Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

"Arbeitszufriedenheit von MedizinerInnen:
Zusammenhang mit Stress und Depression"

Verfasserin

Nadine Jenko

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Juni 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuerin:	Univ. Prof. Dr. Ulrike Willinger

Danksagungen

Bei allen, die mir in meiner Studienzeit zur Seite standen, möchte ich mich erst einmal ganz herzlich bedanken, vor allem bei meinem Freund Peter, der mir besonders in schwierigen Zeiten meines Studiums (Diplomarbeit) mit Rat und Tat zur Seite stand und auf den ich mich immer verlassen konnte. Von der ersten Panikattacke bis zur letzten Zeile meiner Diplomarbeit hast du mir mehr geholfen, als du dir je denken kannst. Ich liebe dich!

Meine tiefe Wertschätzung gilt auch meiner Betreuerin Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Ulrike Willinger, die mich mit viel Engagement und wertvollen Anregungen durch meine Diplomarbeit geführt hat. Natürlich möchte ich mich auch bei Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar bedanken, die dieses interessante Projekt überhaupt erst ermöglicht hat. Ich danke für all ihre wertvollen Hinweise und Ratschläge aus den jeweiligen Fachgebieten.

Weiters bedanke ich mich bei meinen Freundinnen, die immer ein offenes Ohr für meine Probleme hatten und mich durch sämtliche Höhen und Tiefen während meines Studiums begleitet haben. Ihr seid die „Besten“.

Von ganzem Herzen danke ich aber meiner Familie, ganz besonders meinen Eltern, ohne deren großzügige und liebevolle Unterstützung jeglicher Art ich es niemals geschafft hätte. Danke, dass ihr immer für mich da wart, und dass ihr an mich geglaubt habt.

Auch möchte ich mich natürlich bei meiner Diplomarbeitskollegin Vera Bubich für die gute Zusammenarbeit bedanken.

Letztendlich bin ich auch den zahlreichen Medizinerinnen und Medizinern für das überaus bereitwillige und manchmal auch zeitraubende Ausfüllen des Fragebogens dankbar. Ohne deren tatkräftige Unterstützung und deren persönlichen Einsatz wäre die Untersuchung nicht möglich gewesen bzw. hätte nicht die in dieser Arbeit erbrachten Ergebnisse geliefert werden können.

DANKE!

Inhaltsverzeichnis

Anmerkung 1
Einleitung 2
1 Arbeitszufriedenheit 5
1.1 Definition 5
1.2 Abgrenzung Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation 6
1.3 Für wen ist die Erfassung der Arbeitszufriedenheit nützlich? 6
1.4 Modelle der Arbeitszufriedenheit 7
1.4.1 Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg 7
1.4.2 Modell der Determinanten der Arbeitszufriedenheit nach Lawler 8
1.4.3 Modell der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann 9
1.5 Geschlecht und Arbeitszufriedenheit 10
1.5.1 Geschlechter-Paradoxon 11
1.5.1.1 Lässt sich das Geschlechter-Paradoxon verallgemeinern? 12
1.5.2 Geschlechtsunterschiede bei der Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen 12
1.6 Psychische und physische Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit 14
2 Stress 16
2.1 Voraussetzungen für Stress 16
2.2 Definition von Stress 16
2.2.1 Stressoren 18
2.2.2 Akuter Stress und Chronischer Stress 19
2.2.3 Stressreaktionen 20
2.3 Stressmodelle 21
2.3.1 Allgemeines Adaptions-Syndrom von Selye 21
2.3.2 Transaktionales Stressmodell von Lazarus und Folkman 22
2.4 Stress bei ÄrztInnen 22
3 Depression 24
3.1 Definition 24
3.2 Ursachen der Depression 24
3.3 Klassifikation der Depression 25
3.3.1 Major Depression 26
3.3.2 Dysthyme Störung 27
3.3.3 Nicht näher bezeichnete Depressive Störung 28
3.4 Depression bei ÄrztInnen 28
4 Stress und Depression im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit 29
4.1 Stress und Arbeitszufriedenheit bei ÄrztInnen 29

4.2 Depression und Arbeitszufriedenheit bei ÄrztInnen 30
5 Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen 32
5.1 Zielsetzungen und Fragestellungen 32
5.2 Hypothesen 32
5.2.1 Zusammenhangshypothesen bezüglich Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen 32
5.2.2 Zusammenhangshypothesen bezüglich Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung 32
5.2.3 Zusammenhangshypothesen bezüglich den chronischen Stressdimensionen und der Depressionsausprägung 32
5.2.4 Ergänzende Hypothesen 33
6 Methode 34
6.1 Untersuchungsplan und intendierte Stichprobe 34
6.2 Untersuchungsdurchführung 35
6.2.1 Erhebungsinstrumente 36
6.2.1.1 Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) 36
6.2.1.2 Trier Inventar zum Chronischen Stress (TICS) 37
6.2.1.3 Allgemeine Depressionsskala (ADS) 39
6.2.1.4 Allgemeine Fragen zur Person 40
6.2.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung 41
6.2.2.1 Stichprobenumfang und Geschlechterverteilung 41
6.2.2.2 Alter und Geschlecht 42
6.2.2.3 Familienstand und Geschlecht 46
6.2.2.4 Anstellung und Geschlecht 48
6.2.2.5 Dienstverhältnis und Geschlecht 49
6.2.2.6 Leitung und Geschlecht 52
6.2.2.7 Arbeitsstunden und Geschlecht 54
7 Ergebnisse 57
7.1 Deskriptstatistik und Hypothesenprüfung 57
7.1.1 Deskriptivstatistik des Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) 57
7.1.2 Deskriptivstatistik des Fragebogens zum chronischen Stress (TICS) 58
7.1.3 Deskriptivstatistik des Fragebogens zur allgemeinen Depression (ADS) 58
7.1.4 Zusammenhangshypothesen 58
7.1.4.1 Zusammenhang zwischen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen 59
7.1.4.2 Zusammenhang zwischen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung. 66
7.1.4.3 Zusammenhang zwischen dem chronischen Stresserleben und dem Depressionserleben 67
7.1.5 Diskriminanzanalyse 69
7.1.5.1 Vorraussetzung der Diskriminanzanalyse 69

7.1.5.2 Ergebnisse 70
7.1.6 Unterschiedshypothese 72
8 Diskussion 79
8.1 Interpretation der Ergebnisse 79
8.1.1 Zusammenhangshypothesen 79
8.1.1.1 Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen 79
8.1.2 Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung 81
8.1.3 Zusammenhang zwischen Stressdimensionen und Depressionsausprägung 82
8.1.4 Erklärungswert des Geschlechts in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, des chronischen Stresserlebens und des Depressionserlebens 83
8.1.5 Arbeitszufriedenheit 84
8.1.6 Chronischer Stress 85
8.1.7 Depression 85
9 Zusammenfassung 86
10 Abstract 90
Literaturverzeichnis 92
Abbildungsverzeichnis 98
Tabellenverzeichnis 99
Anhang: Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit 101
Allgemeine Fragen zu Ihrer Person 101
Beschreibung der Arbeitssituation 102
Fragen bezüglich Ihrer Persönlichkeit 108
Fragen bezüglich Ihres Stresserlebens 111
Fragen bezüglich Ihrer Befindlichkeit (1) 114
Fragen bezüglich Ihrer Befindlichkeit (2) 115
Anhang: Lebenslauf 118

Anmerkung

Die empirische Untersuchung, die der Diplomarbeit zu Grunde liegt, wurde im Zuge einer gemeinsamen Datenerhebung mit Kollegin Vera Bubich durchgeführt, wobei der eingesetzte Fragebogen die Aspekte zweier Diplomarbeiten abgedeckt hat. Das heißt, es wurden dieselben Daten für zwei Diplomarbeiten herangezogen. Auch wurde teilweise dieselbe Literatur verwendet. Aus diesem Grund gibt es Überschneidungspunkte, die aber nicht als Plagiat zu verstehen sind.

Einleitung

> *„Der Erhalt der Gesundheit und das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden des arbeitstätigen Menschen sind unter dem Gesichtspunkt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der persönlichkeitsförderlichen Gestaltung des Arbeitslebens, wie auch unter sozialpolitischen und unternehmerischen Gesichtspunkten, ein zentrales Anliegen." (Frieling und Sonntag, 1999, S. 193, zitiert nach Kirchler, 2008, S. 242)*

Zufriedene und motivierte Mitarbeiter sind ein wesentlicher Bestandteil von erfolgreichen Unternehmen. Eine Person erlebt dann Zufriedenheit, wenn sie ihre Arbeit und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen schätzt. Wenn das nicht der Fall ist, wird solch eine Person unzufrieden sein (Weinert, 2004, S. 245). Jedoch variieren sehr oft die Arbeitsbedingungen von Unternehmen zu Unternehmen. Vor allem bei sehr verantwortungsvollen Berufen, wie z.B. jenem des Arztes, sollte versucht werden die Arbeitsbedingungen so angenehm wie möglich zu gestalten, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erhöhen.

Doch weiß man auch, dass die Tätigkeiten eines Arztes mit hohem Stress verbunden sind und oft negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. So leiden Ärzte häufig an Depressionen und sind dem Burnout nahe (Wolf-Ostermann & Gräske, 2008).

Deshalb lässt sich vermuten, dass die Arbeitszufriedenheit bei Ärzten nicht sehr hoch ausfällt, da sich die Arbeitszufriedenheit günstig auf das psychische und körperliche Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken sollte (Lieber, 2007). Stellt man sich jedoch einen „idealen Arzt" vor, so soll dieser psychisch stabil, stets hilfsbereit und wenn möglich kontinuierlich belastbar sein (Mundle et al., 2006). Dies ist Heutzutage nicht nur das Klischee der Allgemeinheit, sondern es wird auch vom Arzt selbst eingefordert (Haenel, 2008).

Aus diesem Grund haben meine Diplomarbeitskollegin Vera Bubich und ich den Auftrag erteilt bekommen die Arbeitszufriedenheit in einem Krankenhaus in Wien zu messen. In der nachfolgenden Arbeit sollen vor allem die Zusammenhänge der Arbeitszufriedenheit mit Stress und Depression näher erläutert werden, da in existierender Literatur oft Zusammenhänge beschrieben wurden (Simeons, Scott & Sibbald, 2002; Cooper, Rout & Faragher, 1989; Williams, Manwell, Konrad & Linzer,

2007; Coffey, Dugdill & Tattersall, 2004; Demir, Ay, Erbas, Özdil & Yasar, 2007; Lee, M. S., Lee, M., Liao & Chiang, 2009; Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz & Grzybowski, 2001). Des Weiteren soll ein besonderes Augenmerk auf die Geschlechtsunterschiede bezüglich der Arbeitszufriedenheit gelegt werden, da in der heutigen Zeit der Arbeitsmarkt noch immer von einer geschlechtsspezifischen Teilung, trotz rechtlicher Gleichstellung, geprägt ist. So sind Frauen und Männer noch immer in unterschiedlichen Berufen, Branchen und Tätigkeiten zu finden. Dies wird auch horizontale Segregation genannt. Zudem fällt auch auf, dass Frauen kaum in höheren Hierarchieebenen anzutreffen sind (vertikale Segregation). Nur ein kleiner Prozentsatz von Frauen befindet sich in Führungspositionen (Kirchler, 2008). Dies fällt auch besonders beim Beruf des Arztes auf. Hier gibt es immer noch „geschlechtstypische Fachgebiete“ (Buddeberg-Fischer & Klaghofer, 2003). Nach Wetterer (1998) sind Ärztinnen seit vielen Jahrzehnten häufig in der Anästhesiologie, der Psychiatrie, der Augen- und der Kinderheilkunde anzutreffen, während ihre männlichen Kollegen prestigeträchtige Gebiete wie Chirurgie, Orthopädie und Urologie bevorzugen.

Diese Umstände und viele andere lassen vermuten, dass sie sich auch auf die Arbeitszufriedenheit auswirken.

Im Weiteren soll ein Überblick über die vorliegende Arbeit gegeben werden. Grob lässt sich die Arbeit in einen theoretischen und einen empirischen Teil gliedern. Zu Beginn des Theorieteils wird auf den Begriff der Arbeitszufriedenheit näher eingegangen, da dieser das Kernstück der Arbeit bildet. Es werden unter anderem Definitionen und Modelle angeführt und beschrieben. Zudem werden Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit näher betrachtet.

Danach wird auf die Schwerpunkte Stress und Depression näher eingegangen. Hierzu werden Definitionen, Modelle und Klassifizierungsmöglichkeiten beschrieben und Ergebnisse aus Studien angeführt.

Im letzten Abschnitt des Theorieteils werden verschiedene Aspekte von Stress und Depression, unter Einbeziehung von Ergebnissen anderer Studien, mit der Arbeitszufriedenheit in Zusammenhang gebracht.

Nach dem theoretischen Teil folgen Hypothesen, welche mit Hilfe einer Stichprobe von MedizinerInnen untersucht wurden. Abschließend gibt es noch eine

Untersuchungsbeschreibung, die Ergebnisdarstellung und eine Diskussion der Ergebnisse, die aus der Befragung erhalten wurden.

I Theoretischer Teil

Der nachfolgende theoretische Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Analyse der Begriffe „Arbeitszufriedenheit“, „Stress“ und „Depression“. Diese erfolgt anhand einiger ausgewählter Definitionen, theoretischer Modelle zu den Begrifflichkeiten und anhand von wichtigen Untersuchungen in diesem Fachgebiet. Alle ausgewählten Untersuchungen haben als Stichprobe den Beruf der Ärztin bzw. des Arztes, da die vorliegende Untersuchung sich ebenfalls auf dieses Berufsbild bezieht. Die Stichprobe umfasst jedoch auch ÄrztInnen, die im Krankenhaus wissenschaftlich tätig sind und deswegen wird dann der Begriff der Medizinerin bzw. des Mediziners verwendet.

Am Ende folgen die Forschungshypothesen, welche von den Schlussfolgerungen des Theorieteils und den Ergebnissen der Untersuchungen abgeleitet wurden.

1 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit erfreut sich vor allem in englischsprachigen Ländern einer sehr langen Forschungstradition. Im deutschsprachigen Raum hat sich als Übersetzung des Begriffs „job satisfaction“ der Begriff der Arbeitszufriedenheit durchgesetzt. Damit ist gemeint, dass man zufrieden mit einem gegebenen betrieblichen Arbeitsverhältnis ist. Gleichzusetzen ist der Begriff jedoch nicht mit „Berufszufriedenheit“ oder „Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit“ (Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975).

1.1 Definition

Viele Forscher haben versucht den Begriff der Arbeitszufriedenheit zu definieren. Hier wird eine kleine Auswahl von den bestehenden Definitionen dargelegt:

- Nach Six und Felfe (2004), zitiert nach Nerdinger, Blickle und Schaper (2008) wird Arbeitszufriedenheit als eine Art Einstellung beschrieben. Sie setzt sich aus der emotionalen Reaktion auf die Arbeit, der Meinung über die Arbeit und der Bereitschaft, sich in der Arbeit in bestimmter Weise zu verhalten, zusammen.
- Für Neuberger und Allerbeck (1978) ist Arbeitszufriedenheit die kognitiv-evaluative Einstellung zur Arbeitssituation.

- Für Bruggemann et al. (1975, S. 19) bedeutet Arbeitszufriedenheit „Zufriedenheit mit einem gegebenen (betrieblichen) Arbeitsverhältnis“.
- Nach Weinert (2004) ist ein Beschäftigter dann mit seiner Arbeit zufrieden, wenn er positive Gefühle und eine positive Einstellungen gegenüber seiner Arbeit hat.

1.2 Abgrenzung Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation

Das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit steht in engem Zusammenhang mit anderen Aspekten. Besonders ist es mit dem Konstrukt der Arbeitsmotivation verknüpft. Deswegen soll im Weiteren eine Erklärung dieser beiden Begriffe folgen.

Bei der Arbeitsmotivation geht es hauptsächlich um das Verhalten. Für die Arbeitszufriedenheit hingegen spielen Gefühle und die Einstellung gegenüber der Arbeit eine wesentliche Rolle. Das Verhalten wird jedoch ebenfalls berücksichtigt (Weinert, 2004).

Demnach setzt sich die Arbeitszufriedenheit aus drei wichtigen Dimensionen zusammen (Weinert, 2004, S. 246):

- Sie ist eine emotionale Reaktion auf die Arbeitssituation.
- Sie ist davon bestimmt, in welchem Maße Arbeitsergebnisse unsere Erwartungen übertreffen.
- Sie steht für mehrere miteinander in Bezug stehende Einstellungen.

1.3 Für wen ist die Erfassung der Arbeitszufriedenheit nützlich?

Im Großen und Ganzen profitieren hauptsächlich vier Gruppen von der Erfassung der Arbeitszufriedenheit, die die Informationen für ihre Zielsetzungen verwenden können (Neuberger & Allerbeck, 1978):

- **Wissenschaftler** beschäftigen sich vorwiegend mit der Entwicklung und der Erforschung von Messverfahren und Zusammenhangsbedingungen.
- **Arbeitgeber bzw. Management** sind einerseits an der Bestandsaufnahme der innerbetrieblichen Situation interessiert und andererseits dient die Erfassung der Arbeitszufriedenheit auch als eine Art Frühwarnsystem, da ein Zusammenhang mit Krankenstand, Fluktuation, Unfälle etc. besteht. Des

Weiteren erhält man durch die Messung der Arbeitszufriedenheit Informationen über die Anpassung von Mensch und Arbeit.

- **Arbeitnehmer bzw. Betriebsrat** beteiligen sich vorwiegend bei Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit, um eine Verbesserungen der Arbeitssituation zu bewirken.
- **Politische Entscheidungsträger** profitieren durch die Erfassung wichtiger Anhaltspunkte für Initiativen, Eingriffe oder Beeinflussungen.

1.4 Modelle der Arbeitszufriedenheit

In der Literatur kann man viele unterschiedliche Modelle zur Arbeitszufriedenheit finden. Um den Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht zu sprengen, wurde in den folgenden Kapiteln eine Auswahl an Erklärungsansätzen getroffen. Die Bekanntesten sind nach Kirchler (2008) und Weinert (2004) zum Einen die „Zwei-Faktoren Theorie“ von Herzberg, Mausner und Snyderman (1959) und zum Anderen das „Modell der Determinanten der Arbeitszufriedenheit“ von Lawler (1973). Im deutschsprachigen Raum wurde von Bruggemann et al. (1975) ein weiteres interessantes Modell vorgelegt.

1.4.1 Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg

Herzberg et al. (1959) befragten im Rahmen der „Pittsburgh Studie“ Ingeneure und Buchhalter aus neun Konzernen nach Ereignissen und Faktoren, die zu hoher Zufriedenheit oder Unzufriedenheit geführt hatten.

So fanden sie heraus, dass arbeitende Menschen zwei Gruppen von Bedürfnissen besitzen und begründeten damit ihre Zwei-Faktoren-Theorie. Die Bedürfnisse gliedern sich einerseits in Hygienebedürfnisse und andererseits in Motivationsbedürfnisse.

Nach Weinert (2004, S. 253) besteht die Zwei-Faktoren-Theorie im Wesentlichen aus drei Behauptungen:

1. Die Hygienebedürfnisse beziehen sich auf die physiologische und psychologische Umwelt der Arbeit und die Motivationsbedürfnisse auf den Inhalt der Arbeit selbst. Beispiele für Hygiene- und Motivationsbedürfnisse sind in Tabelle 1 angeführt.

2. Wenn die Hygienebedürfnisse nicht erfüllt werden, sind die Mitarbeiter unzufrieden. Werden sie aber erfüllt, so sind die Mitarbeiter nicht zufrieden aber auch nicht unzufrieden. Sie befinden sich in einem neutralen Zustand.
3. Zufriedenheit empfinden die Mitarbeiter nur dann, wenn die Motivationsbedürfnisse erfüllt sind, sie sind dann motiviert. Bei Nichterfüllung dieser Bedürfnisse befinden sich die Mitarbeiter in einem neutralen Zustand. Sie sind nicht unzufrieden, aber auch nicht zufrieden, sie sind lediglich unmotiviert. Ein Betrieb der zufriedene und motivierte Mitarbeiter haben will muss demnach die Motivationsfaktoren vermehren. Die Verbesserung der Hygienefaktoren ermöglicht im Idealfall nur die Herstellung eines neutralen Zustands.

Tabelle 1: Beispiele für Hygiene- und Motivationsbedürfnisse (nach Herzberg et al., 1959)

Hygienebedürfnisse	Motivationsbedürfnisse
▪ Gehalt ▪ Zwischenmenschliche Beziehungen ▪ Fachliche Führung ▪ Unternehmenspolitik/Verwaltung ▪ Arbeitsbedingungen ▪ Persönliche Lebensumstände ▪ Status ▪ Sicherheit der Arbeitsstelle	▪ Möglichkeiten zum persönlichen Wachstum ▪ Weiterentwicklung ▪ Verantwortung ▪ Anerkennung ▪ Leistung

Demzufolge kann also zusammenfassend gesagt werden, dass nach der Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg et al. (1959) die Vermehrung der Motivationsfaktoren zur Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter führt.

1.4.2 Modell der Determinanten der Arbeitszufriedenheit nach Lawler

Nach Lawler's Modell der Determinanten (1973, zitiert nach Kirchler, 2008) sind Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit die Folgen aus dem Vergleich zwischen der subjektiv für angemessen empfundenen Belohnung (B_s) und der tatsächlichen Belohnung für die Arbeitsleistung (B_t). Stimmen die Erwartungen und der Ist-Zustand im Großen und Ganzen überein, so ist man zufrieden. Übertreffen jedoch die Erwartungen die tatsächlich erhaltenen Belohnungen, so wird Unzufriedenheit erlebt. Weiters haben Lawler und seine Mitarbeiter angenommen,

dass auch höhere Belohnungen, als jene die erwartet wurden, Schuldgefühle auslösen, die dann schließlich zur Unzufriedenheit führen könnten (siehe Abbildung 1).

Wenn $B_t \geq B_s$ → Mitarbeiter zufrieden (AZ)
Wenn $B_t < B_s$ → Mitarbeiter unzufrieden (AuZ)
Wenn $B_t > B_s$ → Mitarbeiter fühlt sich schuldig und ist somit unzufrieden (AuZ)

Abbildung 1: Lawler`s Modell der Determinanten der Arbeitszufriedenheit (1973)

Die Erwartungen der subjektiv für angemessen empfundenen Belohnungen resultieren aus (Kirchler, 2008, S. 249):

1. den subjektiv erlebten persönlichen Investitionen, die man in der Arbeit tätigt, wie Fähigkeiten, Erfahrungen, Anstrengung, Training, Fertigkeiten, Arbeitsleistungen.
2. den Investitionen, die Vergleichspersonen tätigen.
3. den wahrgenommenen Arbeitscharakteristika, wie Schwierigkeit der Arbeit und Verantwortung.

Die wahrgenommene Belohnungsmenge entsteht aus (Kirchler, 2008, S. 249):

1. den tatsächlich erhaltenen Belohnungen.
2. den Belohnungen, die Vergleichspersonen erhalten.

1.4.3 Modell der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann

Bruggemann et al. (1975) gehen davon aus, dass die Arbeitszufriedenheit, in positiver als auch in negativer Ausprägung, unterschiedliche Formen annehmen kann.

Für die Entstehung von verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit sind folgende Prozesse von großer Bedeutung:

- Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen zu einem gegebenen Zeitpunkt.

- Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchniveaus als Folge von Befriedigung oder Nicht-Befriedigung.
- Problemlösung, Problemfixierung, Problemverdrängung im Falle der Nicht-Befriedigung.

Nach Bruggemann et al. (1975) ist die Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit durch einen Vergleich zwischen den eigenen Bedürfnissen/Erwartungen (SOLL) und dem realen Zustand (IST) bestimmt.

Ist der Vergleich zwischen dem Ist und dem Soll-Zustand positiv, so führt dies zu einer stabilisierenden Zufriedenheit. Hier lassen sich zwei Formen der Arbeitszufriedenheit erkennen.

- Bleibt das Anspruchsniveau stabil → „stabilisierte Arbeitszufriedenheit“.
- Erhöht sich das Anspruchsniveau → „progressive Arbeitszufriedenheit“.

Kommt es zu Divergenzen im Ist-/Soll-Vergleich, so führt dies zu einer diffusen Unzufriedenheit. In diesem Zustand lassen sich vier Formen der Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit unterscheiden.

- Senkt sich das Anspruchsniveau führt dies zu einer → „resignativen Arbeitszufriedenheit“.
- Wird das Anspruchsniveau beibehalten, so kann es zu einer „Pseudoarbeitszufriedenheit“ kommen, wenn man seine Wahrnehmung verfälscht.
- Werden keine Problemlösungsversuche unternommen, so kommt es zur „fixierten Arbeitsunzufriedenheit“.
- Sucht man nach einer konstruktiven Verbesserung, so wird dies „konstruktive Arbeitsunzufriedenheit“ genannt.

