darstellung einer abstrakten Idee (LoBiondo-Wood und Haber, 1996).

Leadership

Die Leiterin ist visionär, enthusiastisch, kommunikativ und am Arbeitsplatz sichtbar. Sie unterstützt und anerkennt Mitarbeiterinnen, hält sich an hohe Standards, fördert Weiterbildung und berufliche Entwicklung aller Mitarbeiterinnen. Sie hat einen hohen Status innerhalb und ausserhalb der Organisation (Scott et al., 1999).

„Lizenzierte praktische Krankenschwestern“

„Diplomierte Krankenschwestern“ haben nach dem Bachelor's Abschluß noch ein nationales Examen abgelegt. Nach bestandenem Examen, kann die Absolventin im Staat ihrer Wahl die Lizenz beantragen. „Praktische Krankenschwestern“ haben eine einjährige Ausbildung und arbeiten unter Aufsicht von „Diplomierten Krankenschwestern“ und tragen den Titel „Lizenzierte Praktische Krankenschwestern“ (Buckley-Viertel, 2001).

Organisationales Commitment

Organisationales Commitment ist charakterisiert durch einen festen Glauben an die Werte und Ziele in der Organisation und dem Willen Stark zu arbeiten und in der Organisation zu bleiben (McNeese-Smith und Van Servellen, 2000).

Public Health Nursing

Public Health Nursing sind dem Public Health Modell mit epidemiologischen Konzepten und der Identifikation von Risikogruppen zur Gesundheitsförderung verpflichtet. Sie arbeiten in der Gemeinde, in Schulen, Gesundheitsdiensten und Tuberkuloseprogrammen (Smith und Maurer, 1995).

Spitex-Verband Schweiz

Als Dachverband repräsentiert der Spitex-Verband Schweiz die Arbeitgeberinteressen der rund 750 gemeinnützigen lokalen Spitexorganisationen, die in 26 Kantonalverbänden organisiert sind (Spitex, 2001).

Soziotechnisches System

Es ist ein Zusammenspiel vom technischem Teilsystem, z.B. in der Spitex das Auto um zu den Klienten zu gelangen oder das Material für eine Wundpflege, und vom sozialen Teilsystem, der Mitarbeiterinnen der verschiedenen Dienste. Das technische System reagiert nach den Gesetzen der Naturwissenschaften und das soziale System hat einen Rückkoppelungsmechanismus und reagiert nach weniger voraussehbaren Gesetzen und Regeln (Niederberger, 1995).

Stress

Stress ist eine aversiv erlebte, von negativen Emotionen begleitete Beanspruchung (Semmer und Udris, 1993).