Es muss davon ausgegangen werden, dass zu verschiedenen Zeitpunkten bei ein und demselben Arbeitenden verschiede Formen von Arbeitszufriedenheit herrschen können.

1.5 Geschlecht und Arbeitszufriedenheit

Frauen machen seltener Karriere als Männer und weltweit sind Frauen im Vergleich zu Männern in Führungspositionen unterrepräsentiert. Gründe dafür liegen im

komplexen Zusammenwirken sozialer und psychologischer Barrieren. So werden Frauen oft unterschätzt, da man dazu neigt Führungsqualifikationen, wie etwa Selbstsicherheit, eher mit dem männlichen als mit dem weiblichen Geschlecht in Verbindung zu bringen (Sieverding, 2003; Hannover & Kessels, 2003). So werten Frauen ihre eigene Leistung oft selbst ab. Dies zeigt auch eine Studie von Sieverding (2003). Hier schätzten sich Frauen zu allen Zeitpunkten dieser Untersuchung schlechter, und demnach erfolgloser ein.

Nach Bruggemann et al. (1975) hat das Geschlecht auch in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit eine wesentliche Bedeutung, vor allem weil berufstätige Frauen, wie wir in der Einleitung gehört haben, am Arbeitsmarkt noch immer eine untergeordnete Rolle spielen. Bruggemann und ihre Mitarbeiter führten vier Aspekte an, weswegen Frauen in Vergleich zu ihren männlichen Kollegen in der Arbeit unzufriedener bzw. zufriedener sein könnten. So ist dies der Aspekt, dass Frauen häufiger in weniger qualifizierten und anspruchsvollen Positionen zu finden, und daher auch unzufriedener als ihre männlichen Kollegen, sind. Auch werden Frauen selbst bei gleicher Qualifikation und Tätigkeit auch heute noch vielfach unterbezahlt, was weiter zur Unzufriedenheit beiträgt. Da Frauen oft zusätzlich eine Familie zu versorgen haben streben sie häufig eine weniger fordernde Arbeit an. Wegen dieser Doppelbelastung geben sie sich dann oft mir weniger zufrieden, was wiederum die Arbeitszufriedenheit von ihnen erhöht. Nicht zuletzt spielt auch das Selbstbild der Frau eine wesentliche Rolle. Je nachdem, ob es sich um eine eher traditionelle oder emanzipierte Frau handelt, wirkt sich das Selbstbild sehr unterschiedlich auf die Zufriedenheit aus.

1.5.1 Geschlechter-Paradoxon

Betrachtet man die Literatur zur Arbeitszufriedenheit, findet man ein viel diskutiertes Gender-Paradoxon. Nach diesem Paradoxon weisen Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Arbeitszufriedenheit auf, trotz schlechterer Arbeitsbedingungen, Lohndiskriminierung und schlechterer Aufstiegschancen (Clark, 1997; Curtice, 1993).

So ist es nicht verwunderlich, dass zahlreiche Autoren versuchten sich mit diesen Phänomen auseinanderzusetzen um mögliche Erklärungsansätze zu liefern. Einen möglichen Ansatz lieferte Clark (1997). Er meinte, dass die hohe Arbeitszufriedenheit bei Frauen nichts damit zu tun hätte, dass ihre Berufe besser seien als jene der

Männer. Möglicherweise ist ihre Arbeitszufriedenheit jedoch höher, weil ihre Jobs in der Vergangenheit als schlecht angesehen wurden und deswegen ihre Erwartungen demzufolge geringer sind.

1.5.1.1 Lässt sich das Geschlechter-Paradoxon verallgemeinern?

Sousa-Poza (2000) stellte bei seiner Studie, die er in mehreren Ländern durchgeführt hatte fest, dass das Paradoxon kein weltweites Phänomen ist. Von 21 untersuchten Ländern, wiesen lediglich in acht Ländern Frauen eine höhere Arbeitszufriedenheit auf als Männer. In vier Fällen war der Unterschied jedoch nur etwas größer als 5%. Vor allem in Großbritannien und in den Vereinigten Staaten waren Frauen zufriedener als in anderen Ländern, trotz schlechterer Bedingungen. Mit seiner Studie konnte Souza-Poza jedoch nicht herausfinden warum das Gender-Paradoxon vor allem ein Phänomen im englischsprachigen Raum ist.

Laut Clark (1997) und Sousa-Poza (2003) sei das Paradoxon wegen der verbesserten Situation am Arbeitsmarkt und den höheren Erwartungen der Frauen, aber nur ein vorübergehendes Phänomen. Meist verschwindet das Phänomen bei jüngeren Arbeitskräften und bei jenen, die einen höheren Bildungsstand haben.

Royality (1998, zitiert nach Donohue & Heywood, 2004) zeigte, dass die Erwartungen von jüngeren Frauen immer mehr den Erwartungen von jungen Männern entsprechen, bei vergleichbarer Anstellung, Ausbildung bzw. Erfahrung im Beruf.

Aufgrund der erwähnten Studien kann man feststellen, dass sich das Geschlechter-Paradoxon nicht verallgemeinern lässt.

1.5.2 Geschlechtsunterschiede bei der Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen

Für die vorliegende Untersuchung wurden Medizinerinnen und Mediziner als Stichprobe herangezogen. Ein Ziel war unter anderem die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit aufzudecken. Deswegen wird in den nachfolgenden Studien auf die Ergebnisse in Bezug auf Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten näher eingegangen.

In einer Studie von Cooper et al. (1989) wurde festgestellt, dass Ärztinnen aufgrund der eigenen Verantwortung, der Freiheit in der Wahl der Arbeitsmethoden und der Vielfalt am Arbeitsplatz zufriedener sind als Ärzte.

Im Jahr 2000 wurde eine Studie von Sibbald, Enzer, Cooper, Rout und Sutherland veröffentlicht, welche die Arbeitszufriedenheit in drei hintereinander folgenden Jahren 1987, 1990 und 1998 maß. Als Ergebnis kam heraus, dass die Arbeitszufriedenheit insgesamt gesehen von 1987 bis 1990 abnahm und von 1990 bis 1998 zunahm. Auch in dieser Studie kam heraus, dass in allen drei Jahren Ärztinnen zufriedener als Ärzte waren.

Auch Jurkat und Reimer (2001) untersuchten in zwei empirischen Querschnittsuntersuchungen die Lebens- und Arbeitszufriedenheit von 275 Ärztinnen und Ärzten in Hessen. Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 39,7 Jahre und das der Männer lag bei 44 Jahren. Vor allem interessierten sie sich dafür, Geschlechtsunterschiede bezüglich der Zufriedenheit festzustellen. Wie in den anderen erwähnten Studien fanden sie auch heraus, dass bei beiden Geschlechtern eine recht hohe Arbeitszufriedenheit herrscht, wobei sich Ärztinnen zufriedener (58,3%) äußerten, als ihre männlichen Kollegen (51,0%), wie auch in Abbildung 2 ersichtlich wird.

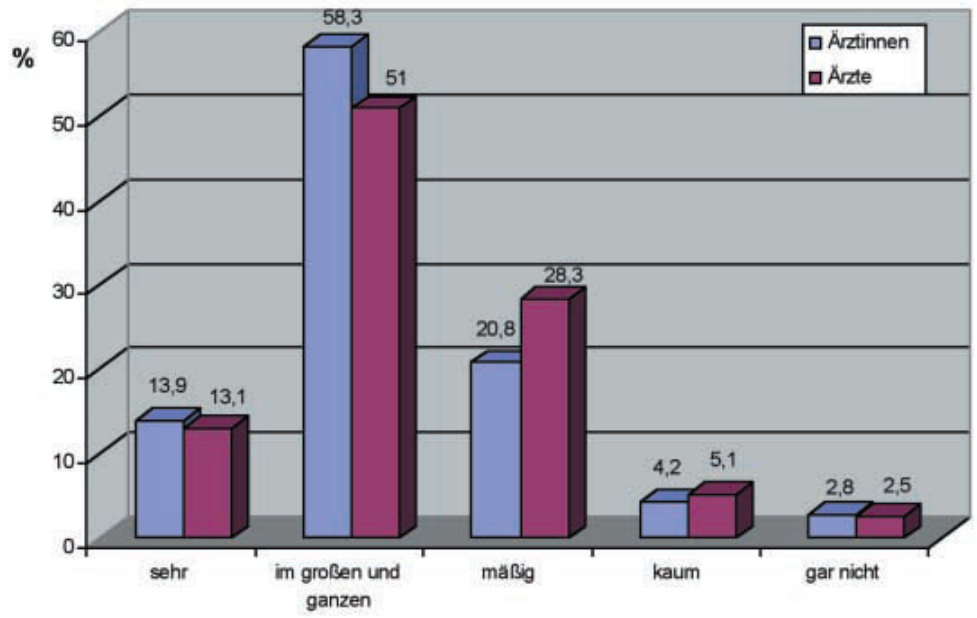


Abbildung 2: Zufriedenheit der ÄrztInnen (Jurkat & Reimer, 2001)

Nylenna, Gulbrandsen, Forde und Aasland (2005) untersuchten die Arbeits- und Lebenszufriedenheit von ÄrztInnen in einem Spital in Norwegen im Jahr 2002 und verglichen dann die Ergebnisse mit Untersuchungen aus dem Jahr 1994 und 2000. Hier zeigte sich, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte glücklich sind. Es zeigte sich, dass in all den Jahren sowohl die Lebens als auch die Arbeitszufriedenheit zunahm. Jedoch ließen sich hier, im Gegensatz zu den anderen erwähnten Studien keine Geschlechtsunterschiede feststellen.

Duffy und Richard (2006) veröffentlichten ebenfalls eine Studie, bei der es keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Arbeitszufriedenheit zwischen den 763 untersuchten Ärztinnen und Ärzten gab. Weiters fanden sie heraus, dass folgende fünf Faktoren am besten die Arbeitszufriedenheit bestimmten: (1) Mitgefühl für Patienten, (2) Bedeutung der eigenen Leistung, (3) Kontinuität der Behandlung, (4) Autonomie und (5) persönliche Freizeit.

Bei der Untersuchung von Wada et al. (2009) hingegen kam wieder heraus, dass 55,4% der Ärzte und 61,4% der Ärztinnen zufrieden mit ihrer Arbeit waren. Ärzte assoziierten Arbeitszufriedenheit mit fairem Einkommen, guten Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit mit der Kariere und guten Beziehungen zu den Kollegen. Für Frauen war faires Gehalt und die Beziehung zu den Patienten wichtig.

In einer weiteren Studie von Wing-Wai Chan et al. (2010) wurde unter anderem die Arbeitszufriedenheit von ChirurgInnen erhoben. Die Stichprobe bestand aus 58 Frauen und 114 Männern. Im Durchschnitt waren Ärztinnen signifikant jünger als ihre männlichen Kollegen. Als Ergebnis der Untersuchung kam auch hier heraus, dass es keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Arbeitszufriedenheit gab.

1.6 Psychische und physische Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit

In den letzten Jahren wurde in der Arbeitszufriedenheitsforschung ein besonderes Augenmerk auf die negativen Konsequenzen, welche Arbeitsunzufriedenheit erzeugen, gelegt. So wollte man durch Forschungsarbeiten in Erfahrung bringen, wie sich die Arbeitsunzufriedenheit auf Körper und Seele auswirkt. Es wurden unter anderem Zusammenhänge mit Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen, Atmungsproblemen, Ermüdungserscheinungen, Magen- und Herzerkrankungen,

Unfähigkeit sich zu entspannen, psychosomatische Erkrankungen, Angst- und Spannungszuständen, festgestellt (Weinert, 2004).

2 Stress

In diesem Kapitel folgt zunächst eine Begriffsbestimmung und anschließend wird auf Stressoren, Stressreaktionen und Stressmodelle näher eingegangen. Am Schluss werden ausgewählte Ergebnisse von Studien, die sich alle auf dass Stresserleben von ÄrztInnen beziehen beleuchtet.

Nach Sapolsky (1994) gibt es neben den Gefühlen wie z.B. Glück, Trauer, Angst und Erstaunen auch noch ein Gefühl, das Menschen oft im Hintergrund angeben, Stress (Sapolsky, 1994, zitiert nach Zimbardo & Gerrig, 2008). In der heutigen Zeit ist ein stressfreies Leben kaum noch möglich, da die moderne Industriegesellschaft ein schnelles und hektisches Leben fordert. So kommt es vor, dass man sich für die zur Verfügung stehende Zeit zu viel vornimmt und das bedeutet gleich wieder Stress (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Stress muss aber nicht immer negativ sein, sondern er kann durchaus eine positive Wirkung haben, motivierend sein und aktivierend wirken. Dieser positive Stress wird als „Eustress“ bezeichnet, während Stress, der mit etwas Schlechtem in Verbindung gebracht wird, als „Distress“ bezeichnet wird (Kirchler, 2008).

2.1 Voraussetzungen für Stress

Nach Weinert (2004) gibt es zwei Grundvoraussetzungen, die erforderlich sind, um überhaupt Stress zu erzeugen:

- Man ist sich nicht im Klaren über das Ergebnis einer Situation sein.
- Der Person ist das Resultat wichtig.

2.2 Definition von Stress

Stress stammt vom lateinischen Verb „stringere“ ab und heißt übersetzt etwa zusammendrücken bzw. zusammenziehen (Litzcke & Schuh, 2007). Anfangs wurde das Wort „Stress“ jedoch nur von den Materialwissenschaftlern verwendet. Sie benutzten diesen Begriff um Kräfte bzw. Belastungen, die auf feste Körper einwirken und diese möglicherweise verformen, zu beschreiben. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts führte der österreichischen Arzt Hans Selye den Stressbegriff in der Medizin ein (Kaluza, 2007). Er definierte Stress als eine unspezifische Reaktion des Körpers, auf jede an ihn gestellte Anforderung (Litzcke & Schuh, 2007, S. 6).

Es gibt viele verschiedene Definitionen von Stress, da es sich hier um ein interdisziplinäres Forschungsgebiet handelt. Vor allem wird Stress von den Wissenschaftsdisziplinen wie der Organisations- und Personalpsychologie, der Medizin, der klinischen Psychologie und der Ingenieurs- bzw. der Arbeitspsychologie erforscht. Es gibt jedoch bei allen Definitionen eine Vielzahl von Aspekten des Stresses, über welche Forscher einer Meinung sind (Weinert, 2004):

- Physische und psychische Stimuli sind die Auslöser für Stress.
- Die Person reagiert auf einen dieser Stimuli.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen Stress, Zwängen und Anforderungen.

Kaluza (2007) geht von drei Bestandteilen des Stressgeschehens aus (siehe Abbildung 3). Er unterscheidet zum Einen die Stressauslöser (Stressoren). Diese umfassen jede Form von äußeren belastenden Bedingungen und Anforderungen.

Zum Anderen unterscheidet er die Stressreaktionen, welche die körperlichen und psychischen Antworten auf Stress widerspiegeln. Schließlich spielen auch noch die persönlichen Stressverstärker, wie persönliche Motive, Einstellungen und Bewertungen, mit denen wir an eine belastende Situation herangehen, eine wesentliche Rolle. Die persönlichen Stressverstärker sind auch häufig mitentscheidend dafür, ob und mit welcher Intensität Stressreaktionen in diesen Situationen auftreten.

Abbildung 3: Bestandteile des Stressgeschehens (Kaluza, 2007)

2.2.1 Stressoren

Litzcke und Schuh (2007, S. 6) bezeichnen physische, psychische und soziale Stimuli, welche Auslöser für Stress sind, als sogenannte Stressoren. Im Folgenden werden Beispiele für die drei Typen von Stressoren genannt:

- **Physische Stressoren**: Lärm, Hitze, Kälte, Temperaturschwankungen, Luftdruckänderungen, Hunger, Infektionen, Verletzungen, schwere körperliche Arbeit, langes Autofahren, Reizüberflutung, etc.
- **Psychische Stressoren**: Versagensängste, Überforderung, Unterforderung, Fremdbestimmung, Zeitmangel, Hetze, Kontrollverlust, etc.
- **Soziale Stressoren**: Konflikte, Isolation, ungebetener Besuch, Verlust vertrauter Menschen, Mobbing, etc.

Vor allem am Arbeitsplatz ist der Mensch einer Vielzahl von Stressfaktoren ausgesetzt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Einflussfaktoren auf den Menschen am Arbeitsplatz (Walter, 1993, zitiert nach Litzcke & Schuh 2007)

Organisatorische Belastungen	Soziale Belastung
▪ Arbeitsschwierigkeit ▪ Arbeitstempo ▪ Arbeitsumfang ▪ Arbeitsplatzabmessungen ▪ Gleitzeit ▪ Leistungsnormen ▪ Schicht- und Nachtarbeit ▪ Überstunden	▪ Einzelarbeit ▪ Gruppenarbeit ▪ Soziale Dichte/“Überbelegung“ ▪ Soziale Isolation/“Unterbelegung“ ▪ Konflikte ▪ Mobbing
Physische Belastungen	**Psychische Belastungen**
▪ Allseitige Muskelbelastung ▪ Einseitige Muskelbelastung ▪ Statische Muskelbelastung ▪ Beleuchtung ▪ Klima ▪ Lärm ▪ Schadstoffe ▪ Technische Einrichtung ▪ Werkstoffe	▪ Angst, Misserfolg, Tadel und negative folgen eigenen Verhaltens ▪ Arbeitsplatzunsicherheit ▪ Fehlende Anerkennung und Unterstützung ▪ Fehlende Entspannung und Erholung ▪ Fremdbestimmtheit ▪ Informationsmangel ▪ Betriebsklima ▪ Konkurrenzdruck ▪ Störungen ▪ Zeit- und Termindruck ▪ Unklare, widersprüchliche Aufträge ▪ Unterforderung (Monotonie, zu kleine Arbeitsinhalte) ▪ Verantwortungsdruck

2.2.2 Akuter Stress und Chronischer Stress

Akuter Stress und Chronischer Stress unterscheiden sich bezüglich ihrer Dauer. Während sich der akute Stress durch einen klaren Beginn und ein klares Ende auszeichnet, dauert der chronische Stress länger an (Zimbardo & Gerrig, 2008). In Tabelle 3 sind die wesentlichen Unterschiede zwischen akutem und chronischem Stress zusammengefasst.

Tabelle 3: Unterschiede zwischen akutem und chronischem Stress (zitiert nach Schulz, Schlotz und Becker, 2004)

Akuter Stress	Chronischer Stress
▪ Einmalige, außergewöhnliche Belastungen ▪ Beginn abrupt mit erkennbarem Anfang ▪ Belastung von relativ kurzer Dauer und erkennbarem Ende ▪ Mit neuen Anforderungen und wechselnden Umgebungsbedingungen verbunden ▪ Mangel bezüglich der Befriedigung relevanter Bedürfnisse spielt eine untergeordnete Rolle ▪ Tendenz sichtbar, besondere Bewältigungsmaßnahmen zur Stressreduktion einzusetzen	▪ Episodisch wiederkehrende Belastungen ▪ Beginn kann schleichend ohne erkennbaren Anfang sein ▪ Belastung von meist langer Dauer ohne erkennbares Ende ▪ Mit täglicher Routine und eher gleichbleibenden Umgebungsbedingungen verbunden ▪ Mangel an einer Befriedigung relevanter Bedürfnisse ist bedeutsam ▪ Keine Veranlassung, besondere Bewältigungsmaßnahmen zur Stressreduktion einzusetzen

Ob akuter Stress zu chronischen Stress wird, hängt vor allem von den Kompetenzen zur Stressbewältigung ab (Schulz et al., 2004).

Heute weiß man, dass chronischer Stress zur Beeinträchtigung der Gesundheit führt (Schultz & Schlotz, 1999). So kann nach Litzcke und Schuh (2007) chronischer Stress zu affektiven Störungen führen, wie zum Beispiel Depressionen. Nach Cox (1978, zitiert nach Weinert, 2004), kann Stress auch zur Arbeitsunzufriedenheit führen.

2.2.3 Stressreaktionen

Jeder Mensch geht anders mit der persönlichen Arbeitsbelastung um und nimmt sie auch unterschiedlich wahr. Die Stressreaktionen und die Folgen von Stress, sind vielfältiger Art. Einige dieser Konsequenzen können als Herausforderungen erlebt werden und sind somit positiv, aber viele sind negativ und werden als zersetzend und verwirrend erlebt (Weinert, 2004). Stressreaktionen können sich auf verschiedenen Ebenen zeigen. Nach Kaluza (2007, S. 9) werden drei Ebenen unterschieden:

- **Körperliche Ebene**: Unter Stress kommt es hier zu einer Vielzahl von Veränderungen. Spürbar ist z.B. ein schnellerer Herzschlag, eine erhöhte Muskelanspannung oder eine schnellere Atmung. Innerhalb sehr kurzer Zeit

wird man durch körperliche Stressreaktion in Handlungsbereitschaft versetzt. Hält diese Aktivierungsreaktion jedoch länger an, so führt dies zu Erschöpfungszuständen und die Gesundheit wird dadurch beeinträchtigt.

- **Offene Verhaltensebene**: Dies sind jene Reaktionen, die man beobachten kann, wie z.B. alles, was jemand in einer belastenden Situation tut oder sagt. Häufige Beispiele für diese Stressverhaltensweisen sind unter anderem hastiges und ungeduldiges Verhalten (schnelles Hinunterschlingen von Essen, Pausen abkürzen oder entfallen lassen, etc.), Betäubungsverhalten (mehr und unkontrolliertes rauchen, essen, Alkohol trinken, Aufputschmedikamente einnehmen, etc.), unkoordiniertes Arbeitsverhalten (mehrere Dinge gleichzeitig tun, mangelnde Planung, etc.), motorische Unruhe (mit den Fingern trommeln, kratzen, etc.) und ein konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen (aggressives, gereiztes Verhalten, etc).
- **Kognitiv-emotionale Ebene**: Auf dieser Ebene geht es um das verdeckte Verhalten und innerpsychische Vorgänge, die man von außen nicht wahrnehmen kann. Diese umfassen jene Gedanken und Gefühle, die in einer belastenden Situation ausgelöst werden können: Gefühle der inneren Unruhe, Nervosität, Unzufriedenheit, Angst, Depression, Hilflosigkeit, Selbstvorwürfe, kreisende Gedanken, Leere im Kopf, Denkblockaden, etc.

2.3 Stressmodelle

Wie bei den meisten Konstrukten gibt es auch beim Stress eine Vielzahl von Modellen. Im Weiteren soll näher auf das Allgemeine Adaptions-Syndrom von Selye (1974, 1978) und auf das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) näher eingegangen werden.

2.3.1 Allgemeines Adaptions-Syndrom von Selye

Nach dem Modell von Selye (1974, 1978, zitiert nach Kirchler, 2008) reagieren Personen auf Stressoren mit Verteidigung, welche in drei Phasen abläuft:

1. **Alarmphase**: In dieser Phase reagiert die Person auf den Stressor sehr intensiv. Es wird darüber nachgedacht, wie man mit diesem Stressor am Besten umgehen kann. Es besteht die Möglichkeit zu kämpfen oder die Flucht zu ergreifen.

2. **Widerstandsphase**: Hier wird Widerstand geleistet. Es wird aber auch Müdigkeit, Angst und Erschöpfung erlebt.
3. **Erschöpfungsphase**: In dieser letzten Phase gibt die Person auf, da die Widerstandsenergie aufgebraucht ist. Konsequenzen von lang anhaltenden Stressoren sind etwa Schwächen des Immunsystems, Krankheiten und der plötzliche Tod durch Herzschlag oder Schlaganfälle.

2.3.2 Transaktionales Stressmodell von Lazarus und Folkman

Nach diesem Modell von Lazarus und Folkman (1984, zitiert nach Litzcke und Schuh, 2007) sind situative Anforderungen, individuelle Beurteilungen der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten für die Entstehung von Stress verantwortlich. Von großer Bedeutung ist hier die subjektive Bewertung der Anforderungen. Zwei Bewertungen finden hierbei statt:

1. **Primäre Einschätzung**: Ist das Ereignis bedrohlich und somit relevant?
2. **Sekundäre Einschätzung**: Welche Bewältigungsmöglichkeiten gibt es, wenn das Ereignis bedrohlich und relevant ist?

Wird das Ereignis als nicht bedrohlich wahrgenommen, so wird kein Stress ausgelöst. Wird jedoch ein Ereignis als bedrohlich und damit als relevant wahrgenommen, so bestimmt die sekundäre Einschätzung, ob Stress ausgelöst wird oder nicht. Wenn hier jedoch Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, wird der Stress nicht so groß sein. Bei ungünstigen Bewältigungsmöglichkeiten wird allerdings mehr Stress empfunden. Von großer Bedeutung ist die Erwartung von Selbstwirksamkeit, das heißt sich selbst zuzutrauen Probleme bewältigen zu können. Aus der Einschätzung eines Ereignisses resultieren unterschiedliche Bewältigungsformen.

2.4 Stress bei ÄrztInnen

Selbstfürsorge ist nicht Teil der Berufsausbildung eines Arztes. Für gewöhnlich ist sie auf der Prioritätenliste des Arztes ganz niedrig angesiedelt. Ärzte haben den ganzen Tag mit Problemen von anderen zu tun und stellen dadurch ihre eigenen Probleme in den Hintergrund. Sie gestehen sich nicht ein, dass sie selbst unter Stress stehen (Gundersen, 2001). Im Folgenden werden einige Ergebnisse aus Untersuchungen, die sich mit Stress bei ÄrztInnen beschäftigen, dargestellt.

In einer Untersuchung von Siegrist und seinen Mitarbeitern (2010) wurden 640 Ärzte aus Amerika, England und Deutschland daraufhin untersucht, ob es signifikante Unterschiede bezüglich des Stresserlebens gibt. Es kam heraus, dass Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland mehr unter Stress litten, als Ärztinnen und Ärzte aus den anderen beiden Ländern. Den geringsten Stress hatten Ärztinnen und Ärzte aus England. Zudem fand man heraus, dass Stress mit einem Mangel an Berufsautonomie zusammenhängt. In allen Ländern konnte nachgewiesen werden, dass wenn die Autonomie im administrativen und klinischen Bereich gering war, der Stress hoch war. Dies war vor allem in England und Amerika der Fall.

Bei einer Studie von Aasland, Olff, Falkum, Schweder und Ursin (1997) galt es den Gesundheitszustand von ÄrztInnen in Norwegen zu erforschen. Hierzu wurden Daten von Querschnitts-/Längsschnittsstudien, Prospektiven-/Retrospektivenstudien und von qualitativen Studien gesammelt. Der Stichprobenumfang umfasste 6652 Ärztinnen und Ärzte. Die Resultate zeigten, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Ärztinnen häufiger auftraten und sich mit zunehmendem Alter verringerten. Eine niedrige berufliche Zufriedenheit, ein hoher Berufsstress und emotionaler Stress waren signifikante Prädiktoren für gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Auch Campolieti, Hyatt und Kralj (2007) fanden heraus, dass Ärzte in Ontario (Kanada) weniger Stress als Ärztinnen hatten. Dies bezog sich auf die Arbeitsmenge, die Arbeit mit den Patienten, administrative Tätigkeiten und Entscheidungen, die zu treffen waren. Weiters ergab die Studie, dass ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszeit und dem Stresserleben einer Person besteht.

McManus, Winder und Gordon (2002) erforschten anhand einer 3-jährigen Longitudinalstudie den Zusammenhang zwischen Stress und Burnout. Die Stichprobe bestand aus 331 Ärztinnen und Ärzten aus England und es kam heraus, dass ein hohes Level an emotionaler Erschöpfung, Stress auslöst und umgekehrt. Eine erhöhte persönliche Leistungsfähigkeit erhöht den Stress, während Depersonalisation den Stress senkt.

3 Depression

In diesem Kapitel folgt zunächst eine Begriffsbestimmung und es wird auf mögliche Ursachen näher eingegangen. Danach folgt eine Klassifikation nach DSM-IV und es werden ausgewählte Ergebnisse von Studien, die sich auf Depression von ÄrztInnen beziehen, angeführt.

3.1 Definition

Der Begriff der Depression stammt vom lateinischen Wort „deprimere“ ab und bedeutet soviel wie „hinunterdrücken“ (Haenel, 2008). Laut Zimbardo und Gerrig (2008) zählt die Depression zu den affektiven Störungen und bezeichnet eine Störung des emotionalen Gleichgewichts. Häufige Symptome sind Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessensverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden (Hautzinger, 1998, S. 3). Nach Zimbardo und Gerrig (2008) leidet jeder Mensch einmal während seines Lebens an einzelnen Symptomen dieser Störung. Somit zählen depressive Symptome zu den häufigsten psychischen Beschwerden (Hautzinger und Bailer, 1993), wie etwa Traurigkeit und Besorgtheit. Derartige Gefühle sind nur ein Symptom, unter dem die Betroffenen, die z.B. an einer Major Depression erkrankt sind, leiden (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Zudem sind depressive Symptome oft bei anderen affektiven Störungen wie Ängsten, Zwängen, Suchterkrankungen, Essstörungen, aber auch bei körperlichen Störungen aufzufinden.

> *„Sie haben nicht für sich, z.B. im Rahmen einer unipolaren oder bipolaren Depression Krankheitswert, sondern sie behindern im Rahmen somatischer und psychosomatischer Krankheiten den Genesungsprozess und bei chronischen Krankheiten und Behinderungen die erfolgreiche Bewältigung und Anpassung.“ (Hautzinger & Bailer, 1993, S. 7).*

3.2 Ursachen der Depression

Auch beim Konstrukt der Depression gibt es zahlreiche Modelle. Im Folgenden werden biologische Ansätze, das Psychodynamische Modell, das Behavioristische Modell und das Kognitive Modell erläutert.

Nach den biologischen Ansätzen wird ein zu geringes Niveau der chemischen Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin mit der Entstehung einer Depression in Verbindung gebracht. Ein zu hohes Niveau dieser Neurotransmitter zeichnet wiederum für die sogenannte Manie verantwortlich. Zudem wird nach diesen Ansätzen angenommen, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken durch genetische Faktoren beeinflusst wird (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Beim psychodynamischen Modell wiederum spielen bei der Entstehung einer Depression unbewusste Konflikte und feindselige Gefühle, die auf die Kindheit zurückzuführen sind, eine wesentliche Rolle (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Weniger auf das Unbewusste, um dort nach den Ursachen der Depression zu suchen, als vielmehr auf das Ausmaß von positiver Verstärkung und Bestrafung, die eine Person erfährt, konzentriert sich der behavioristische Ansatz. Nach ihm entwickeln sich depressive Gefühle, wenn eine Person nach einschneidenden Veränderungen in ihrem Leben, von ihrer Umwelt nicht in ausreichendem Maß positiv verstärkt wird und viele Bestrafungen erlebt. Die Person beginnt sich immer mehr zurückzuziehen und fühlt sich zunehmend bedrückt (Zimbardo & Gerrig, 2008).

Kernstück des kognitiven Modells bilden zwei Theorien. Eine Theorie nimmt an, dass negative kognitive Schemata dafür verantwortlich sind, dass Personen Ereignisse, für die sie sich verantwortlich fühlen, negativ betrachten. Schemata dienen nämlich als Muster für die Wahrnehmung der Welt. Die zweite Theorie ist die der gelernten Hilflosigkeit. Nach ihr werden Depressionen dadurch hervorgerufen, dass man glaubt wenig oder gar keinen Einfluss auf bedeutsame Lebensereignisse zu haben (Zimbardo & Gerrig, 2008).

3.3 Klassifikation der Depression

Es gibt zwei Klassifikationssysteme, die am häufigsten zur Diagnose depressiver Störungen herangezogen werden, nämlich das DSM-IV und das ICD-10 (Essau, 2007). Im Folgenden soll nun die Klassifikation nach DSM-IV erfolgen, da die meisten Studien auf dem DSM basieren (Essau, 2007).

Zu den depressiven Störungen gehören nach Saß, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) die Major Depression, die Dysthyme Störung und die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

3.3.1 Major Depression

Für die Diagnose einer Major Depression nach DSM IV-TR nach Saß et al. (2003) müssen in einer Zeitspanne von zwei Wochen mindestens fünf der folgenden Kriterien fast andauernd bestehen (Saß et al., 2003, S. 406):

1. Depressive Verstimmung, vom Betroffenen selbst berichtet oder von anderen beobachtet.
2. Vermindertes Interesse/Freude an vielen Tätigkeiten.
3. Entweder Gewichtsverlust ohne Diät, oder Gewichtszunahme, bzw. verminderter oder gesteigerter Appetit.
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf.
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, durch andere beobachtet.
6. Müdigkeit oder Energieverlust.
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle. Sie können auch ein wahnhaftes Ausmaß annehmen.
8. Verminderte Fähigkeit zu denken, sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit, entweder nach eigenem Ermessen, oder von anderen beobachtet.
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

Weiters müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Die Symptome dürfen nicht die Kriterien einer gemischten Episode erfüllen.
2. Es wird klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, durch die Symptome verursacht.
3. Es wurden keine Substanzen eingenommen, die die Symptome verursacht haben könnten, wie z.B. Drogen oder Medikamente. Auch ist kein medizinischer Krankheitsfaktors für die Symptomatik verantwortlich, wie Hypothyreose.
4. Auch können die Symptome nicht durch einfache Trauer erklärt werden.

Zudem lässt sich die Major Depression, abhängig von der Symptomanzahl und -stärke und je nach Grad der Beeinträchtigung bzw. Belastung, in eine leichte, mittlere und eine schwere Episode, mit oder ohne psychotischen Symptomen, klassifizieren.

3.3.2 Dysthyme Störung

Die Dysthyme Störung nach Saß et al. (2003, S. 431) ist durch eine depressive Verstimmung, die mindestens zwei Jahre lang und mehr als die Hälfte der Zeit andauert, gekennzeichnet. Sie wird entweder vom Patienten selbst oder von anderen beobachtet. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen bestehen:

1. Appetitlosigkeit oder vermehrter Appetit
2. Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis
3. Energielosigkeit
4. geringes Selbstwertgefühl
5. Konzentrationsprobleme oder Entscheidungsscheu
6. Hoffnungslosigkeit

Weiters müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. In den zwei Jahren gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne Symptome.
2. In den ersten zwei Jahren bestand keine Episode einer Major Depression.
3. Eine Manische Episode, eine Gemischte Episode oder eine Hypomane Episode kann ausgeschlossen werden und die Kriterien für eine Zyklothyme Störung waren niemals vorhanden.
4. Es wurden keine Substanzen eingenommen, die die Symptome verursacht haben könnten, wie z.B. Drogen oder Medikamente. Auch ist kein medizinischer Krankheitsfaktors für die Symptomatik verantwortlich, wie Hypothyreose.
5. Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden und beeinträchtigen wichtige Funktionsbereiche.

3.3.3 Nicht näher bezeichnete Depressive Störung

In diese Kategorie fallen all jene Störungen, die nicht die Kriterien einer Major Depression, Dysthymen Störung, Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung, oder Anpassungsstörung mit gemischter Angst und depressiver Stimmung erfüllen (Saß et al., 2003).

3.4 Depression bei ÄrztInnen

Ringel (1984, zitiert nach Haenel, 2008) meint, dass Ärztinnen und Ärzte häufig an Depressionen leiden, weil sie oft überfordert sind und sie nicht gelernt haben mit Versagen und Misserfolgen ausreichend umzugehen. Durch den lastenden Druck können Schuldgefühle entstehen, ohne tatsächlich schuldig zu sein. Dies kann als Vorstufe zur Depression angesehen werden. Zudem meint er auch, dass Depressionen bei Ärztinnen und Ärzten durch einen falschen Lebensstil entstehen können, indem z.B. zu viel gearbeitet wird und dadurch viel zu wenig Zeit zur Erholung bleibt.

Kessler (2008) führte in Frankreich eine landesweite Erhebung an allen Intensivstationen staatlicher Krankenhäuser durch. Ziel dieser Untersuchung war es herauszufinden, wie viele Ärztinnen und Ärzte an einer Depression oder an Burnout leiden. Insgesamt füllten 978 ÄrztInnen den Fragebogen komplett aus, wobei sich bei 24% dieser ÄrztInnen Anzeichen einer Depression fanden.

Nach einer Studie von Caplan (1994) leiden 27% von in seiner Studie 322 untersuchten AllgemeinärztInnen an einer Depression.

Frank und Dingle (1999) untersuchten in einer Studie in Amerika die Suizidrate und die Depressionsrate von 4501 Ärztinnen. Sie fanden heraus, dass 1,5% dieser Frauen schon einmal versucht hatten sich umzubringen und 19,5% während ihres Lebens an Depressionen litten.

4 Stress und Depression im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit

In den Kapiteln davor wurden die drei Aspekte Arbeitszufriedenheit, Stress und Depression getrennt voneinander betrachtet. Ziel dieses Kapitels ist es diese drei Konstrukte miteinander in Zusammenhang zu bringen. Hierfür werden Ergebnisse aus Studien näher erläutert.

4.1 Stress und Arbeitszufriedenheit bei ÄrztInnen

Da nach Simoens et al. (2002) Arbeitszufriedenheit und arbeitsbedingter Stress, wesentliche Gründe sind, warum Ärztinnen und Ärzte den Job wechseln oder die Patientenzufriedenheit sinkt, wollten die Autoren in ihrer schottischen Studie, diese zwei Aspekte näher beleuchten. Fragebögen bezüglich der Arbeitszufriedenheit und dem Stresserleben wurden an 1421 ÄrztInnen geschickt. Ein Hauptanliegen ihrer Studie war auch herauszufinden welche Geschlechtsunterschiede es bezüglich der Arbeitszufriedenheit und dem Stress gibt. So fanden sie heraus, dass Ärzte, die weiß, weiblich, jünger als 40 Jahre oder älter als 55 Jahre und weniger als 50 Stunden die Woche arbeiten, zufriedener mit ihrem Job sind. Am zufriedensten waren die befragten Ärztinnen mit ihren Kollegen, der Vielseitigkeit im Job und mit der Menge ihrer Verantwortung. Auch berichten diese Ärztinnen weniger Stress zu haben. Häufige Quellen von Stress waren übermäßige Schreibarbeit, zu wenig Zeit um dem Job gerecht zu werden und erhöhte oder unangemessene Forderungen von Patienten.

In der Studie von Cooper et al. (1989) galt es Quellen von Stress aufzudecken, welche Indikatoren für eine geringe mentale Gesundheit und Arbeitsunzufriedenheit bei AllgemeinärztInnen in Großbritannien sind. Die Autoren deckten vier Stressfaktoren auf, die zu einer erhöhten Arbeitsunzufriedenheit führten, nämlich Arbeitsanforderungen, Patientenerwartungshaltung (an den jeweiligen Arzt), Auswirkungen auf das Familienleben und administrative Tätigkeiten (siehe Abbildung 4). Ärzte waren stärker von den Arbeitsanforderungen und den administrativen Tätigkeiten betroffen. Ärztinnen waren eher beeinflusst von Auswirkungen auf das Familienleben.

Step	Independent variables	Beta coefficient	SE	R^2
1	Demands of job and patients' expectations	−2·48	0·23	0·07
2	Work:home interface and social life	−1·53	0·22	0·12
3	Interruptions	−1·62	0·23	0·15
4	Practice administration	−1·56	0·23	0·18
5	Woman general practitioner	3·01	0·55	0·20

Overall $F = 69{\cdot}67$, $df = 5,1407$, $p < 0{\cdot}001$.

Abbildung 4: Stressfaktoren (vgl. Cooper et al., 1989)

In einer dänischen Studie nach Visser, Oort und Haes (2003) fand man heraus, dass obwohl Ärztinnen und Ärzte sehr stark an Stress leiden (55%), sie doch sehr zufrieden (81%) mit ihrer Arbeit waren. Folgende Stressfaktoren wurden aufgedeckt:

- Konflikt zwischen Arbeits- und Privatleben
- Aufrechterhaltung des Lebensstandards
- sozialer Druck

Williams et al. (2007) wollten mit ihrer Untersuchung herausfinden, ob gestresste und unzufriedene ÄrztInnen eine geringere Qualität an Arbeit liefern. Sie kamen zum Schluss, dass die Arbeit dadurch beeinträchtigt war.

In einer Studie von Lee, Stewart und Brown (2008) galt es die Stress- und Burnoutdimensionen von 123 FamilienärztInnen in einem Stadtgebiet in Kanada zu festzustellen. Zudem war ein weiteres Ziel die Arbeitszufriedenheit dieser Ärztinnen und Ärzte zu ermitteln. Ungefähr 64% der befragten Personen waren mit der Arbeit sehr zufrieden, obwohl sie sehr gestresst waren.

4.2 Depression und Arbeitszufriedenheit bei ÄrztInnen

In einer englischen Studie nach Coffey et al. (2004) galt es mit einem Fragebogen den mentalen Gesundheitszustand von ArbeitnehmerInnen, die in sozialen Berufen tätig sind und mit Kindern und Familien arbeiten, zu untersuchen. Zudem sollte die Arbeitszufriedenheit untersucht werden. Ergebnis dieser Studie war, dass diese Arbeitnehmer mehr Fehlzeiten, einen schlechteren Gesundheitszustand (Depressionen) und mehr Stress hatten als andere etablierte Arbeitsschichten. Zudem waren sie mit ihrer Arbeit unzufriedener.

Nach einer türkischen Studie von Demir et al. (2007) leiden Ärztinnen häufiger an Depressionen als Ärzte, da sie emotionaler und mitfühlender sind als ihre männlichen Kollegen. Dadurch haben sie ein erhöhtes Depressionsrisiko. Zudem kam heraus, dass Ärztinnen, die unter einer höheren Depressionsausprägung litten, mit ihrer Arbeit unzufriedener waren.

In einer Studie von Lee et al. (2009) wollte man den Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten wie Depression und Arbeitszufriedenheit bei medizinischen Personal testen. Bei 25,37% der befragten Personen fand man Anzeichen einer Depression. Des Weiteren kam heraus, dass die meisten ÄrztInnen zufrieden mit ihrem Job waren. Jedoch hatten ÄrztInnen, die einen höheren psychischen Stress hatten, auch eine niedrigere Arbeitszufriedenheit.

Thommasen et al. (2001) untersuchte in seiner Studie die Depressionsausprägung und die Neigung zu Burnout bei englischen Ärzten. Zusätzlich wurde die Arbeitszufriedenheit und der Jobwechsel erforscht. Es kam heraus, dass ÄrztInnen mit Depressionen oder Burnout eine geringere Arbeitszufriedenheit hatten.

5 Zielsetzung, Fragestellungen und Hypothesen

5.1 Zielsetzungen und Fragestellungen

Ziel dieser hier vorliegenden empirischen Studie ist es, Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Arbeitszufriedenheit, Stress und Depression bei MedizinerInnen eines Krankenhauses in Wien zu erforschen. Weiters werden die genannten Aspekte mit dem Geschlecht in Beziehung gesetzt um Unterschiede herauszufinden.

5.2 Hypothesen

5.2.1 Zusammenhangshypothesen bezüglich Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen

H_1(1): Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung) und den chronischen Stressdimensionen (Arbeitsüberlastung, sozialen Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, Mangel an sozialer Anerkennung, sozialen Spannungen, sozialer Isolation, chronischer Besorgnis).

5.2.2 Zusammenhangshypothesen bezüglich Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung

H_1(2): Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung) und der Depressionsausprägung einer Person.

5.2.3 Zusammenhangshypothesen bezüglich den chronischen Stressdimensionen und der Depressionsausprägung

H_1(3): Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den chronischen Stressdimensionen (Arbeitsüberlastung, sozialen Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, Mangel an sozialer Anerkennung, sozialen Spannungen, sozialer Isolation, chronischer Besorgnis) und der Depressionsausprägung einer Person.

5.2.4 Ergänzende Hypothesen

$H_1(4)$: Das Geschlecht hat einen signifikanten Erklärungswert in Variablen, der Arbeitszufriedenheit, der chronischen Stressdimension und der Depressionsausprägung.

$H_1(5)$: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der globalen Arbeitszufriedenheit und dem Geschlecht (vgl. Bubich, 2010).

$H_1(6)$: Es gibt signifikante Unterschiede in den chronischen Stressdimensionen in Abhängigkeit vom Geschlecht.

$H_1(7)$: Es gibt signifikante Unterschiede in der Depressionsausprägung in Abhängigkeit vom Geschlecht.

II Empirischer Teil

6 Methode

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine einmalig durchgeführte Online-Befragung der Medizinischen Universität (MUW). Diese Diplomarbeit ist ein Teil einer größeren Untersuchung, die unter der Leitung von Univ.- Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar und folgender Mitarbeiterschaft, nämlich Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Ulrike Willinger, Dr. Petra Pühringer und den Diplomandinnen Vera Bubich und Nadine Jenko durchgeführt wurde. Untersucht wurde die Arbeitszufriedenheit von MedizinerInnen im Zusammenhang mit anderen psychologischen Aspekten. Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung war es mögliche Geschlechtsunterschiede aufzudecken. Meine Diplomarbeitskollegin Vera Bubich untersuchte den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Persönlichkeitseigenschaften und Burnout (vgl. Bubich, 2010), während in dieser Arbeit der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Stress und Depression behandelt wird.

Im Folgenden soll nun das Konzept, die Durchführung, sowie die Auswertung und die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt werden. Noch einmal soll hier kurz darauf aufmerksam gemacht werden, dass für unsere Untersuchungen der gleiche Datensatz verwendet wurde, aber unterschiedliche Aspekte ausgewertet wurden.

6.1 Untersuchungsplan und intendierte Stichprobe

Der Start der Untersuchung war geplant für Februar 2009. Bevor jedoch mit der Testung gestartet werden konnte musste eine geeignete Plattform für die Online-Befragung gefunden und das Konzept an die Datenschutzkommission gesendet werden, da es an der MUW eine Reihe von Gremien gibt, die die Interessen von MitarbeiterInnen vertreten, um ein Einverständnis von ihnen für die Testung zu erlangen.

Durch eine Online-Befragung war es möglich schnell an Daten zu kommen. Für die Erstellung des Online-Fragebogens wurde letztendlich der oFb onlineFragebogen herangezogen. Hierbei handelt es sich um ein unter einer Open-Source Lizenz zur Verfügung gestellte Plattform zur einfachen und schnellen Erstellung von Web Fragebögen, welche unterschiedlichste Eingabefelder enthalten können. Durch die

Wahl dieser Web 2.0 Applikation war es möglich schnell und einfach einen Online-Fragebogen im Internet zu veröffentlichen und diesen selbstständig zu verwalten.

Die für die Untersuchung angestrebte Stichprobe sollte all jene Personen der Medizinischen Universität Wien umfassen, welche ein abgeschlossenes Medizinstudium haben und im Krankenhaus tätig sind. Da der Fragebogen an alle MedizinerInnen verschickt werden sollte und somit die Rücklaufquote nicht zu beeinflussen war, wurde der Stichprobenumfang von Anfang an nicht explizit festgesetzt. Somit kam es zu keiner systematischen Auswahl der Befragten, sondern wir waren auf die Freiwilligkeit aller Befragten angewiesen.

Die Befragung würde ca. 40 Minuten dauern und die Testdurchführung sollte (ursprünglich) von Anfang März 2009 bis Ende Mai 2009 stattfinden.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Die Testung erfolgte jedoch erst im Februar 2010, da es einige Verzögerungen von Seiten der Gremien gab, bei denen um Durchführung der Befragung angesucht wurde. Nach der finalen Freigabe für die Untersuchung, wurde der Link zum Online-Fragebogen per E-Mail an alle MedizinerInnen der MUW verschickt. In dieser E-Mail wurde auch explizit darauf hingewiesen, dass die Befragung völlig anonym abläuft und die IP-Adressen des jeweiligen Rechners nicht mitgeschrieben werden.

In die Berechnungen wurden dann letztendlich die vollständigen Datensätze von 305 MedizinerInnen aufgenommen.

Zur Anwendung kamen folgende Verfahren (vgl. Bubich, 2010):

- Allgemeine Fragen zur Person (vgl. Bubich, 2010; Jenko, 2010)
- ArbeitsBeschreibungsBogen (ABB) (Neuberger & Allerbeck, 1978)
- NEO-Fünf-Faktoren Inventar (Borkenau & Ostendorf, 1993)
- Trier Inventar zum Chronoischen Stress (TICS) (Schulz et al., 2004)
- Allgemeine DepressionsSkala (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1993)
- Maslach Burnout Inventory (MB- D) (Büssing & Perrar, 1992).

Abschließend kann gesagt werden, dass die Online-Befragung sehr gut und ohne Komplikationen verlief.

6.2.1 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden wird nun auf die Testinstrumente näher eingegangen, die für die vorliegende Fragestellung relevant sind.

6.2.1.1 Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)

Der Arbeitsbeschreibungsbogens (ABB) von Neuberger und Allerbeck (1978) basiert auf der Annahme, dass Arbeitszufriedenheit als eine kognitive-evaluative Einstellung zur Arbeitssituation zu sehen ist. Hierbei geht man davon aus, dass alle Erfahrungen, die ein Individuum macht sich in seinem künftigen Verhalten niederschlagen. Demzufolge misst der ABB die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Arbeitssituation.

Insgesamt besteht der Fragebogen aus 81 Items, die mittels genauerer Literaturanalyse und anschließender Faktorenanalyse, gewonnen wurden. Die Items können sieben Bereichen (Skalen) der Arbeit zugeordnet werden:

1. Meine Kollegen
2. Mein Vorgesetzter
3. Meine Tätigkeit
4. Meine Arbeitsbedingungen
5. Organisation und Leitung
6. Meine Entwicklung
7. Meine Bezahlung

Die Beantwortung der 81 Items der sieben Skalen erfolgt anhand einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten: Ja=1; Eher ja=2; Eher nein=3; Nein=4. Um Antworttendenzen und systematische Verzerrungen zu vermeiden wurde die Hälfte der Items jeder Skala negativ gepolt.

Nach jeder der sieben Skalen gibt es noch zusätzlich eine zusammenfassende Zufriedenheitsfrage. Die Antwortskala besteht hier aus Kunin-Gesichtern (Smilies), in siebenstufiger Ausführung: lachendes Gesicht=sehr zufrieden (7) bis trauriges Gesicht=sehr unzufrieden (1) (Allmendinger, 1983).

Zusätzlich, im letzten Abschnitt, gibt es auch noch ergänzende Items zu den Bereichen:

- Arbeitszeit,
- Gesicherter Arbeitsplatz,
- Allgemeine Arbeitszufriedenheit,
- Allgemeine Lebenszufriedenheit und eine
- Bedeutungsgewichtung.

Die Fragen zu der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit werden ebenfalls mit Kunin-Gesichtern gemessen (Allmendinger, 1983).

Meine Kollegen	ja	eher ja	eher nein	nein
1. stur	❑	❑	❑	❑
2. hilfsbereit	❑	❑	❑	❑
3. zerstritten	❑	❑	❑	❑

Abbildung 5: Beispiel-Items des Arbeitsbeschreibungsbogens

Durchschnittlich werden für die Bearbeitung des Fragebogens ca. 15 bis 20 Minuten benötigt.

Da es sich beim Arbeitsbeschreibungsbogen um einen strukturierten Fragebogen handelt ist die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben. Die Spearman-Brown-Reliabilität für die sieben Subskalen liegt zwischen $r = 0.81$ und 0.91. (Neuberger & Allerbeck, 1978).

6.2.1.2 Trier Inventar zum Chronischen Stress (TICS)

Das Trier Inventar zum chronischen Stress (TICS) von Schulz et al. (2004) beruht auf einem interaktionsbezogenen Stresskonzept. Nach diesem Konzept erlebt eine Person dann Stress, wenn sie sich mit ihrer Umgebung aktiv auseinandersetzt. Schulz und seine Mitarbeiter gehen davon aus, dass Stress durch ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen entsteht. Anforderungen können somit Stressquellen werden.

Mit seinen 57 Items erhebt der TICS neun verschiedene Arten von chronischem Stresserleben. Die neun Stressarten werden mittels folgender Stress-Skalen erfasst:

- Arbeitsüberlastung (**uebe**)
- Soziale Überlastung (**soue**)
- Erfolgsdruck (**erdr**)
- Arbeitsunzufriedenheit (**unzu**)
- Überforderung (**uefo**)
- Mangel an sozialer Anerkennung (**mang**)
- Soziale Spannungen (**sozs**)
- Soziale Isolation (**sozi**)
- Chronische Besorgnis (**sorg**)

Die vorgegebenen Items beziehen sich auf die vergangenen drei Monate. Jedes Item kann von der Testperson in einer 5-stufigen Ausprägung (0 bis 4) angekreuzt werden: Nie=0; selten=1; manchmal=2; häufig=3; sehr häufig=4.

Der TICS kann ab einem Alter von 16 Jahren angewendet werden und ist für Personen mit oder ohne Arbeit einsetzbar. Vorwiegend wird der Fragebogen für die individuelle Stressdiagnostik verwendet, jedoch kann er auch als Screening-Instrument in epidemiologischen Untersuchungen eingesetzt werden. Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 10 bis 15 Minuten.

Arbeitsüberlastung		nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1.	Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Soziale Überlastung						
7.	Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Erfolgsdruck						

8.	Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, das Vertrauen anderer zu gewinnen	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Arbeitsunzufriedenheit						
5.	Ich muss Arbeiten erledigen, die mir unsinnig erscheinen	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Überforderung						
3.	Ich mache zu viele Fehler, weil ich mit dem, was ich zu tun habe, überfordert bin	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Mangel an sozialer Anerkennung						
2.	Ich bekomme zu wenig Anerkennung für das, was ich leiste	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Soziale Spannungen						
6.	Es gibt Meinungsverschiedenheiten zwischen mir und anderen, die zu Spannungen führen	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Soziale Isolation						
11.	Zeiten, in denen ich zu viel allein bin	❑	❑	❑	❑	❑
…	…	❑	❑	❑	❑	❑
Chronische Besorgnis						
9.	Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert					
…	…	❑	❑	❑	❑	❑

Abbildung 6: Beispiel-Items für Trier Inventar zum chronischen Stress

Da es sich beim Trier Inventar zum chronischen Stress um einen strukturierten Fragebogen handelt ist die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben.

Durchschnittlich weisen die Subskalen eine interne Konsistenz von *Alpha* = .87 und eine Rasch-Reliabilitaet von .83 auf (Schulz et al., 2004).

6.2.1.3 Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS) von Hautzinger und Bailer (1993) ist die deutsche Version der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D). Sie gibt es in einer Langform (20 Items) und in einer Kurzform (15 Items). Für die

vorliegende Untersuchung wurde die Langform verwendet, deshalb wird auf diese auch näher eingegangen.

Bei der ADS werden in einfachen Sätzen depressive Symptome erfragt, der Bezugszeitraum ist die vergangene letzte Woche.

Die Merkmale, die mittels ADS erfragt werden, sind: Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, empfundene Ablehnung durch andere, Weinen, Genussfähigkeit, Rückzug, Angst, Fröhlichkeit, fehlende Reagibilität, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Konzentrationsprobleme, Pessimismus.

Es sind 16 von 20 Items so gepolt, dass die Beantwortung mit „die ganze Zeit“ auf eine depressive Beeinträchtigung hinweist.

Jedes Item kann von der Testperson in einer vierstufigen Ausprägung (0 bis 3) angekreuzt werden: selten oder überhaupt nie=0; manchmal=1; öfters=2; meistens, die ganze Zeit=3.

		nie	manchmal	öfters	die ganze Zeit
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	❑	❑	❑	❑
2.	hatte ich kaum Appetit	❑	❑	❑	❑
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	❑	❑	❑	❑

Abbildung 7: Beispiel-Items für Allgemeine Depressionsskala

Bei der allgemeinen Depressionsskala kann die Durchführungs,- und Auswertungsobjektivität als gegeben angenommen werden, da es sich um einen strukturierten Fragebogen handelt. Die Reliabilität weist ein Cronbach Alpha .90 auf (Hautzinger & Bailer, 1993).

6.2.1.4 Allgemeine Fragen zur Person

Am Anfang enthält der Fragebogen neben den oben genannten Verfahren noch zusätzliche selbstentworfene Einzelfragen. Diese wurden entwickelt um allgemeine

Informationen zur MedizinerIn zu erheben, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder, Wohnsituation, Anstellung, Gehalt, Arbeitsklima/ -zufriedenheit.

6.2.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung

6.2.2.1 Stichprobenumfang und Geschlechterverteilung

An der Untersuchung haben insgesamt 305 Medizinerinnen und Mediziner teilgenommen. Davon waren 144 (47,2%) weiblich und 161 (52,8%) männlich (siehe Abbildung 8).

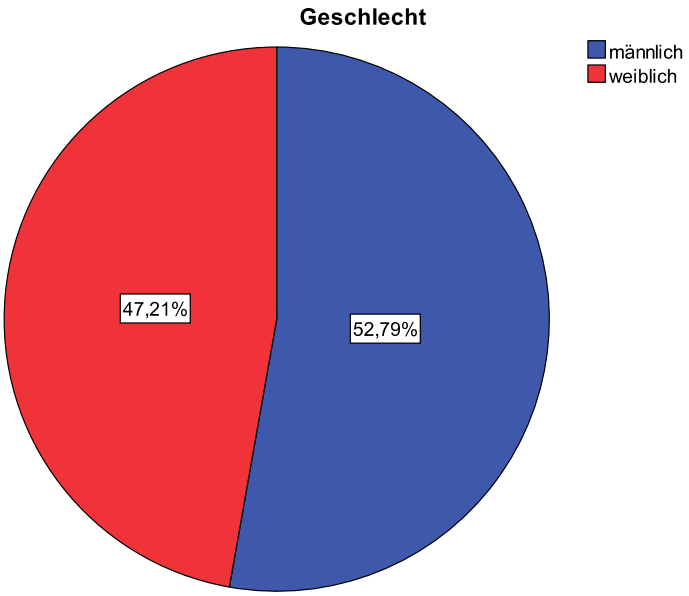


Abbildung 8: Geschlechterverteilung gesamt

Der Chi-Quadrat-Test (siehe Tabelle 4), der durchgeführt wurde um die Gleichverteilung der Geschlechter zu prüfen ergab keine signifikante Abweichung der beobachteten Häufigkeiten von den erwarteten Häufigkeiten [$\chi^2(1) = 0.95$; $p = .33$]. Es kann somit von einer Gleichverteilung der Geschlechter ausgegangen werden (vgl. Bubich, 2010).

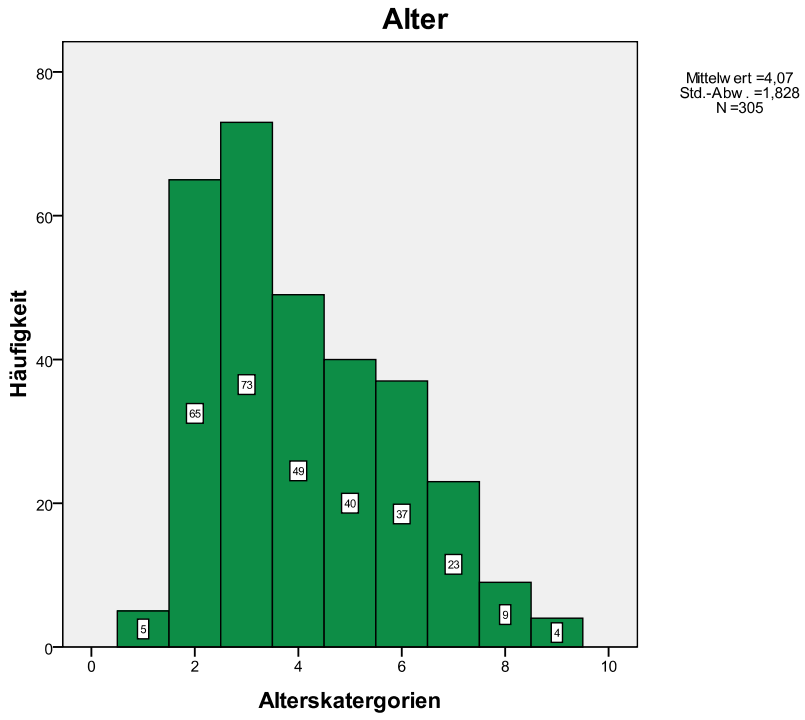
Tabelle 4: Chi-Quadrat-Test Geschlecht

	Geschlecht
Chi-Quadrat	,948[a]
df	1
Asymptotische Signifikanz	,330

a. Bei 0 Zellen (0%) werden weniger als 5 Häufigkeiten erwartet. Die kleinste erwartete Zellenhäufigkeit ist 152.5.

6.2.2.2 Alter und Geschlecht

Hier muss kurz erwähnt werden, dass die Studienteilnehmer ihr Alter in Kategorien anzugeben hatten. Anhand Abbildung 9 lässt sich somit erkennen, dass ihr Alter zwischen Kategorie 1 und 9 lag. Das heißt, dass die Teilnehmer zwischen ≤ 20 und ≥ 60 Jahre alt waren.



Kat. 1= 20-24 Jahre;
Kat. 2= 25-29 Jahre;
Kat. 3= 30-34 Jahre;
Kat. 4= 35-39 Jahre;
Kat. 5= 40-44 Jahre;
Kat. 6= 45-49 Jahre;
Kat. 7= 50-54 Jahre;
Kat. 8= 55-59 Jahre;
Kat. 9= 60 Jahre od. älter

Abbildung 9: Altersverteilung gesamt

Betrachtet man Abbildung 9 und Tabelle 5, so erkennt man, dass die meisten MedizinerInnen, die an der Untersuchung teilgenommen haben, in Kategorie 3 fallen (23,9%), also zwischen 30 und 34 Jahren alt waren. Andere Altersstufen mit geringeren Prozentanteilen waren selbstverständlich auch vertreten.

Tabelle 5: Häufigkeiten Alter gesamt

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	20-24 Jahre	5	1,6
	25-29 Jahre	65	21,3
	30-34 Jahre	73	23,9
	35-39 Jahre	49	16,1
	40-44 Jahre	40	13,1
	45-49 Jahre	37	12,1
	50-54 Jahre	23	7,5
	55-59 Jahre	9	3,0
	60 Jahre oder älter	4	1,3
	Gesamt	305	100,0

Betrachtet man die Stichprobe getrennt nach Geschlecht, so lässt sich anhand der Abbildung 10, Abbildung 11 und Tabelle 6 erkennen, dass die meisten Mediziner zwischen 30 und 34 Jahre (23,0%) waren. Die meisten Medizinerinnen, die den Fragebogen ausgefüllt haben waren zwischen 25 und 29 Jahre (28,5%). Natürlich waren auch noch andere Alterskategorien vertreten, aber mit einem geringeren Prozentsatz.

Die genauen Häufigkeitsverteilungen der Mediziner und Medizinerinnen, wie viele Personen in welcher Kategorie waren, kann man Tabelle 6 entnehmen.

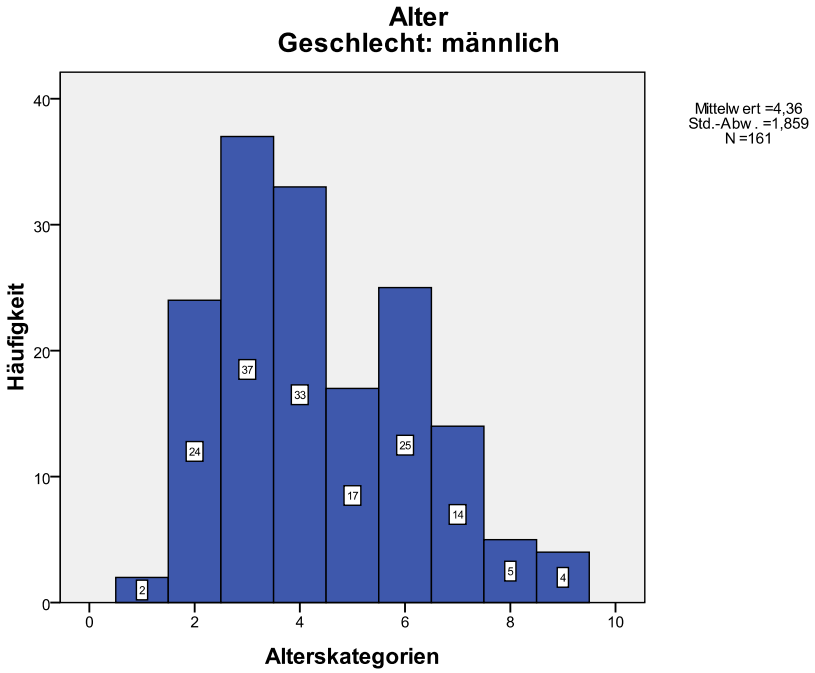


Abbildung 10: Altersverteilung männlich

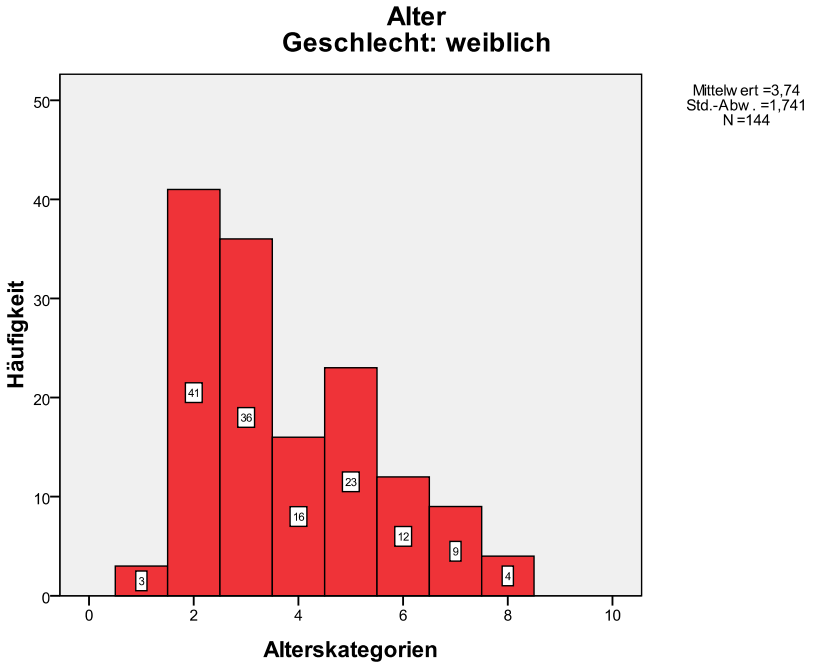


Abbildung 11: Altersverteilung weiblich

Tabelle 6: Häufigkeiten Alter männlich und weiblich

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
männlich	Gültig	20-24 Jahre	2	1,2
		25-29 Jahre	24	14,9
		30-34 Jahre	37	23,0
		35-39 Jahre	33	20,5
		40-44 Jahre	17	10,6
		45-49 Jahre	25	15,5
		50-54 Jahre	14	8,7
		55-59 Jahre	5	3,1
		60 Jahre oder älter	4	2,5
		Gesamt	161	100,0
weiblich	Gültig	20-24 Jahre	3	2,1
		25-29 Jahre	41	28,5
		30-34 Jahre	36	25,0
		35-39 Jahre	16	11,1
		40-44 Jahre	23	16,0
		45-49 Jahre	12	8,3
		50-54 Jahre	9	6,3
		55-59 Jahre	4	2,8
		Gesamt	144	100,0

Bei der Gleichverteilungsprüfung des Geschlechts bezüglich des Alters ergab sich ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, dass das Geschlecht über das Alter nicht gleichverteilt ist [$\chi^2(3) = 9.78$; $p = .021$, siehe Tabelle 7]. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter ist nicht sehr hoch (Cramer-V = .18) (vgl. Bubich, 2010).

Tabelle 7: Chi-Quadrat-Test für Alter und Geschlecht

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,781[a]	3	.021
Likelihood-Quotient	9,850	3	.020
Zusammenhang linear-mit-linear	6,091	1	.014
Anzahl der gültigen Fälle	305		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 17,00.

6.2.2.3 Familienstand und Geschlecht

Durch Tabelle 8 wird ersichtlich, dass der Großteil der befragten Personen ledig (49,8%) war. 115 (37,7%) MedizinerInnen waren verheiratet, 23 (7,5%) geschieden und 15 (4,9%) befanden sich in einer anderen Verbindung.

Tabelle 8: Häufigkeiten Familienstand gesamt

	Häufigkeit	Prozent
ledig	152	49,8
verheiratet	115	37,7
geschieden	23	7,5
sonstiges:	15	4,9
Gesamt	305	100,0

Schaut man sich den Familienstand getrennt nach Geschlecht an, so waren von den Medizinern 75 (46,6%) ledig, 70 (43,5%) verheiratet und 11 (6,8%) geschieden. 5 (3,1%) haben sonstiges angekreuzt (siehe Abbildung 12 und Tabelle 9). Von den Medizinerinnen waren 77 (53,5%) ledig, 45 (31,3%) verheiratet und 12 (8,3%) geschieden. 10 (6,9%) von ihnen haben sonstiges angekreuzt. Die genauen Häufigkeiten, wie viele Personen in welcher Kategorie waren, kann man Tabelle 9 entnehmen. Insgesamt lässt sich aber erkennen, dass das Geschlecht hinsichtlich des Familienstandes ziemlich ähnlich verteilt war. Jedoch waren Mediziner mit 43,5% wesentlich häufiger verheiratet als Medizinerinnen mit 31,3% (vgl. Bubich, 2010).

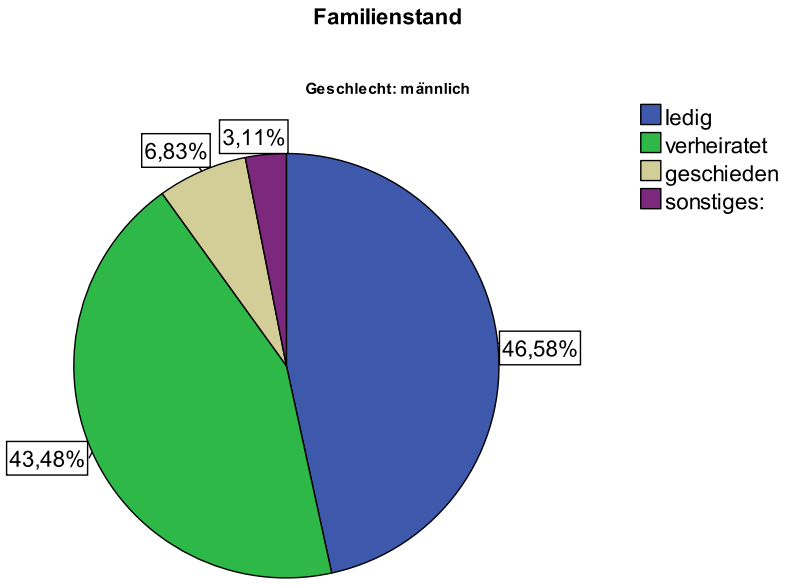


Abbildung 12: Familienstand männlich

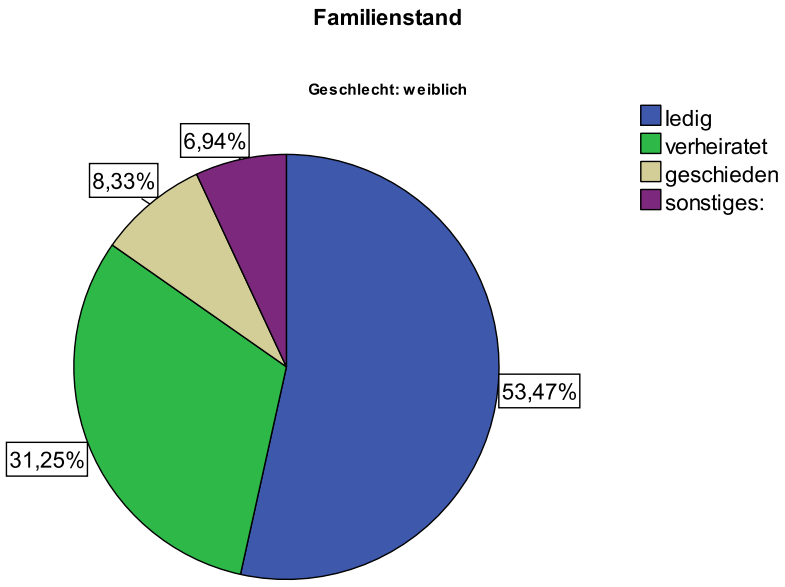


Abbildung 13: Familienstand weiblich

Tabelle 9: Häufigkeiten Familienstand männlich und weiblich

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
männlich	Gültig	ledig	75	46,6
		verheiratet	70	43,5
		geschieden	11	6,8
		sonstiges:	5	3,1
		Gesamt	161	100,0
weiblich	Gültig	ledig	77	53,5
		verheiratet	45	31,3
		geschieden	12	8,3
		sonstiges:	10	6,9
		Gesamt	144	100,0

6.2.2.4 Anstellung und Geschlecht

Die Mittelwerte bezüglich der beruflichen Tätigkeiten der MedizinerInnen deuten darauf hin, dass das Hauptaugenmerk der Angestellten in der Patientenversorgung (*M* = 48.14) lag. Die anderen Tätigkeiten waren auch vertreten, aber mit geringeren Prozentsätzen (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Anstellung gesamt

	Patienten-versorgung	Administrative Tätigkeit	Wissenschaftliche Tätigkeit	Lehrtätigkeit	Verwaltungs-tätigkeit
Mittelwert	48,14	16,51	22,59	6,16	5,21
Median	50,00	10,00	10,00	5,00	,00
Standardabweichung	28,453	15,292	25,957	6,961	11,042
Varianz	809,582	233,856	673,743	48,449	121,922

Betrachtet man nun die Mittelwerte der beruflichen Tätigkeit, getrennt nach dem Geschlecht, so kann man erkennen, dass diese sehr ähnlich ausfallen. Bei beiden Geschlechtern lag der Schwerpunkt in der Patientenversorgung. Die Mittelwerte können in Tabelle 11 nachgelesen werden (vgl. Bubich, 2010).

Tabelle 11: Anstellung männlich und weiblich

Geschlecht			Patienten-versorgung	Administrative Tätigkeit	Wissenschaftliche Tätigkeit	Lehrtätigkeit	Verwaltungstätigkeit
männlich	N	Gültig	161	161	161	161	161
	Mittelwert		48,18	16,99	20,39	7,20	6,15
	Median		50,00	15,00	10,00	5,00	,00
	Standardabweichung		27,366	14,651	23,470	7,382	10,992
	Varianz		748,924	214,637	550,837	54,489	120,816
weiblich	N	Gültig	144	144	144	144	144
	Mittelwert		48,10	15,99	25,04	4,99	4,17
	Median		50,00	10,00	15,00	5,00	,00
	Standardabweichung		29,717	16,014	28,363	6,278	11,042
	Varianz		883,109	256,461	804,460	39,412	121,916

6.2.2.5 Dienstverhältnis und Geschlecht

Wie Tabelle 12 erkennen lässt, waren 194 (63,6%) der 305 befragten Personen befristet angestellt. 104 (34,1%) Personen hatten eine unbefristete Anstellung und 7 (2,3%) ein anderes Dienstverhältnis.

Tabelle 12: Häufigkeiten Dienstverhältnis gesamt

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	befristet	194	63,6
	unbefristet	104	34,1
	sonstiges:	7	2,3
	Gesamt	305	100,0

Anhand des Kreisdiagramms (siehe Abbildung 14) und Tabelle 13 lässt sich erkennen, dass von den Medizinern 90 (55,9%) befristet angestellt waren. 68 (42,2%) waren unbefristet und 3 (1,9%) hatten ein anderes Dienstverhältnis. Die genauen Häufigkeiten, wie viele Personen in welcher Kategorie waren, kann man aus Tabelle 13 entnehmen.

Sieht man sich das Dienstverhältnis ihrer weiblichen Kolleginnen an, so lässt sich erkennen, dass 104 (72,2%) befristet angestellt waren, 36 (25,0%) waren unbefristet beschäftigt und 4 Kolleginnen (2,8%) hatten ein anderes Dienstverhältnis.

Im Großen und Ganzen lässt sich somit sagen, dass Medizinerinnen häufiger befristet angestellt sind (72,2%), als ihre männlichen Kollegen (55,9%).

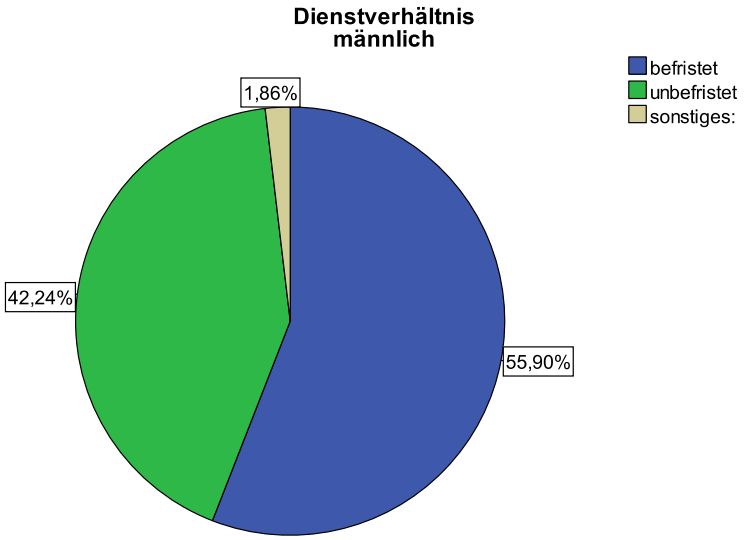


Abbildung 14: Dienstverhältnis männlich

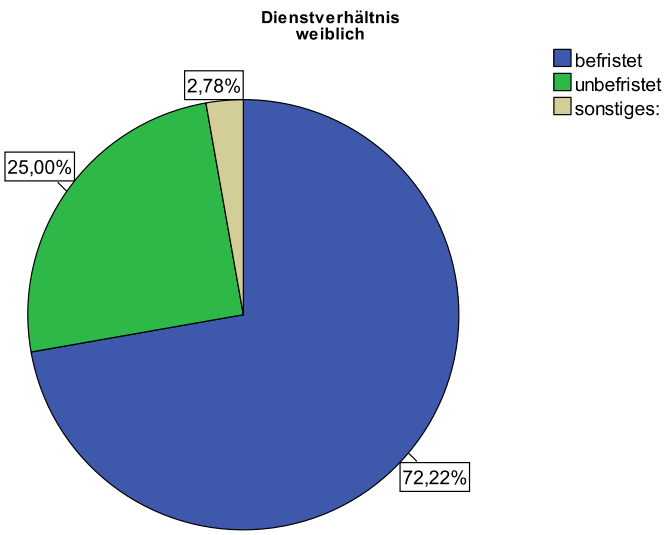


Abbildung 15: Dienstverhältnis weiblich

Tabelle 13: Häufigkeiten Dienstverhältnis männlich und weiblich

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
männlich	Gültig	befristet	90	55,9
		unbefristet	68	42,2
		sonstiges:	3	1,9
		Gesamt	161	100,0
weiblich	Gültig	befristet	104	72,2
		unbefristet	36	25,0
		sonstiges:	4	2,8
		Gesamt	144	100,0

Bei der Gleichverteilungsprüfung des Geschlechts über das Dienstverhältnis ergab sich ein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass das Geschlecht über das Dienstverhältnis nicht gleichverteilt ist [$\chi^2(1) = 9.81$; $p = .002$, siehe Tabelle 14]. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Dienstverhältnis ist nicht sehr hoch (Cramer-V = .18) (vgl. Bubich, 2010).

Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test Dienstverhältnis und Geschlecht

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,805[a]	1	,002		
Kontinuitätskorrektur[b]	9,057	1	,003		
Likelihood-Quotient	9,931	1	,002		
Exakter Test nach Fisher				,002	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	9,772	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	298				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 48,86.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

6.2.2.6 Leitung und Geschlecht

Anhand der Abbildung 16 kann man sehen, dass ein Großteil der MitarbeiterInnen mit 68,5% eine nicht leitende Position inne hatte. Nur 31,5% führten eine leitende Position aus.

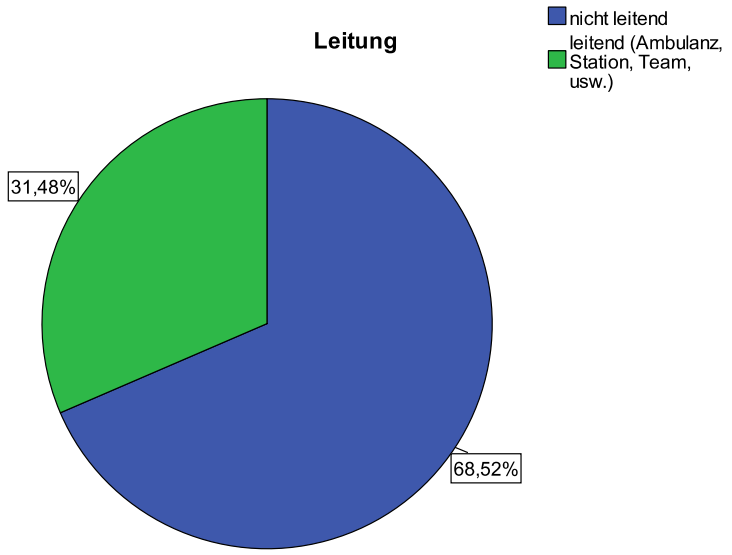


Abbildung 16: Leitung gesamt

Schaut man sich die Leitung nun getrennt nach Geschlecht an, so sieht man, dass sowohl Mediziner als auch Medizinerinnen vorwiegend in einer nicht leitenden Position waren. Von den männlichen Untersuchungsteilnehmern waren 97 (60,2%) in einer nicht leitenden Position und 64 (39,8%) in einer leitenden Position. Bei ihren weiblichen Kolleginnen hatten 112 Personen (77,8%) eine nicht leitende Position und 32 Personen (22,2%) eine leitende Position. Mediziner (39,8%) waren deutlich häufiger in einer leitenden Position, als Medizinerinnen (22,2%). Die genauen Häufigkeiten, wie viele Personen in welcher Kategorie waren, kann man aus Tabelle 15 entnehmen.

Tabelle 15: Häufigkeiten Leitung männlich und weiblich

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
männlich	Gültig	nicht leitend	97	60,2
		leitend (Ambulanz, Station, Team, usw.)	64	39,8
		Gesamt	161	100,0
weiblich	Gültig	nicht leitend	112	77,8
		leitend (Ambulanz, Station, Team, usw.)	32	22,2
		Gesamt	144	100,0

Bei der Gleichverteilungsprüfung des Geschlechts über die Leitung ergab sich ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, dass das Geschlecht über die Leitung nicht gleichverteilt ist [$\chi^2(1) = 10.83$; $p = .001$, siehe Tabelle 16]. Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Leitung ist nicht sehr hoch (Cramer-V = .19) (vgl. Bubich, 2010).

Tabelle 16: Chi-Quadrat-Test Leitung und Geschlecht

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	10,829[a]	1	,001		
Kontinuitätskorrektur[b]	10,032	1	,002		
Likelihood-Quotient	11,003	1	,001		

Exakter Test nach Fisher				,001	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	10,794	1	,001		
Anzahl der gültigen Fälle	305				

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 45,32.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

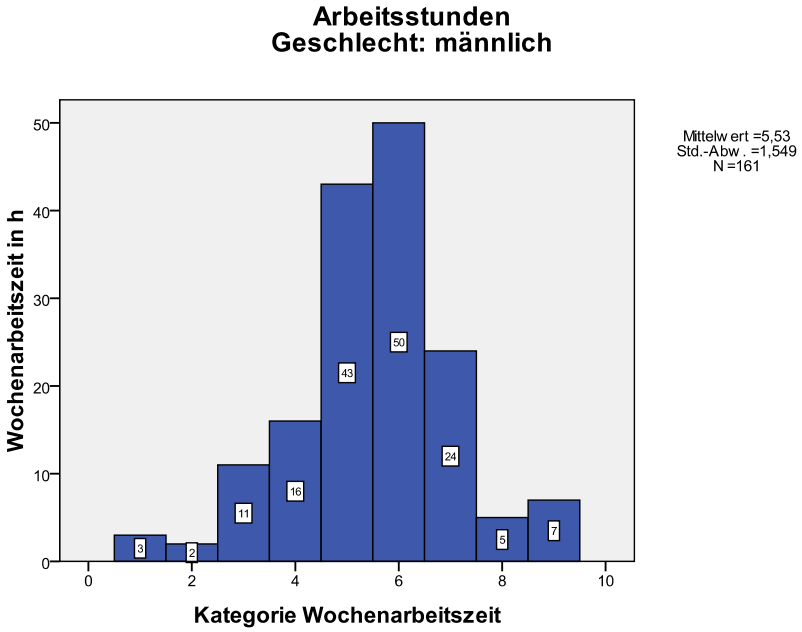
6.2.2.7 Arbeitsstunden und Geschlecht

Hier muss kurz erwähnt werden, dass die Untersuchungsteilnehmer ihre Arbeitsstunden pro Woche in Kategorien anzugeben hatten. Anhand der Tabelle 17 lässt sich somit erkennen, dass ihre Arbeitsstunden zwischen Kategorie 1 und 9 lagen. Das heißt, dass die Teilnehmer zwischen ≤ 29 oder ≥ 100 Std. die Woche arbeiteten. Es zeigt sich auch, dass größtenteils die MitarbeiterInnen 70 bis 79 Stunden die Woche arbeiteten. Selbstverständlich gibt es auch Personen die weniger, oder mehr Stunden pro Woche arbeiten.

Tabelle 17: Häufigkeiten Arbeitsstunden gesamt

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	29 Std./Wo. oder weniger	18	5,9
	etwa 30-39 Std./Wo.	8	2,6
	etwa 40-49 Std./Wo.	36	11,8
	etwa 50-59 Std./Wo.	35	11,5
	etwa 60-69 Std./Wo.	68	22,3
	etwa 70-79 Std./Wo.	82	26,9
	etwa 80-89 Std./Wo.	37	12,1
	etwa 90-99 Std./Wo.	9	3,0
	100 Std./Wo. oder mehr	12	3,9
	Gesamt	305	100,0

Sowohl Mediziner als auch Medizinerinnen lagen am häufigsten in Kategorie 6 (31,1% und 22,2%). Dies entspricht einer Wochenarbeitszeit von 70 bis 79 Stunden (siehe Abbildung 17, Abbildung 18, Tabelle 18) (vgl. Bubich, 2010).



Kat. 1= 29 Std./Wo. oder weniger;
Kat. 2= 30-39 Std./Wo.;
Kat. 3= 40-49 Std./Wo.;
Kat. 4= 50-59 Std./Wo.;
Kat. 5= 60-69 Std./Wo;
Kat. 6= 70-79 Std./Wo.;
Kat. 7= 80-89 Std./Wo.;
Kat. 8= 90-99 Std./Wo;
Kat. 9= 100 Std./Wo. oder mehr

Abbildung 17: Arbeitsstunden männlich

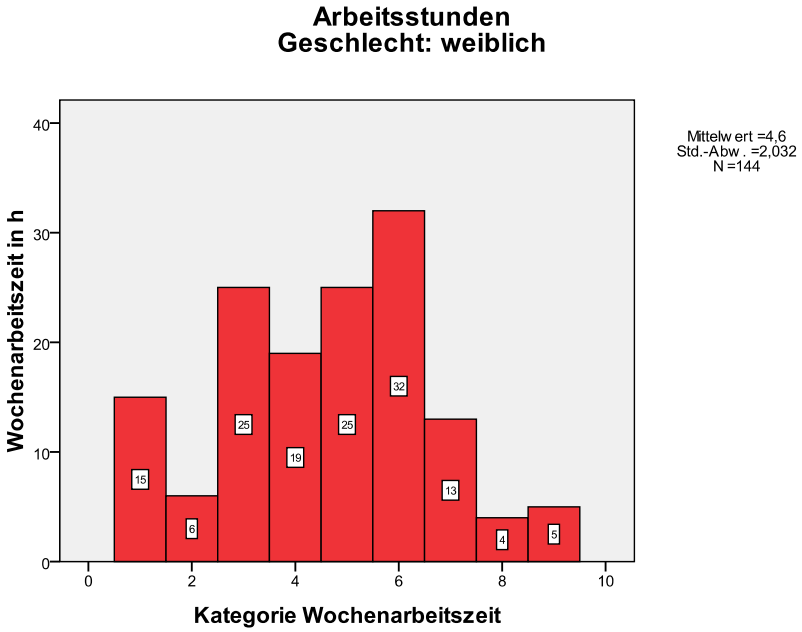


Abbildung 18: Arbeitsstunden weiblich

Tabelle 18: Häufigkeiten Arbeitsstunden männlich und weiblich

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent
männlich	Gültig	29 Std./Wo. oder weniger	3	1,9
		etwa 30-39 Std./Wo.	2	1,2
		etwa 40-49 Std./Wo.	11	6,8
		etwa 50-59 Std./Wo.	16	9,9
		etwa 60-69 Std./Wo.	43	26,7
		etwa 70-79 Std./Wo.	50	31,1
		etwa 80-89 Std./Wo.	24	14,9
		etwa 90-99 Std./Wo.	5	3,1
		100 Std./Wo. oder mehr	7	4,3
		Gesamt	161	100,0
weiblich	Gültig	29 Std./Wo. oder weniger	15	10,4
		etwa 30-39 Std./Wo.	6	4,2
		etwa 40-49 Std./Wo.	25	17,4
		etwa 50-59 Std./Wo.	19	13,2
		etwa 60-69 Std./Wo.	25	17,4
		etwa 70-79 Std./Wo.	32	22,2
		etwa 80-89 Std./Wo.	13	9,0
		etwa 90-99 Std./Wo.	4	2,8
		100 Std./Wo. oder mehr	5	3,5
		Gesamt	144	100,0

7 Ergebnisse

Die nachfolgenden Berechnungen und Diagramme wurden mittels SPSS Statistics 17.0 durchgeführt. Zunächst werden die Erhebungsinstrumente deskriptiv beschrieben und anschließend werden die Hypothesen dieser Untersuchung rechnerisch überprüft. Die verwendeten Verfahren umfassen Produkt-Moment-Korrelationen, Diskriminanzanalyse, univariate, einfaktorielle Varianzanalyse sowie *t*-Tests für unabhängige Stichproben.

7.1 Deskriptstatistik und Hypothesenprüfung

Bei allen verwendeten Verfahren kann von einer Normalverteilung ausgegangen werden, da nach dem zentralen Grenzwertsatz eine Verteilung ab einer Stichprobengröße von N ≥ 30 hinreichend normal ist (Bortz & Döring, 2006, S.411).

7.1.1 Deskriptivstatistik des Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)

Bei der Skala Zufriedenheit mit Kollegen (**meanmk**) erreichten Männer einen Mittelwert von 2.97 (*SD* = 0.52) und Frauen einen Mittelwert von 3.06 (*SD* = 0.60).

Bezüglich der Zufriedenheit mit den Vorgesetzten (**meanmv**) erzielten Männer einen Mittelwert von 2.73 (*SD* = 0.72) und Frauen einen Mittelwert von 2.99 (*SD* = 0.70).

Schaut man sich die Skala zur Zufriedenheit mit der Tätigkeit (**meanmt**) an, so hatten Männer im Mittel 3.24 (*SD* = 0.58) und Frauen im Mittel 3.34 (*SD* = 0.48).

In Bezug auf die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (**meanma**) erreichte das männliche Geschlecht einen Mittelwert von 2.28 (*SD* = 0.57) und Frauen einen Mittelwert von 2.32 (*SD* = 0.60).

Bei der Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung (**meanol**) hatten Männer einen Mittelwert von 1.96 (*SD* = 0.57) und Frauen hatten einen Mittelwert von 2.31 (*SD* = 0.67).

Betrachtet man die Zufriedenheit mit der Entwicklung (**meanme**), so erzielten hier Männer einen Mittelwert von 2.50 (*SD* = 0.71) und Frauen einen Mittelwert von 2.61 (*SD* = 0.74).

Bezüglich der Skala Zufriedenheit mit der Bezahlung (**meanmb**) hatten Männer einen Mittelwert von 1.96 (*SD* = 0.74) und Frauen einen Mittelwert von 2.27 (*SD* = 0.81) (vg. Bubich, 2010).

7.1.2 Deskriptivstatistik des Fragebogens zum chronischen Stress (TICS)

Der Mittelwert bei der Skala Arbeitsüberlastung (**mean_uebe**) lag bei Männern bei *M* = 2.25 (*SD* = 0.92) und bei Frauen bei *M* = 2.32 (*SD* = 0.89).

Bei der Skala der sozialen Überlastung (**mean_soue**) betrag der Mittelwert bei Männern *M* = 2.33 (*SD* = 0.72) und bei Frauen *M* = 2.20 (*SD* = 0.82).

Betrachtet man die Skala des Erfolgsdrucks (**mean_erdr**) so ergab sich bei Männern ein Mittelwert von 2.28 (*SD* = 0.61) und bei Frauen ein Mittelwert von 2.20 (*SD* = 0.61).

Bei der Skala Arbeitsunzufriedenheit (**mean_unzu**) erreichten Männer einen Mittelwert von 1.45 (*SD* = 0.77) und Frauen einen Mittelwert von 1.35 (*SD* = 0.71).

In Bezug auf die Überforderung (**mean_uefo**) hatten Männer einen Mittelwert von 0.98 (SD = 0.69) und Frauen hatten einen Mittelwert von 1.09 (*SD* = 0.68).

Bei der Skala Mangel an sozialer Anerkennung (**mean_mang**) ergab sich beim männlichen Geschlecht ein Mittelwert von 1.79 (*SD* = 0.93) und beim weiblichen Geschlecht ergab sich ein Mittelwert von 1.80 (*SD* = 0.98).

Bei den Sozialen Spannungen (**mean_sozs**) erreichten Männer im Mittel 1.06 (*SD* = 0.72) und Frauen im Mittel 0.97 (*SD* = 0.75).

Betrachtet man die Skala zur sozialen Isolation (**mean_sozi**) so hatten Männer einen Mittelwert von 1.15 (*SD* = 0.79) und Frauen hatten einen Mittelwert von 1.13 (*SD* = 0.80).

Bei der chronischen Besorgnis (**mean_sorg**) erreichten Männer im Mittel 1.32 (*SD* = 0.93) und Frauen im Mittel 1.53 (*SD* = 1.01).

7.1.3 Deskriptivstatistik des Fragebogens zur allgemeinen Depression (ADS)

Der Mittelwert beim Fragebogen zur allgemeinen Depression (**mean_de**) lag bei Männern bei 0.49 (*SD*= 0.43) und der Mittelwert bei Frauen lag bei 0.58 (*SD*= 0.51).

7.1.4 Zusammenhangshypothesen

Die Zusammenhangshypothesen, die hier folgen, wurden mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet, da alle Voraussetzungen erfüllt waren. Mit

dieser Korrelation lässt sich ermitteln, ob es einen linearen Zusammenhang zwischen zwei Variablen gibt. Um etwas über die Stärke dieses Zusammenhangs zu erfahren schaut man sich den Korrelationskoeffizienten an. Damit man dieses Verfahren anwenden kann, wird Intervallskalenniveau und Normalverteilung vorausgesetzt (Bortz & Döring, 2006, S. 508).

Nach Bortz und Döring (2006, S. 606) wird folgende Einteilung herangezogen um die Stärke des Zusammenhangs bzw. die Höhe des Korrelationskoeffizienten interpretieren zu können:

- **geringe Korrelation**: 0.1 bis 0.29
- **mittlere Korrelation**: 0.3 bis 0.49
- **hohe Korrelation**: ≥ 0.5

Da bei einer so großen Stichprobe die Ergebnisse relativ schnell signifikant werden, wird nur auf jene Hypothesen näher einzugehen, welche einen mittleren bis hohen Zusammenhang haben. Dadurch ist eine übersichtlichere Darstellung der Ergebnisse möglich. Für diese Korrelationen kann somit die Alternativhypothese (H_1) angenommen werden.

Jedoch wird auch für alle Korrelationen, die eine geringe Korrelation aufweisen die Alternativhypothese (H_1) angenommen. Nicht eingerahmt sind jene Korrelationen in den Tabellen, die keinen Zusammenhang aufweisen und wo somit die Nullhypothese (H0) angenommen werden muss.

7.1.4.1 Zusammenhang zwischen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen

Die statistische Auswertung der Hypothese H_1(1): Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung) und den chronischen Stressdimensionen (Arbeitsüberlastung, sozialen Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, Mangel an sozialer Anerkennung, sozialen Spannungen, sozialer Isolation, chronischer Besorgnis) ergab einen mittleren bis hohen Zusammenhang zwischen folgenden Skalen:

A) Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit Kollegen“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit den Kollegen“ (**meanmk**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.395, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit den Kollegen“ (**meanmk**) und der Stressdimension „soziale Spannungen“ (**sozs**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.438, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand von Tabelle 19 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit den Kollegen“ (**meanmk**) und „sozialer Überlastung“, „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „soziale Isolation“, „Überforderung“ und „chronischer Besorgnis“ besteht. Auch hier wird die $H_1(1)$ angenommen.

Tabelle 19: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit Kollegen und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean mk	Korr. n. Pearson	-,112	-,155**	-,170**	-,265**	-,151**	-,395**	-,438**	-,243**	-,216**
	Sign. (2-seitig)	,051	,007	,003	,000	,008	,000	,000	,000	,000

B) Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit Vorgesetzten“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit Vorgesetzten“ (**meanmv**) und der Stressdimension „Arbeitsunzufriedenheit“ (**unzu**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.320, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Vorgesetzten“ (**meanmv**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.444, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Vorgesetzten“ (**meanmv**) und der Stressdimension „sozialen Spannungen“ (**sozs**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.370, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 20 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit den Vorgesetzten“ (**meanmv**) und „soziale Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ besteht. Auch hier wird die Alternativhypothese angenommen.

Tabelle 20: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit den Vorgesetzten und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean mv	Korr. n. Pearson	-,044	-,110	-,093	-,320**	-,056	-,444**	-,370**	-,200**	-,116*
	Sign. (2-seitig)	,440	,055	,106	,000	,326	,000	,000	,000	,043

C) Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und der Stressdimension „Arbeitsunzufriedenheit“ (**unzu**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.625, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und der Stressdimension „Überforderung“ (**uefo**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.312, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.474, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und der Stressdimension „chronische Besorgnis“ (**sorg**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.316, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 21 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und „Arbeitsüberlastung“, „soziale Spannungen“ und „sozialer Isolation“ besteht.

Tabelle 21: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean mt	Korr. n. Pearson	-,158**	-,100	-,100	-,625**	-,312**	-,474**	-,287**	-,291**	-,316**
	Sign. (2-seitig)	,006	,082	,080	,000	,000	,000	,000	,000	,000

D) Zusammenhang zwischen „Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen“ (**meanma**) und der Stressdimension „Arbeitsüberlastung“ (**uebe**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.345, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen“ (**meanma**) und der Stressdimension „soziale Überlastung“ (**soue**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.305, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 22 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Arbeitsbedingungen“ (**meanma**) und „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „Überforderung“, „Mangel an sozialer Anerkennung“, „soziale Spannungen“, „soziale Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ besteht.

Tabelle 22: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Arbeitsbedingung und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean ma	Korr. n. Pearson	-,345**	-,305**	-,287**	-,292**	-,242**	-,258**	-,232**	-,216**	-,186**
	Sign. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001

E) Zusammenhang zwischen „Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung“ (**meanol**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.341, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 23 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung“ (**meanol**) und „Arbeitsüberlastung“, „sozialer Überlastung“, „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „Überforderung“, „soziale Spannungen“, „soziale Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ besteht.

Tabelle 23: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean ol	Korr. n. Pearson	-,127*	-,201**	-,126*	-,267**	-,138*	-,341**	-,285**	-,140*	-,164**
	Sign. (2-seitig)	,026	,000	,027	,000	,016	,000	,000	,014	,004

F) Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der „Entwicklung im Beruf“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ (**meanme**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.576, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ (**meanme**) und der Stressdimension „Arbeitsunzufriedenheit“ (**unzu**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.458, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ (**meanme**) und der Stressdimension „soziale Spannungen“ (**sozs**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.310, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 24 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ (**meanme**) und „Arbeitsüberlastung“, „Überforderung“, „sozialer Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ besteht.

Tabelle 24: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Entwicklung und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean me	Korr. n. Pearson	-,112*	-,090	-,109	-,458**	-,169**	-,576**	-,310**	-,183**	-,248**
	Sign. (2-seitig)	,050	,117	,058	,000	,003	,000	,000	,001	,000

G) Zusammenhang zwischen „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ und den chronischen Stressdimensionen

- „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ (**meanmb**) und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**)

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negativer Korrelation dar (N = 305, r = - 0.337, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 25 ist auch ersichtlich, dass eine geringe negative Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ (**meanmb**) und „sozialer Überlastung“, „Arbeitsunzufriedenheit“ und „sozialen Spannungen“ besteht.

Tabelle 25: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Bezahlung und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean mb	Korr. n. Pearson	-,089	-,175**	-,046	-,134*	,021	-,337**	-,228**	-,050	-,021
	Sign. (2-seitig)	,121	,002	,423	,019	,715	,000	,000	,383	,721

7.1.4.2 Zusammenhang zwischen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung.

Die statistische Auswertung der Hypothese $H_1(2)$: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung) und der Depressionsausprägung einer Person ergab eine mittlere bis hohe Korrelation zwischen folgenden Skalen:

- „Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit“ (**meanmt**) und dem „Depressionserleben“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.414, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ (**meanme**) und dem „Depressionserleben“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* negative Korrelation dar (N = 305, r = - 0.333, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 26 ist auch ersichtlich, dass eine geringe Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „Depressionserleben“ und der Zufriedenheit mit den „Kollegen“, „Vorgesetzten“, „Arbeitsbedingungen“ und der „Organisation und Leitung“ besteht.

Tabelle 26: Korrelationsmatrix Depressionserleben und den Skalen des ABB

		mean						
		mk	mv	mt	ma	ol	me	mb
mean de	Korr. n. Pearson	-,242**	-,171**	-,414**	-,211**	-,203**	-,333**	-,097
	Sign. (2-seitig)	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,091

7.1.4.3 Zusammenhang zwischen dem chronischen Stresserleben und dem Depressionserleben

Die statistische Auswertung der Hypothese $H_1(3)$: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den chronischen Stressdimensionen (Arbeitsüberlastung, sozialen Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, Mangel an sozialer Anerkennung, sozialen Spannungen, sozialer Isolation, chronischer Besorgnis) und der Depressionsausprägung einer Person ergab einen mittleren bis hohen Zusammenhang zwischen folgenden Skalen:

- „Überforderung“ (**uefo**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.559, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Mangel an sozialer Anerkennung“ (**mang**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.508, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „sozialen Isolation“ (**sozi**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.514, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „chronischen Besorgnis“ (**sorg**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.728, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Arbeitsüberlastung“ (**uebe**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0,393, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Erfolgsdruck“ (**erdr**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.329, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „Arbeitsunzufriedenheit“ (**unzu**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *hohe* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.496, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

- „sozialen Spannungen“ (**sozs**) und der „Depressionsausprägung“ einer Person

Das Ergebnis ist signifikant und stellt eine *mittlere* positive Korrelation dar (N = 305, r = 0.332, $p \leq .0001$). Daher wird die Alternativhypothese angenommen.

Anhand der Tabelle 27 ist auch ersichtlich, dass eine geringe positive Korrelation und somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „Depressionserleben“ und „sozialer Überlastung“ besteht.

Tabelle 27: Korrelationsmatrix Depressionserleben und den Skalen des TICS

		mean								
		uebe	soue	erdr	unzu	uefo	mang	sozs	sozi	sorg
mean de	Korr. n. Pearson	,393**	,196**	,329**	,496**	,559**	,508**	,332**	,514**	,728**
	Sign. (2-seitig)	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

7.1.5 Diskriminanzanalyse

Die Diskriminanzanalyse kommt zur Anwendung um nun die $H_1(4)$ „Das Geschlecht hat einen signifikanten Erklärungswert in Variablen, der Arbeitszufriedenheit, der chronischen Stressdimensionen und der Depressionsausprägung“ überprüfen zu können.

Bei der Diskriminanzanalyse handelt es sich um ein hypothesentestendes Verfahren. Da bei der vorliegenden Untersuchung ein Hauptaugenmerk auf den Geschlechterunterschied gelegt wird, wurde dieses Verfahren angewendet um zu überprüfen, in welchen Variablen sich Medizinerinnen und Mediziner explizit unterscheiden, bzw. ob man anhand der Analyse die Antworten den Geschlechtern entsprechend zuordnen kann. Sie dient somit der Tauglichkeit der Gruppenzuordnung.

7.1.5.1 Vorraussetzung der Diskriminanzanalyse

Um die Diskriminanzanalyse anwenden zu dürfen, muss nach Bortz und Döring (2006) zumindest Intervallskalenniveau der unabhängigen Variablen, nominales Skalenniveau der abhängigen Variablen, multivariate Normalverteilung der unabhängigen Variablen und Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen vorliegen.

Wie schon erwähnt ist ein Ziel dieser Arbeit festzustellen, ob das Geschlecht (abhängige Variable) sich hinsichtlich verschiedener Merkmale in Bezug auf Arbeitszufriedenheit, chronischen Stress und Depression (unabhängige Variablen) unterscheidet. Die Diskriminanzanalyse darf durchgeführt werden, da alle Vorraussetzungen erfüllt sind. So werden die vorgeschriebenen Skalenniveaus von der unabhängigen und von der abhängigen Variablen erfüllt. Auch Gleichheit der Varianz-Kovarianzmatrizen kann bestätigt werden. Der Box-M-Test, der durchgeführt

wurde, um zu kontrollieren, ob die Kovarianzmatrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind, liefert ein nicht signifikantes Ergebnis [$F(190,79)$, $p = .069$]. Würde ein signifikantes Ergebnis herauskommen, liegt eine Inhomogenität der Kovarianz-Matrizen vor.

Auch die Vorraussetzung der multivariaten Normalverteilung ist aufgrund der großen Stichprobe erfüllt. Es wird eine abhängige Variablen bei einem Gesamtstichprobenumfang von N = 305 untersucht.

7.1.5.2 Ergebnisse

Anhand Tabelle 28 kann man sehen, wie gut die 17 Variablen, getrennt betrachtet, zwischen den zwei Gruppen (Männer/Frauen) trennen. So kann man erkennen, dass einige Variablen signifikant zur Diskriminierung der Geschlechter beitragen. Die Variablen Arbeitszufriedenheit mit Vorgesetzten (meanmv) [$F(1, 303) = 10.20$, $p = .002$], Arbeitszufriedenheit mit Organisation und Leitung (meanol) [$F(1, 303) = 23.94$, $p \leq .0001$] und Zufriedenheit mit der Bezahlung (meanmb) [$F(1, 303) = 11.89$, $p = .001$] diskriminieren zwischen den beiden Geschlechtern. Die Skala chronischer Besorgnis (sorg) aus dem Trier Inventar zum chronischen Stress liefert ein tendenziell signifikantes Ergebnis [$F(1, 303) = 3.54$, $p = .061$] und kann somit mit Vorbehalt zur Diskriminierung zwischen den beiden Gruppen (Männer/Frauen) herangezogen werden.

Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass vier Variablen positiv dazu beitragen, dass die Personen dem richtigen Geschlecht zugeordnet werden. Alle anderen Variablen können dies nicht.

Tabelle 28: Gleichheitstest der Gruppenmittelwerte

		Wilks-Lambda	F	df1	df2	Signifikanz
mean	mk	,994	1,971	1	303	,161
	mv	,967	10,200	1	303	,002
	mt	,991	2,713	1	303	,101
	ma	,999	,430	1	303	,512
	ol	,927	23,943	1	303	,000
	me	,994	1,758	1	303	,186

	mb	,962	11,885	1	303	,001
	uebe	,999	,405	1	303	,525
	soue	,993	2,272	1	303	,133
	erdr	,996	1,288	1	303	,257
	unzu	,995	1,488	1	303	,223
	uefo	,994	1,682	1	303	,196
	mang	1,000	,023	1	303	,880
	sozs	,997	1,011	1	303	,316
	sozi	1,000	,075	1	303	,785
	sorg	,988	3,541	1	303	,061
	de	,991	2,671	1	303	,103

Anhand Tabelle 29 lässt sich erkennen, dass die Diskriminanzanalyse, die in dieser Studie durchgeführt wurde, sich als höchst signifikant erweist [$\chi^2(17) = 57.41$; $p \leq .0001$]. Das heißt, dass die soeben deklarierten Variablen einen signifikanten Erklärungswert haben.

Tabelle 29: Gleichheit der Gruppenmittelwerte Wilk`s Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	,823	57,408	17	,000

Die Diskriminanzanalyse hat einen Eigenwert von 0.215 und eine Kanonische Korrelation von 0.421 (siehe Tabelle 30). Dieses Ergebnis ist nicht besonders hoch und das bedeutet wiederum, dass wenige Variablen zwischen Männer und Frauen unterscheiden können.

Tabelle 30: Gleichheit der Gruppenmittelwerte Eigenwerte

Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	,215[a]	100,0	100,0	,421

a. Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Letztendlich lässt sich sagen, dass 67,7% der Männer und 64,6% der Frauen richtig klassifiziert werden konnten (siehe Tabelle 31).

Insgesamt wird eine Varianz von 66,2% erklärt. Den anderen Funktionen wird keine weitere Aufmerksamkeit geschenkt, da sie keinen signifikanten Beitrag zur Diskriminierung leisten.

Bezüglich der $H_1(4)$ „Das Geschlecht hat einen signifikanten Erklärungswert in Variablen, der Arbeitszufriedenheit, des chronischen Stresserlebens und des Depressionserlebens“, kann aufgrund der Ergebnisse gesagt werden, dass das Geschlecht einen signifikanten Erklärungswert bezüglich einiger Skalen der Arbeitszufriedenheit hat. Dies trifft auch tendenziell für eine Skale des chronischen Stresserlebens zu. Vereinfacht ausgedrückt kann somit ein Geschlechtsunterschied in einigen Skalen angenommen werden.

Tabelle 31: Klassifizierungsergebnisse[a]

		Geschlecht	vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit		Gesamt
			männlich	weiblich	
Original	#	männlich	109	52	161
		weiblich	51	93	144
	%	männlich	67,7	32,3	100,0
		weiblich	35,4	64,6	100,0

a. 66,2% der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

7.1.6 Unterschiedshypothese

Zur Prüfung der $H_1(5)$: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der globalen Arbeitszufriedenheit und dem Geschlecht, wurde eine ANOVA für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Die univariate, einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für unabhängige Stichproben untersucht die Signifikanz der Mittelwertdifferenz zwischen zwei Gruppen. Folgende Kriterien müssen für die Anwendung vorausgesetzt werden (Bortz & Döring, 2006):

- Normalverteilung der Daten pro Gruppe
- zumindest Intervallskalenniveau der Messwerte
- Unabhängigkeit der Testpersonen
- Homogenität der Varianzen

Alle Voraussetzungen, bis auf die Homogenität der Varianzen, können als gegeben angesehen werden. Die Heterogenität stellt jedoch kein Problem dar, da die Varianzanalyse robust gegen diese Verletzung ist.

Tabelle 32: ONEWAY deskriptive Statistiken

		Geschlecht	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
mean	abb	männlich	161	2,5297	,36409	,02869
		weiblich	144	2,7130	,45231	,03769
		gesamt	305	2,6162	,41762	,02391

Betrachtet man den Levene-Test, so lässt sich erkennen, dass die Varianzen nicht homogen, sondern heterogen sind, da der Test signifikant ausfällt ($F(303) = 6.435$; $p = .012$). Frauen streuen stärker als ihre männlichen Kollegen.

Tabelle 33: Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte

Funktion	Statistik[a]	df1	df2	Sig.
Welch-Test	14,970	1	274,407	,000
a. Asymptotisch F-verteilt				

Für den Mittelwertsvergleich wird die Welch Statistik berechnet. Diese ist der *F*-Statistik vorzuziehen, weil sich die Annahme gleicher Varianzen nicht bestätigt hat (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008). Mit dem Welch-Test $F(1,274.41) = 14.97$; $p \leq .0001$) ergibt sich, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit signifikant unterscheiden (siehe Tabelle 33). Demzufolge geben Männer eine signifikant schlechtere Arbeitszufriedenheit ($M = 2.53$, $SD = 0.36$) an. Frauen sind somit in Bezug auf ihre globale Arbeitszufriedenheit zufriedener ($M =$

2.71, *SD* = 0.45) (siehe Tabelle 32). Dieses Ergebnis lässt sich jedoch nur nach der Signifikanz beurteilen. Da die Stichprobenumfänge nicht gleich sind, werden die Streuungen mit folgender Formel gewichtet (Bortz & Döring, 2006, 606-607):

$$\hat{\delta} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\hat{\sigma}}$$

$$\hat{\sigma} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)\hat{\sigma}_1 + (n_2 - 1)\hat{\sigma}_2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}}$$

$$\hat{\delta} = 0.45$$

Es zeigt sich, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf ihre Arbeitszufriedenheit mit einem mittelgroßen Effekt gibt.

Zur Prüfung der $H_1(6)$: Es gibt einen signifikanten Unterschied in den Stressdimensionen in Abhängigkeit vom Geschlecht, wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Der *t*-Test für unabhängige Stichproben untersucht die Signifikanz der Mittelwertdifferenz zwischen zwei Gruppen. Folgende Kriterien müssen für die Anwendung vorausgesetzt werden (Bortz et al. 2006):

- Normalverteilung
- mindestens Intervallskalenniveau der Daten
- Unabhängigkeit der Testwerte
- Homogenität der Varianzen der Gruppen

Der *t*-Test für unabhängige Stichproben konnte auch hier durchgeführt werden, da grundsätzlich alle Voraussetzungen als gegeben angesehen werden konnten.

Tabelle 34: t-Test für unabhängige Stichproben Gruppenstatistik

		Geschlecht	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
mean	uebe	männlich	161	2,2531	,92184	,07265
		weiblich	144	2,3194	,89381	,07448
	soue	männlich	161	2,3292	,71733	,05653
		weiblich	144	2,1968	,81713	,06809
	erdr	männlich	161	2,2823	,60680	,04782
		weiblich	144	2,2029	,61259	,05105
	unzu	männlich	161	1,4503	,77274	,06090
		weiblich	144	1,3464	,70830	,05902
	uefo	männlich	161	,9824	,69362	,05467
		weiblich	144	1,0845	,67793	,05649
	mang	männlich	161	1,7873	,93258	,07350
		weiblich	144	1,8038	,97663	,08139
	sozs	männlich	161	1,0569	,71954	,05671
		weiblich	144	,9722	,75133	,06261
	sozi	männlich	161	1,1511	,79403	,06258
		weiblich	144	1,1262	,79827	,06652
	sorg	männlich	161	1,3214	,92594	,07297
		weiblich	144	1,5295	1,00501	,08375

Betrachtet man den Levene-Test (siehe Tabelle 35), so lässt sich erkennen, dass die Varianzen bei allen Stressdimensionen bis auf „soue“ homogen sind. Frauen und Männer streuen gleich. Nur bei der Dimension „soue“, wie schon erwähnt, fällt der Test signifikant aus. Die Varianz ist hier also heterogen. Frauen und Männer streuen demzufolge bezüglich dieser Dimension unterschiedlich.

Der Mittelwertvergleich *t*-Test für unabhängige Stichproben zeigt, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Stressdimensionen nicht signifikant unterscheiden. In Bezug auf alle Dimensionen kann somit die H_0 angenommen werden (siehe Tabelle 35). Bei der Skala „sorg“ gibt es jedoch einen tendenziellen Unterschied zwischen

dem Geschlecht ($t(303) = -1.88$; $p = .061$). Dieses Ergebnis lässt sich jedoch nur nach der Signifikanz beurteilen. Um eine genauere Aussage machen zu können, wird im Folgenden die Effektgröße für die Dimension „sorg“ berechnet, da es nur hier einen tendentiellen Unterschied gibt:

$$\hat{\delta} = 0.02$$

Es zeigt sich, dass es einen tendenziellen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Skala „sorg“ mit einem minimalen Effekt gibt.

Tabelle 35: t-Test für unabhängige Stichproben Levene-Test

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
mean_uebe	Varianzen sind gleich	,189	,664	-,636	303	,525	-,06634	,10423	-,27144	,13876
	Varianzen sind nicht gleich			-,638	301,018	,524	-,06634	,10405	-,27109	,13842
mean_soue	Varianzen sind gleich	4,801	,029	1,507	303	,133	,13243	,08786	-,04047	,30534
	Varianzen sind nicht gleich			1,496	286,443	,136	,13243	,08850	-,04177	,30663
mean_erdr	Varianzen sind gleich	,045	,832	1,135	303	,257	,07933	,06991	-,05824	,21691
	Varianzen sind nicht gleich			1,134	298,593	,258	,07933	,06995	-,05833	,21699
mean_u	Varianzen sind gleich	,760	,384	1,220	303	,223	,10396	,08522	-,06375	,27166

	Varianzen sind nicht gleich			1,226	302,813	,221	,10396	,08481	-,06294	,27085
mean_uefo	Varianzen sind gleich	,022	,881	-1,297	303	,196	-,10209	,07871	-,25698	,05280
	Varianzen sind nicht gleich			-1,299	300,611	,195	-,10209	,07861	-,25679	,05261
mean_mang	Varianzen sind gleich	,001	,979	-,151	303	,880	-,01655	,10938	-,23179	,19869
	Varianzen sind nicht gleich			-,151	295,624	,880	-,01655	,10966	-,23237	,19926
mean_sozs	Varianzen sind gleich	,003	,956	1,005	303	,316	,08471	,08427	-,08112	,25054
	Varianzen sind nicht gleich			1,003	295,887	,317	,08471	,08447	-,08153	,25096
mean_sozi	Varianzen sind gleich	,102	,750	,274	303	,785	,02498	,09130	-,15469	,20465
	Varianzen sind nicht gleich			,274	298,885	,785	,02498	,09133	-,15475	,20471
mean_sorg	Varianzen sind gleich	1,765	,185	-1,882	303	,061	-,20809	,11058	-,42568	,00951
	Varianzen sind nicht gleich			-1,873	292,088	,062	-,20809	,11108	-,42671	,01054

Zur Prüfung der $H_1(7)$: Es gibt einen signifikanten Unterschied in der Depressionsausprägung in Abhängigkeit vom Geschlecht, wurde ein *t*-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Der *t*-Test für unabhängige Stichproben konnte auch hier durchgeführt werden, da alle Voraussetzungen als gegeben angesehen werden konnten.

Tabelle 36: t-Test für unabhängige Stichproben Gruppenstatistik

		Geschlecht	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
mean	de	männlich	161	,4901	,43163	,03402
		weiblich	144	,5785	,51273	,04273

Betrachtet man den Levene-Test (siehe Tabelle 37), so lässt sich erkennen, dass die Varianzen nicht homogen, sondern heterogen sind. Der Test fällt signifikant ($F(303) = 4.76$; $p = .030$) aus.

Der Mittelwertsvergleich *t*-Test ($t(-280.88) = -1.62$; $p = .107$) zeigt, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Depressionsausprägung nicht signifikant unterscheiden (siehe Tabelle 37). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Geschlecht bezüglich der Depressionsausprägung. Die H_0 wird daher beibehalten.

Tabelle 37: t-Test für unabhängige Stichproben Levene Test

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
									95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
mean_de	Varianzen sind gleich	4,764	,030	-1,634	303	,103	-,08841	,05410	-,19486	,01804
	Varianzen sind nicht gleich			-1,619	280,878	,107	-,08841	,05462	-,19592	,01910

8 Diskussion

Ziel dieses Kapitels ist es die vorher gewonnen Ergebnisse dieser Studie zusammenzufassen, zu interpretieren und zu diskutieren. Die Ergebnisse sollen auch mit den bisherigen Forschungsergebnissen in Bezug gebracht werden. Deskriptiv statistische Ergebnisse, welche für die Überprüfung der Hypothesen auch von Bedeutung waren, werden hier nun näher erläutert.

In der vorliegenden Studie wurde versucht Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit, Stress und Depression durch den Einsatz des Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB), dem Trier Inventar zum chronischen Stress (TICS) und der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) zu untersuchen. Ferner sollten Geschlechtsunterschiede aufgedeckt werden.

8.1 Interpretation der Ergebnisse

8.1.1 Zusammenhangshypothesen

Aufgrund der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise dafür, dass Stress und Depression mit der Arbeitszufriedenheit von MedizinerInnen zusammenhängen (Simoens et al., 2002; Cooper et al., 1989; Williams et al., 2007; Coffey et al., 2004; Demir et al., 2007; Lee et al., 2009; Thommasen et al., 2001).

Daher wurde es als weiteres Ziel dieser Forschungsarbeit angesehen, diesen vermeintlichen Zusammenhang zu untersuchen. Insgesamt kann gesagt werden, dass auch in dieser Arbeit diese Zusammenhänge zum größten Teil bestätigt wurden.

8.1.1.1 Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und den chronischen Stressdimensionen

Zunächst wird auf jene Ergebnisse näher eingegangen, die zeigen sollen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (mit Kollegen, Vorgesetzten, Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Entwicklung, Bezahlung) und den chronischen Stressdimensionen (Arbeitsüberlastung, sozialen Überlastung, Erfolgsdruck, Arbeitsunzufriedenheit, Überforderung, Mangel an sozialer Anerkennung, sozialen Spannungen, sozialer Isolation, chronischer Besorgnis) gibt. Bis auf einige wenige Aspekte kann gesagt

werden, dass ein Zusammenhang besteht und die $H_1(1)$ angenommen werden kann. Das negative Vorzeichen bei allen Korrelationen bedeutet, dass ein hoher Wert in der Arbeitszufriedenheit mit einem niedrigen Wert im Stresserleben einhergeht und umgekehrt. Dies wurde auch in den Studien von Simeons et al. (2002), Cooper et al. (1989) und Williams et al. (2007) bestätigt. Auch hier hing die Arbeitszufriedenheit mit Stress negativ zusammen. Demzufolge waren die ÄrztInnen zufriedener, wenn sie weniger Stress hatten. Lediglich in der Studie von Visser et al. (2003) und Lee et al. (2008) fand man heraus, dass Arbeitszufriedenheit und Stress nicht zusammenhängen. Hier waren die ÄrztInnen zufrieden, obwohl sie viel Stress hatten.

Zum besseren Verständnis sollen nun folgende Zusammenhänge näher erläutert werden bei denen die $H_1(1)$ angenommen wird.

Schaut man sich die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit den Kollegen und den chronischen Stressdimensionen an, so kann man sagen, dass ein mittlerer negativer Zusammenhang mit dem „Mangel an sozialer Anerkennung“ und den „sozialen Spannungen“ feststellen. Auch besteht ein geringer negativer Zusammenhang mit „sozialer Überlastung“, „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „soziale Isolation“, „Überforderung“ und „chronischer Besorgnis“.

Betrachtet man nun die Ergebnisse bezüglich der „Zufriedenheit mit den Vorgesetzten“ und den Skalen des chronischen Stress so kommt man zu folgenden Resultaten: Ein mittlerer negativer Zusammenhang besteht mit der „Arbeitsunzufriedenheit“, dem „Mangel an sozialer Anerkennung“ und den „sozialen Spannungen“ einer Person. Ein geringer negativer Zusammenhang lässt sich bezüglich der „sozialen Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ erkennen.

Nun zu den Resultaten bezüglich der „Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit „und den Stressskalen. Hier kann man sagen, dass ein hoher negativer Zusammenhang mit der „Arbeitsunzufriedenheit“ besteht. Des Weiteren besteht ein mittlerer negativer Zusammenhang mit der „Überforderung einer Person“, dem „Mangel an sozialer Anerkennung“ einer Person und „chronischer Besorgnis“. Eine geringe negative Korrelation ergab sich auch in Bezug auf die „Arbeitsüberlastung“, „soziale Spannungen“ und „sozialer Isolation“.

Jetzt zu den Ergebnissen zu der „Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen“. Hier lässt sich sagen, dass es einen mittleren negativen Zusammenhang mit der

Stressdimension „Arbeitsüberlastung“ und der „sozialen Überlastung“ gibt. Auch gibt es einen geringen negativen Zusammenhang mit „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „Überforderung“, „Mangel an sozialer Anerkennung“, „soziale Spannungen“, „soziale Isolation“ und „chronischer Besorgnis“.

Zu den Feststellungen bezüglich der „Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung“ kann man sagen, dass ein mittlerer negativer Zusammenhang mit der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“ einer Person besteht. Eine geringe negative Korrelation gab es bezüglich der „Arbeitsüberlastung“, „sozialer Überlastung“, „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“, „Überforderung“, „soziale Spannungen“, „sozialer Isolation“ und „chronischer Besorgnis“.

Einen hohen negativen Zusammenhang gab es bezüglich der „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“. Ein mittlerer negativer Zusammenhang besteht auch zwischen der „Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf“ und der „Arbeitsunzufriedenheit“ und den „sozialen Spannungen“ einer Person. Ein geringer negativer Zusammenhang ließ sich in Bezug auf die „Arbeitsüberlastung“, „Überforderung“, „sozialer Isolation“ und „chronischer Besorgnis“ finden.

Zu guter letzt gibt es einen mittleren negativen Zusammenhang zwischen der „Zufriedenheit mit der Bezahlung“ und der Stressdimension „Mangel an sozialer Anerkennung“. Zudem gab es eine geringe negative Korrelation bezüglich „sozialer Überlastung“, „Arbeitsunzufriedenheit“ und „sozialen Spannungen“.

8.1.2 Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung

Bei mehreren Untersuchungen kam heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Depression gibt. So fand Coffey et al. (2004) zum Beispiel heraus, dass Ärztinnen, die an Depressionen leiden auch eine geringere Arbeitszufriedenheit aufweisen. Dies bestätigte sich auch in der Untersuchung von Demir et al. (2007). Auch hier kam heraus, dass Ärzte die unter einer höheren Depressionsausprägung litten, mit ihrer Arbeit unzufriedener waren. Das Selbe wurde auch in der Studie von Thommasen et al. (2001) und in der Studie von Lee et al. (2009) bestätigt. Aus diesem Grund sollte auch in der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und

der Depressionsausprägung gibt. Tatsächlich konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass Arbeitszufriedenheit und Depression negativ zusammenhängen. Das heißt, dass ein hoher Wert in der Arbeitszufriedenheit mit einem niedrigen Wert in der Depression einhergeht und umgekehrt.

Zuerst werden jene Hypothesen näher betrachtet bei denen die $H_1(2)$ angenommen werden kann. Es konnte nachgewiesen werden, dass die „Depressionsausprägung“ in einem mittleren negativen Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der „Arbeitstätigkeit“ und der „Entwicklung im Beruf“ steht. Eine geringe negative Korrelation konnte zwischen der „Depressionsausprägung“ und der Zufriedenheit mit den „Kollegen“, den „Vorgesetzten“, den „Arbeitsbedingungen“ und der „Organisation und Leitung“ festgestellt werden.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Feststellungen aus früheren Studien überein. Kein Zusammenhang bestand lediglich zwischen der „Depressionsausprägung“ und der „Zufriedenheit mit der Bezahlung“.

8.1.3 Zusammenhang zwischen Stressdimensionen und Depressionsausprägung

Hier muss zuerst gesagt werden, dass diese Hypothese erst nach der eigentlichen Studiendurchführung aufgestellt wurde und aus diesem Grund keine Vergleichsliteratur angeführt wurde.

Es besteht ein hoher positiver Zusammenhang zwischen der „Depressionsausprägung“ und Stress durch „Überforderung“, „Mangel an sozialer Anerkennung“, „soziale Isolation“ und „chronischer Besorgnis“. Ein mittlerer positiver Zusammenhang besteht zwischen der „Depressionsausprägung“ einer Person und dem Stress durch „Arbeitsüberlastung“, „Erfolgsdruck“, „Arbeitsunzufriedenheit“ und „sozialen Spannungen“. Eine niedrige positive Korrelation besteht mit der „Depressionsausprägung“ und dem Stress durch „soziale Überlastung“. Die $H_1(3)$ konnte in Bezug auf alle Skalen bestätigt werden. Der positive Zusammenhang weist darauf hin, dass wenn man eine hohe Depressionsausprägung hat, man auch gestresst ist und umgekehrt. Diese zwei Aspekte hängen also zusammen.

8.1.4 Erklärungswert des Geschlechts in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, des chronischen Stresserlebens und des Depressionserlebens

Aufgrund der Analyse der Ergebnisse der Untersuchung und der Literatur wurde eine ergänzende Hypothese aufgestellt, welche sich auf den Erklärungswert des Geschlechts in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, des chronischen Stresserlebens und des Depressionserlebens $H_1(4)$ bezieht. Da diese Hypothese als logische Konsequenz der durchgeführten Analyse entstanden ist, gibt es in der vorliegenden Arbeit keine Vergleichsliteratur dazu. Es kann aber gesagt werden, dass in vielen Forschungsarbeiten herausgefunden wurde, dass es Geschlechtsunterschiede sowohl bezüglich der Arbeitszufriedenheit als auch im chronischen Stresserleben und im Depressionserleben gibt (Cooper et al., 1989; Sibbald et al., 2000; Jurkat & Reimer, 2001; Wada et al., 2009; Campolieti et al., 2007; Simoens et al., 2002; Demir et al., 2007).

Um die $H_1(4)$ zu überprüfen, wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt. Hier kam heraus, dass die $H_1(4)$ nicht in Bezug auf alle Variablen angenommen werden kann. Nur bei folgenden Variablen kann das Geschlecht signifikant zur Diskriminierung beitragen und die $H_1(4)$ somit angenommen werden. Diese Variablen sind:

- Arbeitszufriedenheit mit Vorgesetzten (meanmv),
- Arbeitszufriedenheit mit Organisation und Leitung und
- Zufriedenheit mit der Bezahlung (meanmb)

Tendenziell lieferte auch die Skala chronischer Besorgnis (sorg) aus dem Trier Inventar zum chronischen Stress ein signifikantes Ergebnis und kann somit mit Vorbehalt zur Diskriminierung zwischen den beiden Gruppen (Männer/Frauen) herangezogen werden.

Letztendlich lässt sich sagen, dass 67,7% der Männer und 64,6% der Frauen richtig klassifiziert werden konnten (siehe Tabelle 31).

Ein möglicher Erklärungsgrund, dass mehr Männer als Frauen richtig eingestuft wurden, könnte daran liegen, dass Frauen eventuell wegen dem hohen Druck gezwungen sind sich den Männern anzupassen und daher nicht so leicht zu klassifizieren sind wie ihre männlichen Kollegen. Insgesamt wird eine Varianz von

66,2% erklärt. Den übrigen Funktionen wird keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt, da sie keinen signifikanten Beitrag zur Diskriminierung leisten.

8.1.5 Arbeitszufriedenheit

Ein primäres Ziel dieser Studie war auch die Arbeitszufriedenheit von MedizerInnen zu ermitteln.

Um zu überprüfen, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen der globalen Arbeitszufriedenheit und dem Geschlecht ($H_1(5)$) gibt, wurde eine ANOVA für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigte sich, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt, der mittelgroß ist. Die $H_1(5)$ kann somit angenommen werden.

Auch sollte genau festgestellt werden, ob Medizinerinnen oder Mediziner mit der Arbeit zufriedener sind. Es zeigte sich, dass Medizinerinnen insgesamt zufriedener waren (M=2.71; SD=.45) als ihre männlichen Kollegen (M=2.53; SD=.36). Männer gaben eine schlechtere Arbeitszufriedenheit an. Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Skalen so lässt sich dementsprechend auch hier erkennen, dass Medizinerinnen zufriedener mit allen Aspekten der Arbeitszufriedenheit waren als ihre männlichen Kollegen. Vergleicht man dieses Resultat mit den Feststellungen aus früheren Studien, so kann dieses Ergebnis nicht eindeutig untermauert werden. Hier gab es sowohl Untersuchungen, wo Ärztinnen mit ihrer Arbeit zufriedener waren (Cooper et al., 1989; Sibbald et al., 2000; Jurkat und Reimer, 2001; Wada et al., 2009), aber es gab auch Studien, wo keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden konnten (Nylenna et al., 2005; Duffy & Richard, 2006; Wing-Wai Chan et al., 2010).

Die Frage warum Medizinerinnen in der aktuellen Studie zufriedener mit ihrer Arbeit sind, lässt sich jedoch nur schwer beantworten. Es kommt die Frage auf, ob das Genderparadoxon vielleicht auch hier eine Rolle spielt und sich Frauen mit vielleicht schlechteren Bedingungen einfach zufriedener zeigen. Doch dies ist nur eine Vermutung und deswegen könnte das Ziel einer weiteren Untersuchung sein diese Gründe näher zu untersuchen und detaillierter zu erfragen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Medizinerinnen zufriedener mit den Kollegen, den Vorgesetzten, der Tätigkeit, den Arbeitsbedingungen, der Organisation und Leitung, der Entwicklung und der Bezahlung sind. Die Gründe für die höhere

Arbeitszufriedenheit bei den Frauen können allerdings nur sehr schwer erklärt werden.

8.1.6 Chronischer Stress

Bisherige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ÄrztInnen aufgrund diverser auftretender Arbeitsbedingungen gestresst sind (Siegrist et al., 2010; Aasland et al., 1997; Campolieti et al., 2007; McManus et al., 2002).

Im Bezug auf die Geschlechterunterschiede kam man in mehreren Untersuchungen zu dem Resultat, dass es Geschlechtsunterschiede bezüglich des Stresserlebens von ÄrztInnen gibt (Aasland et al., 1997; Campolieti et al., 2007). Im Zuge der Hypothesentestung galt es somit herauszufinden ob dies auch für diese Studie zutrifft. Es kam jedoch heraus, dass es keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern gibt. Einen lediglich tendenziellen Unterschied gab es in Bezug auf die Skala chronischer Besorgnis “sorg“. Betrachtet man hier den Mittelwert, so kann man sehen, dass Medizinerinnen hier mehr Stress angeben als Mediziner. Dieses Ergebnis stimmt zum Teil mit der Untersuchung von Campolieti et al. (2007) überein. Er und seine Mitarbeiter fanden in ihrer Studie heraus, dass Ärztinnen besorgt und daher gestresst sind, aufgrund der Entscheidungen, die sie zu treffen haben. Im Großen und Ganzen kam aber in der vorliegenden Studie heraus, dass es keine Geschlechterunterschiede im Stresserleben gibt. Frühere Studien lieferten hier ein anderes Ergebnis. Die Gründe dafür könnten in den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und in der nicht vergleichbaren Stichprobe liegen.

Trotzdem muss die $H_1(6)$ verworfen werden und die $H_0(6)$ angenommen werden.

8.1.7 Depression

Viele Forscher haben das Ziel, sich intensiver mit dem Thema der Depression bei ÄrztInnen auseinanderzusetzen. Durch diverse Untersuchungen kam man zum Schluss, dass ÄrztInnen häufig an Depressionen leiden (Kessler, 2008; Caplan, 1994; Frank & Dingle, 1999). Auch in der vorliegenden Studie konnten Depressionen bei MedizinerInnen nachgewiesen werden. In Bezug auf die Geschlechterunterschiede lässt sich sagen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Medizinerinnen und Medizinern gibt. Nach der Studie von Demir et al. (2007) leiden jedoch Ärztinnen häufiger an Depressionen. Somit wird die Hypothese $H_1(7)$ verworfen und die $H_0(7)$ angenommen.

9 Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit wurde die Arbeitszufriedenheit von Medizinerinnen und Medizinern in einem Krankenhaus in Wien untersucht. Zudem sollte festgestellt werden, ob es einen Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit mit Stress und Depression gibt. Aktuelleren Studien zufolge gibt es hier recht unterschiedliche Ergebnisse. So gibt es sowohl Untersuchungen, wo Ärztinnen mit ihrer Arbeit zufriedener als ihre männlichen Kollegen sind (Cooper et al., 1989; Sibbald et al., 2000, Jurkat und Reimer, 2001, Wada et al., 2009), als auch Studien, wo es keine Geschlechtsunterschiede gibt (Nylenna et al., 2005; Duffy & Richard, 2006; Wing-Wai Chan et al., 2010). Auch gibt es Belege dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Stress und Depression gibt (Simoens et al., 2002, Cooper et al., 1989; Williams et al., 2007; Lee et al., 2008; Coffey et al., 2004, Demir et al., 2007; Lee et al., 2009; Thommasen et al., 2001).

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es somit auch diese Forschungsergebnisse anhand einer Stichprobe von 305 Mediziner und Medizinerinnen zu überprüfen.

Die Testung, die aus insgesamt fünf Fragebögen (davon wurden drei für die vorliegende Diplomarbeit verwendet) bestand, wurde anhand eines Online-Fragebogens durchgeführt. Insgesamt dauerte die Bearbeitung des Fragebogens ca. 40 Minuten.

Von den 305 MedizinerInnen waren 144 (47,2%) weiblich und 161 (52,8%) männlich. Es konnte festgestellt werden, dass Medizinerinnen signifikant zufriedener mit ihrer Arbeit sind als Mediziner ($H_1(5)$).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und Stress konnte zwischen folgenden Skalen ein Zusammenhang festgestellt werden und somit die $H_1(1)$ angenommen werden (siehe Tabelle 38):

Tabelle 38: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(1)$ angenommen wird

	Es besteht ein hoher neg. Zusammenhang mit:	Es besteht ein mittlerer neg. Zusammenhang mit:	Es besteht ein geringer neg. Zusammenhang mit:
Zufriedenheit mit den Kollegen		Mangel an sozialer Anerkennung soziale Spannungen	sozialer Überlastung Erfolgsdruck Arbeitsunzufriedenheit soziale Isolation Überforderung chronischer Besorgnis
Zufriedenheit mit den Vorgesetzten		Arbeitsunzufriedenheit Mangel an sozialer Anerkennung sozialen Spannungen	sozialen Isolation chronischen Besorgnis
Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit	Arbeitsunzufriedenheit	Überforderung einer Person Mangel an sozialer Anerkennung Chronischer Besorgnis	Arbeitsüberlastung soziale Spannungen sozialer Isolation
Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen		Arbeitsüberlastung soziale Überlastung	Erfolgsdruck Arbeitsunzufriedenheit Überforderung Mangel an sozialer Anerkennung soziale Spannungen soziale Isolation chronischer Besorgnis
Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung		Mangel an sozialer Anerkennung	Arbeitsüberlastung sozialer Überlastung Erfolgsdruck Arbeitsunzufriedenheit Überforderung sozialen Spannungen sozialer Isolation chronischer Besorgnis
Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf	Mangel an sozialere Anerkennung	Arbeitsunzufriedenheit Soziale Spannungen	Arbeitsüberlastung Überforderung sozialer Isolation chronischer Besorgnis
Zufriedenheit mit der Bezahlung		Mangel an sozialer Anerkennung	sozialer Überlastung Arbeitsunzufriedenheit sozialen Spannungen

Zwischen folgenden Skalen konnte kein Zusammenhang festgestellt werden und somit musste die $H_0(1)$ angenommen werden (siehe Tabelle 39):

Tabelle 39: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_0(1)$ angenommen wird

	Es besteht kein Zusammenhang mit:
Zufriedenheit mit den Kollegen	Arbeitsüberlastung
Zufriedenheit mit den Vorgesetzten	Arbeitsüberlastung Soziale Überlastung Erfolgsdruck Überforderung
Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit	Soziale Überlastung Erfolgsdruck
Zufriedenheit mit der Entwicklung	sozialen Überlastung
Zufriedenheit mit der Bezahlung	Arbeitsüberlastung Erfolgsdruck Überforderung soziale Isolation chronischer Besorgnis

Hinsichtlich des Depressionserlebens konnte die $H_1(2)$ bezüglich folgender Skalen bestätigt werden (siehe Tabelle 40)

Tabelle 40: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des Depressionserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(2)$ angenommen wird

	Es besteht ein mittlerer Zusammenhang mit:	Es besteht ein geringer Zusammenhang mit:
Depressionserleben	Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit Zufriedenheit mit der Entwicklung im Beruf	Zufriedenheit mit den Kollegen Zufriedenheit mit den Vorgesetzten Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung

Kein Zusammenhang bestand des Weiteren zwischen dem Depressionserleben und der Zufriedenheit mit der Bezahlung ($H_0(2)$).

Auch wurde die Hypothese $H_1(3)$ bezüglich des Zusammenhangs zwischen Depression und chronischen Stress zur Gänze bestätigt (siehe Tabelle 41).

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen Skalen des Depressionserlebens und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(3)$ angenommen wird

	hoher pos. Zusammenhang mit:	mittlerer pos. Zusammenhang mit	geringer pos. Zusammenhang mit
Depression	Überforderung Mangel an sozialer Anerkennung Soziale Isolation Arbeitsunzufriedenheit Chronischer Besorgnis	Stress durch Arbeitsüberlastung, Erfolgsdruck, sozialen Spannungen	Stress durch soziale Überlastung.

Die $H_1(4)$, ob das Geschlecht einen Erklärungswert in Variablen, der Arbeitszufriedenheit, des chronischen Stresserlebens und des Depressionserlebens hat konnte nur bezüglich der Skalen Arbeitszufriedenheit mit Vorgesetzten (meanmv), Arbeitszufriedenheit mit Organisation und Leitung und Zufriedenheit mit der Bezahlung (meanmb) und tendenziell auch bezüglich der Skala chronischer Besorgnis (sorg) aus dem Trier Inventar zum chronischen Stress angenommen werden. 67,7% der Männer und 64,6% der Frauen konnten richtig klassifiziert werden.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Medizinerinnen eine höhere Arbeitszufriedenheit haben als Mediziner ($H_1(5)$). Die Hypothesen $H_1(6)$ und $H_1(7)$ konnten nicht bestätigt werden. Frauen und Männer leiden gleich unter chronischen Stress und an Depressionen.

Im Großen und Ganzen kann gesagt werden, dass die hier gewonnen Erkenntnisse einen guten Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen darstellen.

10 Abstract

Fragestellung

Ziel dieser Studie war es die Arbeitszufriedenheit von Medizinerinnen und Medizinern in einem Krankenhaus in Wien festzustellen. Da in vielen Studien herausgefunden wurde, dass die Arbeitszufriedenheit im engen Zusammenhang mit Stress und Depression steht, war ein weiteres Ziel dieser Studie mögliche Zusammenhänge zwischen diesen drei Variablen aufzudecken. Vor allem sollten aber Geschlechterunterschiede aufgedeckt werden.

Methode

Um die Ergebnisse aus einigen Untersuchungen zu überprüfen, wurde ein Online-Fragebogen konzipiert und an das medizinische Personal des Krankenhauses geschickt. Insgesamt füllten 305 Mediziner und Medizinerinnen den Fragebogen aus, 144 davon waren weiblich und 161 männlich. Diese Stichprobe bearbeitete den Arbeitsbeschreibungsbogen, das Trier Inventar zum chronischen Stress und die Allgemeine Depressionsskala.

Ergebnisse

Es stellte sich heraus, dass Medizinerinnen eine signifikant höhere Arbeitszufriedenheit haben als Mediziner. Das Geschlecht hat unter anderem einen Erklärungswert bezüglich der Skalen Arbeitszufriedenheit mit Vorgesetzten (meanmv), Arbeitszufriedenheit mit Organisation und Leitung (meanol) und Zufriedenheit mit der Bezahlung (meanmb) und tendenziell auch bezüglich der Skala chronischer Besorgnis (sorg) aus dem Trier Inventar zum chronischen Stress. Es konnte nachgewiesen werden, dass sämtliche Skalen des Arbeitsbeschreibungsbogens in einem negativen Zusammenhang mit den Skalen des Trier Inventar zum chronischen Stress stehen. Lediglich keinen Zusammenhang gab es hinsichtlich Zufriedenheit mit den Kollegen und der Stressdimension „Arbeitsüberlastung“ und der Zufriedenheit mit den Vorgesetzten und den Stressdimensionen „Arbeitsüberlastung“, der „sozialen Überlastung“, den „Erfolgsdruck“ und der „Überforderung“. Es gab auch keinen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und Stress durch „soziale Überlastung“ und dem „Erfolgsdruck“. Auch konnte kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Entwicklung und Stress durch „soziale Überlastung“ und

dem „Erfolgsdruck“ festgestellt werden. Bezüglich der Zufriedenheit mit der Bezahlung gab es keinen Zusammenhang bezüglich der Stressdimensionen „Arbeitsüberlastung“, dem „Erfolgsdruck“, der „Überforderung“, der „sozialen Isolation“ und der „chronischen Besorgnis“. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Depressionsausprägung kam heraus, dass diese zwei Korrelate bezüglich sämtlicher Skalen zusammenhängen. Lediglich hier gab es keinen Zusammenhang zwischen der Depressionsausprägung und der Zufriedenheit mit der Bezahlung. Zwischen der Depressionsausprägung und dem chronischen Stresserleben standen alle Skalen in einem Zusammenhang miteinander. Zudem wurde anhand der Untersuchung herausgefunden, dass es keinen Geschlechtsunterschied in Bezug auf Stress sowie das Depressionserleben gibt.

Literaturverzeichnis

Aasland, O., Olff, M., Falkum, E., Schweder, T. & Ursin, H. (1997). Health complaints and job stress in Norwegian physicians: The use of an overlapping questionnaire design. *Soc. Sci. Med*., 45(11), 1615-1629.

Allmendinger, J. (1983). *ZUMA-Handbuch sozialwissenschaftlicher Skalen*. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). NEO-*Fünf-Faktoren Inventar: (NEO-FFI) nach Costa u. McCrae*. Göttingen: Hogrefe, Verl. f. Psychologie.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.

Bruggemann, A., Groskurth, P., Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Berlin, Stuttgart, Wien: Huber Verlag.

Bubich, V. (2010). *Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit Stress und Depression*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.

Buddeberg-Fischer, B. & Klaghofer, R. (2003). *Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinanten der Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte*. In: Abele AE, Hoff, E., Hohner, HU (Hrsg.): *Frauen und Männer in akademischen Professionen*. *Berufsverläufe und Berufserfolg*. Heidelberg: Asanger, 17-28.

Büssing, A. & Perrar, K. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnoctica*, 38(4), 328-353.

Campolieti, M., Hyatt, D. & Kralj, B. (2007). Determinants of Stress in Medical Practice- Evidence from Ontario Physicians. *Relations Industrielles*, 62(2), 226.

Caplan, R. (1994). Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ*, 309, 1261-1263.

Clark, A. (1997). Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work? *Labour Economics*, 4, 341-372.

Coffey, M., Dugdill, L. & Tattersall, A. (2004). Stress in Social Services: Mental Well-being, Constraints and Job Satisfaction. *British Journal of Social Work*, 34, 735-746.

Cooper, C., Rout, U. & Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Brit. Med. Journal*, 298, 366-370.

Curtice, J. (1993). *Satisfying work, if you can get it*. In: Jowell, R., Brook, L., Dowds, L. (Eds.), International Social Attitudes: The 10th BSA Report, Dartmouth, Aldershot.

Demir, F., Ay, P., Erbas, M., Özdil, M. & Yasar, E. (2007). The Prevalence of Depression and its Associated Factors among Resident Doctors Working in a Training Hospital in Istanbul. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(1), 1-6.

Donohue, S. & Heywood, J. (2004). Job satisfaction and gender: an expanded specification from the NLSY. *International Journal of Manpower*, 25(2), 211-234.

Duffy, R. & Richard, G. (2006). Physician job satisfation across six major specialities. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 548-559.

Essau, C. (2007). *Depression bei Kindern und Jugendlichen: psychologisches Grundlagenwissen*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & CO KG.

Frank, E. & Dingle, A. (1999). Self-Reported Depression and Suicide Attempts among U.S. Women Physicians. *Am J Psychiatry*, 156(12), 1887-1894.

Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135(2), 145-148.

Haenel, T. (2008). *Depression- Leben mit der schwarz gekleideten Dame*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Hannover, B. & Kessels, U. (2003). Erklärungsmuster weiblicher und männlicher Spitzen-Manager zur Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34(3), 197-204.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz-Verlag.

Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work* (2nd edition). New York: Wiley.

Jurkat, H. & Reimer, C. (2001). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82 (32/33), 1739-1744.

Kaluza, G. (2007). *Gelassen und sicher im Stress*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kirchler, E. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (2. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Kessler, H. (2008). Burn-out bei Ärzten und Pflegekräften auf Intensivstationen. *Anaesthesist*, 57, 513-515.

Lawler, E. (1973). *Motivation in Work Organizations*. Monterey: Brooks/Cole.

Lee F., Stewart M. & Brown J.(2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them. What's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*, 54.

Lee, M. S., Lee, M., Liao S. & Chiang F. (2009). Relationship Between Mental Health and Job Satisfaction Among Employees in a Medical Center Department of Laboratory Medicine. *Med Assoc*, 108(2), 146-154.

Lieber, B. (2007). *Personalführung*. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.

Litzcke, S. & Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

McManus, I., Winder, B. & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Research Letters*, 359, 2089-2090.

Mundle, G., Jurkat, H., Reimer, C., Beelmann, K., Kaufmann, M. & Cimander, K. (2006). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten- Strategien der Prävention und Therapie. *Psychotherapeut*, 52, 273–279.

Nerdinger, F., Blickle, G., & Schaper, N. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem "Arbeitsbeschreibungs- Bogen (ABB)."* Berlin, Stuttgart, Wien: Huber Verlag.

Nylenna, M., Gulbrandsen P., Førde R., & Aasland, O. (2005). Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994 – 2002. *BMC Health Services Research*, 5, 44.

Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches Manual Psychischer Störungen –Textrevision-*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG.

Schulz, P. & Schlotz, W. (1999). Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Streß (TICS): Skalenkonstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung der Skala Arbeitsüberlastung. *Diagnostica*, 45(1), 8-19.

Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trier Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Sibbald, B., Enzer, I., Cooper, C., Rout, U., & Sutherland, V. (2000). GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family practice*, 17(5), 364-371.

Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., Von dem Knesebeck, O. & McKinlay, J. (2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine.*

Sieverding, M. (2003). Frauen unterschätzen sich: Selbstbeurteilungs-Biases in einer simulierten Bewerbungssituation. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34(3), 147-160.

Simeons, S., Scott, A. & Sibbald, B. (2002). Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPS. *Scottish medical journal*, 47(4), 80-86.

Sousa-Poza, A. & Sousa-Poza, A, A. (2000). Taking Another Look at the Gender/ Job-Satisfaction Paradox. *Kyklos*, 53(2), 135-152.

Sousa-Poza, A. & Sousa-Poza, A, A. (2003). Gender differences in job satisfaction in Great Britain, 1991-2000: permanent or transitory? *Applied Economis Letters*, 10, 691-694.

Thommasen, H., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J. & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate- Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47, 737-744.

Visser, M., Oort, E. & Haes, H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-275.

Wada, K., Arimatsu, M., Higashi, T., Yoshikawa, T., Oda, S., Taniguchi, H., Kawashima, M. & Aizawa, Y. (2009). Physician Job Satisfaction and Working Conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*, 51, 261-266.

Weinert, A. (2004). *Organisationspsychologie- und Personalpsychologie* (5. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.

Wetterer, A. (1998). *Integration und Marginalisierung. Das Verhältnis von Profession und Geschlecht am Beispiel von Ärztinnen und Juristinnen.* Hagen: Manuskript des Vortrages.

Williams, E., Manwell, L., Konrad, T., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported

error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32, 3, 203-212.

Wing-Wai Chan, S., Suk-Yee Cheung, P., Fung-Yee Lee, J., Tak-Kwan Fung, J., Patil, N., Po-Yin Kwok, S. & Lam, S. (2010). Women surgeons in Hong Kong. *Surgical Practice*, 14, 2-7.

Wolf-Ostermann, K. & Gräske, J. (2008). Psychische Belastungen in der stationären Langzeitpflege. *Public Health Forum*, 61, 15e1-15e2.

Zimbardo, P. & Gerrig, R. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lawler`s Modell der Determinanten der Arbeitszufriedenheit (1973) 9

Abbildung 2: Zufriedenheit der ÄrztInnen (Jurkat & Reimer, 2001) 13

Abbildung 3: Bestandteile des Stressgeschehens (Kaluza, 2007)..... 18

Abbildung 4: Stressfaktoren (vgl. Cooper et al., 1989) 30

Abbildung 5: Beispiel-Items des Arbeitsbeschreibungsbogens 37

Abbildung 6: Beispiel-Items für Trier Inventar zum chronischen Stress..... 39

Abbildung 7: Beispiel-Items für Allgemeine Depressionsskala 40

Abbildung 8: Geschlechterverteilung gesamt 41

Abbildung 9: Altersverteilung gesamt 42

Abbildung 10: Altersverteilung männlich..... 44

Abbildung 11: Altersverteilung weiblich 44

Abbildung 12: Familienstand männlich 47

Abbildung 13: Familienstand weiblich..... 47

Abbildung 14: Dienstverhältnis männlich 50

Abbildung 15: Dienstverhältnis weiblich 51

Abbildung 16: Leitung gesamt 52

Abbildung 17: Arbeitsstunden männlich 55

Abbildung 18: Arbeitsstunden weiblich 55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele für Hygiene- und Motivationsbedürfnisse (nach Herzberg et al., 1959) 8

Tabelle 2: Einflussfaktoren auf den Menschen am Arbeitsplatz (Walter, 1993, zitiert nach Litzcke & Schuh 2007) 19

Tabelle 3: Unterschiede zwischen akutem und chronischem Stress (zitiert nach Schulz, Schlotz und Becker, 2004) 20

Tabelle 4: Chi-Quadrat-Test Geschlecht 42

Tabelle 5: Häufigkeiten Alter gesamt 43

Tabelle 6: Häufigkeiten Alter männlich und weiblich 45

Tabelle 7: Chi-Quadrat-Test für Alter und Geschlecht 46

Tabelle 8: Häufigkeiten Familienstand gesamt 46

Tabelle 9: Häufigkeiten Familienstand männlich und weiblich 48

Tabelle 10: Anstellung gesamt 48

Tabelle 11: Anstellung männlich und weiblich 49

Tabelle 12: Häufigkeiten Dienstverhältnis gesamt 50

Tabelle 13: Häufigkeiten Dienstverhältnis männlich und weiblich 51

Tabelle 14: Chi-Quadrat-Test Dienstverhältnis und Geschlecht 52

Tabelle 15: Häufigkeiten Leitung männlich und weiblich 53

Tabelle 16: Chi-Quadrat-Test Leitung und Geschlecht 53

Tabelle 17: Häufigkeiten Arbeitsstunden gesamt 54

Tabelle 18: Häufigkeiten Arbeitsstunden männlich und weiblich 56

Tabelle 19: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit Kollegen und den Skalen des TICS 60

Tabelle 20: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit den Vorgesetzten und den Skalen des TICS 61

Tabelle 21: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und den Skalen des TICS 62

Tabelle 22: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Arbeitsbedingung und den Skalen des TICS 63

Tabelle 23: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Organisation und Leitung und den Skalen des TICS 64

Tabelle 24: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Entwicklung und den Skalen des TICS 65

Tabelle 25: Korrelationsmatrix Zufriedenheit mit der Bezahlung und den Skalen des TICS 66

Tabelle 26: Korrelationsmatrix Depressionserleben und den Skalen des ABB 67

Tabelle 27: Korrelationsmatrix Depressionserleben und den Skalen des TICS 69

Tabelle 28: Gleichheitstest der Gruppenmittelwerte 70

Tabelle 29: Gleichheit der Gruppenmittelwerte Wilk`s Lambda 71

Tabelle 30: Gleichheit der Gruppenmittelwerte Eigenwerte 71

Tabelle 31: Klassifizierungsergebnisse[a] 72

Tabelle 32: ONEWAY deskriptive Statistiken 73

Tabelle 33: Robuste Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte 73

Tabelle 34: t-Test für unabhängige Stichproben Gruppenstatistik 75

Tabelle 35: t-Test für unabhängige Stichproben Levene-Test 76

Tabelle 36: t-Test für unabhängige Stichproben Gruppenstatistik 78

Tabelle 37: t-Test für unabhängige Stichproben Levene Test 78

Tabelle 38: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(1)$ angenommen wird 87

Tabelle 39: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_0(1)$ angenommen wird 88

Tabelle 40: Zusammenhang zwischen Skalen der Arbeitszufriedenheit und des Depressionserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(2)$ angenommen wird 88

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen Skalen des Depressionserlebens und des chronischen Stresserlebens: Skalen, bei denen die $H_1(3)$ angenommen wird 89

Anhang: Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit

Vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben bei der ersten großen Studie zum Thema "Arbeitszufriedenheit" teilzunehmen. Die Beantwortung des Fragebogens benötigt ca. 40 min und ist von Ärztinnen, Ärzten und wissenschaftlichen MitarbeiterInnen (MedizinerInnen) bis Ende Februar zu bearbeiten. Die Daten sind natürlich anonym, werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mit freundlichen Grüßen und Dank im Voraus,

Ao.Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Ulrike Willinger

Allgemeine Fragen zu Ihrer Person

Geschlecht	❑ männlich ❑ weiblich		
Alter	❑ 20-24 Jahre ❑ 25-29 Jahre ❑ 30-34 Jahre	❑ 35-39 Jahre ❑ 40-44 Jahre ❑ 45-49 Jahre	❑ 50-54 Jahre ❑ 55-59 Jahre ❑ 60 Jahre oder älter
Familienstand	❑ ledig ❑ verheiratet	❑ geschieden ❑ sonstiges: _____	
Kinder	❑ nein ❑ ja	(optional) Anzahl der Kinder: _____	
Wohnsituation	❑ alleine ❑ mit PartnerIn	❑ mit PartnerIn und Kind(ern)	❑ mit Kind(ern) ❑ sonstiges: _____
Anstellung	*Wie sieht Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? (Mehrfachantwort möglich, prozentuellen Anteil der Tätigkeit bitte angeben, sodass insgesamt 100% erreicht werden)* ❑ Patientenversorgung _____ % ❑ Administrative Tätigkeit _____ % ❑ Wissenschaftliche Tätigkeit _____ % ❑ Lehrtätigkeit _____ % ❑ Verwaltungstätigkeit _____ % ❑ sonstiges: _____ _____ %		
	❑ befristet	❑ unbefristet	❑ sonstiges: _____
Anstellung	Position	❑ nicht leitend	❑ leitend (Ambulanz, Station, Team, usw.)

	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie?	❑ 29 Std./Wo. oder weniger ❑ etwa 30-39 Std./Wo. ❑ etwa 40-49 Std./Wo. ❑ etwa 50-59 Std./Wo. ❑ etwa 60-69 Std./Wo. ❑ etwa 70-79 Std./Wo. ❑ etwa 80-89 Std./Wo. ❑ etwa 90-99 Std./Wo. ❑ 100 Std./Wo. oder mehr
Gehalt	Sind Sie zufrieden mit Ihrem momentanen Gehalt?	❑ ja ❑ eher ja ❑ eher nein ❑ nein
	Warum sind Sie (eher) zufrieden/unzufrieden mit Ihrem Gehalt?	_____
Arbeitsklima/ -zufriedenheit	Fühlen Sie sich am derzeitigen Arbeitsplatz wohl?	❑ ja ❑ eher ja ❑ eher nein ❑ nein
	Warum fühlen Sie sich (eher) wohl/nicht wohl am Arbeitsplatz?	_____
	Wer ist Ihrer Meinung nach zufriedener im Beruf?	❑ Ärzte ❑ Ärztinnen
	Fühlen Sie sich von Ihren KollegInnen ernst genommen?	❑ ja ❑ eher ja ❑ eher nein ❑ nein
	Warum fühlen Sie sich von Ihren Kollegen (eher) ernst genommen/nicht ernst genommen?	_____

Beschreibung der Arbeitssituation

Bitte nehmen Sie bei den nachfolgenden Aussagen Stellung zu Ihrer gegenwärtigen Arbeit (z.B. zu Ihren Kollegen, Arbeitsbedingungen, Bezahlung, usw.).

Äußern Sie dazu bitte Ihre ganz persönliche Meinung.

Meine Kollegen

Gemeint sind Ihre Kolleginnen und Kollegen, mit denen Sie unmittelbar zusammenarbeiten und arbeitsbezogenen Kontakt haben (es ist uns klar, dass Sie hier nur ein Durchschnittsurteil angeben können).	ja	eher ja	eher nein	nein
1. stur	❑	❑	❑	❑
2. hilfsbereit	❑	❑	❑	❑
3. zerstritten	❑	❑	❑	❑
4. sympathisch	❑	❑	❑	❑
5. unfähig	❑	❑	❑	❑
6. guter Zusammenhalt	❑	❑	❑	❑
7. faul	❑	❑	❑	❑
8. angenehm	❑	❑	❑	❑

9. Alles in allem: wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Mein Vorgesetzter

Gemeint ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter (der eine Stufe höher steht als Sie, der Ihnen Anweisungen geben und Sie kontrollieren kann).	ja	eher ja	eher nein	nein
10. ungerecht	❑	❑	❑	❑
11. aktiv	❑	❑	❑	❑
12. rücksichtsvoll	❑	❑	❑	❑
13. unhöflich	❑	❑	❑	❑
14. versteht was von seiner Arbeit	❑	❑	❑	❑
15. setzt sich nicht für uns ein	❑	❑	❑	❑
16. fair	❑	❑	❑	❑
17. unbeliebt	❑	❑	❑	❑
18. vertraue ihm	❑	❑	❑	❑
19. informiert schlecht	❑	❑	❑	❑
20. lässt uns mitreden	❑	❑	❑	❑
21. nörglerisch	❑	❑	❑	❑

22. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Vorgesetzten?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Meine Tätigkeit

Gemeint ist der Inhalt Ihrer Tätigkeit, die Art Ihrer Arbeitsaufgabe.	ja	eher ja	eher nein	nein
23. gefällt mir	❑	❑	❑	❑
24. langweilig	❑	❑	❑	❑
25. festgefahren	❑	❑	❑	❑
26. unselbstständig	❑	❑	❑	❑
27. nutzlos	❑	❑	❑	❑
28. angesehen	❑	❑	❑	❑
29. enttäuschend	❑	❑	❑	❑
30. unterfordert mich	❑	❑	❑	❑
31. sehe Ergebnisse	❑	❑	❑	❑
32. kann meine Fähigkeiten einsetzen	❑	❑	❑	❑
33. kann eigene Ideen verwirklichen	❑	❑	❑	❑
34. verantwortungsvoll	❑	❑	❑	❑

35. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Meine Arbeitsbedingungen

Gemeint sind die Bedingungen, unter denen Sie arbeiten (z.B. Hilfsmittel, Maschinen, Arbeitsraum, Umgebung, Lärm, Temperatur, usw.)	ja	eher ja	eher nein	nein
36. bequem	❑	❑	❑	❑
37. schlecht	❑	❑	❑	❑
38. sauber	❑	❑	❑	❑
39. angenehm	❑	❑	❑	❑

40. anstrengend	❑	❑	❑	❑
41. unruhig	❑	❑	❑	❑
42. viel Lärm	❑	❑	❑	❑
43. viel Platz	❑	❑	❑	❑
44. gesundheitsgefährdend	❑	❑	❑	❑
45. angenehme Temperatur	❑	❑	❑	❑
46. ermüdend	❑	❑	❑	❑

47. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Organisation und Leitung

Gemeint ist, wie Sie die Firma (oder das Werk, dem Betrieb, die Behörde) als ganzes sehen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen und Abteilungen funktioniert, wie Sie Vorschriften und Regeln, Planung und Information und die „oberste“ Leitung beurteilen.	ja	eher ja	eher nein	nein
48. schwach	❑	❑	❑	❑
49. an der Meinung der Leute interessiert	❑	❑	❑	❑
50. ungenügende Informationen	❑	❑	❑	❑
51. fortschrittlich	❑	❑	❑	❑
52. umständlich	❑	❑	❑	❑
53. schlechtes Betriebsklima	❑	❑	❑	❑
54. Durcheinander	❑	❑	❑	❑
55. stolz auf Sie	❑	❑	❑	❑
56. fühle mich wohl hier	❑	❑	❑	❑
57. wir können mitreden	❑	❑	❑	❑
58. schlechte Planung	❑	❑	❑	❑
59. tut wenig für die Mitarbeiter	❑	❑	❑	❑
60. leistungsfähig	❑	❑	❑	❑

61. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation und Leitung?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Meine Entwicklung

Gemeint ist Ihr persönliches Vorwärtskommen (Ihre bisherigen und zukünftigen Möglichkeiten zum Aufstieg, zur Weiterbildung und zur Übernahme von verantwortungsvolleren Aufgaben).	ja	eher ja	eher nein	nein
62. gut	❑	❑	❑	❑
63. sicher	❑	❑	❑	❑
64. angemessen	❑	❑	❑	❑
65. wenig	❑	❑	❑	❑
66. ungeregelt	❑	❑	❑	❑
67. kaum Möglichkeiten	❑	❑	❑	❑
68. leistungsgerecht	❑	❑	❑	❑
69. enttäuschend	❑	❑	❑	❑
70. gibt mir Auftrieb	❑	❑	❑	❑

71. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Entwicklungsmöglichkeiten?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Meine Bezahlung

Gemeint ist die Höhe Ihrer Bezahlung, die Sie für Ihre Arbeit erhalten (einschließlich Zulagen, Zuschläge, 13. Monatsgehalt usw.)	ja	eher ja	eher nein	nein
72. schlecht	❑	❑	❑	❑
73. fair	❑	❑	❑	❑
74. zufriedenstellend	❑	❑	❑	❑
75. unangemessen	❑	❑	❑	❑
76. ungerecht	❑	❑	❑	❑
77. leistungsgerecht	❑	❑	❑	❑
78. entspricht meiner Verantwortung	❑	❑	❑	❑

79. Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Bezahlung?							
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Arbeitszeit

	ja	eher ja	eher nein	nein
80. Bin mit der Einteilung der Arbeitszeit zufrieden	❑	❑	❑	❑

Gesicherter Arbeitsplatz

	ja	eher ja	eher nein	nein
81. Die Gefahr meinen Arbeitsplatz zu verlieren ist hoch	❑	❑	❑	❑

82.	Wenn Sie nun an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt (z.B. die Tätigkeit, die Arbeitsbedingungen, die Kollegen, die Arbeitszeit, usw.), wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrer Arbeit?						
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

83.	Wenn Sie nun nicht nur die Arbeit betrachten, sondern Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen (Wohnung, Preise, Liebe, Gesundheit, Politik, Nachbarn, usw.), wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit Ihrem Leben?						
Streichen Sie bitte das zutreffende Gesicht an.	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Bitte verteilen Sie 80 Punkte auf 8 Bereiche. Je mehr Punkte Sie einem Bereich geben, desto wichtiger ist er für Sie. Wenn für Sie ein Bereich unwichtig ist, dann geben Sie 0 Punkte. Sie können die 80 Punkte aufteilen, wie Sie wollen- nur Sie sollen alle 80 Punkte verteilen und Sie sollen nicht mehr als 80 Punkte verteilen!

	Platz zum Ausrechnen	Ihre endgültige Punkteverteilung	
Kollegen			Kollegen
Vorgesetzter			Vorgesetzter
Tätigkeit			Tätigkeit
Arbeitsbedingungen			Arbeitsbedingungen
Organisation und Leitung			Organisation und Leitung
Entwicklung			Entwicklung
Bezahlung			Bezahlung
Gesicherter Arbeitsplatz			Gesicherter Arbeitsplatz
Summe			**Summe**

Fragen bezüglich Ihrer Persönlichkeit

Dieser Fragebogen umfasst 60 Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnte. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 60 Aussagen steht Ihnen eine 5-fach abgestufte Skala zur Verfügung.

SA … starke Ablehnung, wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder sie für völlig unzutreffend halten.

A … Ablehnung, wenn Sie der Aussage eher nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten.

N … neutral, wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.

Z … Zustimmung, wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder sie für zutreffend halten.

SZ … starke Zustimmung, wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

Es gibt bei diesem Fragebogen keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, und Sie müssen kein Experte (keine Expertin) sein, um den Fragebogen angemessen beantworten zu können. Sie erfüllen den Zweck der Befragung am besten, wenn Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich beantworten. Lassen Sie BITTE keine Aussagen aus!!!		Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
		SA	A	N	Z	SZ
1.	Ich bin nicht leicht beunruhigt.	❑	❑	❑	❑	❑
2.	Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	❑	❑	❑	❑	❑
3.	Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	❑	❑	❑	❑	❑
4.	Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.	❑	❑	❑	❑	❑
5.	Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	❑	❑	❑	❑	❑
6.	Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	❑	❑	❑	❑	❑
7.	Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	❑	❑	❑	❑	❑
8.	Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	❑	❑	❑	❑	❑
9.	Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen.	❑	❑	❑	❑	❑
10.	Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	❑	❑	❑	❑	❑
11.	Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	❑	❑	❑	❑	❑
12.	Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	❑	❑	❑	❑	❑
13.	Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	❑	❑	❑	❑	❑
14.	Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	❑	❑	❑	❑	❑
15.	Ich bin kein systematisch vorgehender Mensch.	❑	❑	❑	❑	❑
16.	Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	❑	❑	❑	❑	❑
17.	Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	❑	❑	❑	❑	❑
18.	Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	❑	❑	❑	❑	❑
19.	Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten, als mit ihnen zu wetteifern.	❑	❑	❑	❑	❑
20.	Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	❑	❑	❑	❑	❑
21.	Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	❑	❑	❑	❑	❑
22.	Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	❑	❑	❑	❑	❑

23.	Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	❑	❑	❑	❑	❑
24.	Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	❑	❑	❑	❑	❑
25.	Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	❑	❑	❑	❑	❑
26.	Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	❑	❑	❑	❑	❑
27.	Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun.	❑	❑	❑	❑	❑
28.	Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	❑	❑	❑	❑	❑
29.	Ich glaube, dass man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zulässt.	❑	❑	❑	❑	❑
30.	Ich vertrödele eine Menge Zeit, bevor ich meine Arbeit beginne.	❑	❑	❑	❑	❑
31.	Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	❑	❑	❑	❑	❑
32.	Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen.	❑	❑	❑	❑	❑
33.	Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	❑	❑	❑	❑	❑
34.	Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	❑	❑	❑	❑	❑
35.	Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	❑	❑	❑	❑	❑
36.	Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	❑	❑	❑	❑	❑
37.	Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	❑	❑	❑	❑	❑
38.	Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten.	❑	❑	❑	❑	❑
39.	Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	❑	❑	❑	❑	❑
40.	Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	❑	❑	❑	❑	❑
41.	Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schiefgeht.	❑	❑	❑	❑	❑
42.	Ich bin kein gut gelaunter Optimist.	❑	❑	❑	❑	❑
43.	Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	❑	❑	❑	❑	❑
44.	In Bezug auf meine Einstellungen bin ich nüchtern und unnachgiebig.	❑	❑	❑	❑	❑
45.	Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte.	❑	❑	❑	❑	❑
46.	Ich bin selten traurig oder deprimiert.	❑	❑	❑	❑	❑
47.	Ich führe ein hektisches Leben.	❑	❑	❑	❑	❑
48.	Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	❑	❑	❑	❑	❑

49.	Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.	❑	❑	❑	❑	❑
50.	Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	❑	❑	❑	❑	❑
51.	Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	❑	❑	❑	❑	❑
52.	Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	❑	❑	❑	❑	❑
53.	Ich bin sehr wissbegierig.	❑	❑	❑	❑	❑
54.	Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen.	❑	❑	❑	❑	❑
55.	Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.	❑	❑	❑	❑	❑
56.	Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	❑	❑	❑	❑	❑
57.	Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.	❑	❑	❑	❑	❑
58.	Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	❑	❑	❑	❑	❑
59.	Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	❑	❑	❑	❑	❑
60.	Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	❑	❑	❑	❑	❑

Fragen bezüglich Ihres Stresserlebens

Nun sollen Sie bitte beurteilen, wie häufig Sie bei den nächsten Aussagen die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen erlebt haben. Ihre Aufgabe ist es, anzugeben, ob Sie die darin angesprochenen Erfahrungen bzw. Situationen nie, selten, manchmal, häufig oder sehr häufig gemacht bzw. erlebt haben. Denken Sie bei der Beantwortung bitte an die, vom heutigen Tag aus gesehen, vergangenen drei Monate und versuchen Sie sich daran zu erinnern, wie oft Sie in diesem Zeitraum die jeweilige Erfahrung gemacht haben.

Antworten: 1 … nie (das habe ich nie erlebt)

2 … selten (das habe ich selten erlebt)

3 … manchmal (das habe ich manchmal erlebt)

4 … häufig (das habe ich häufig erlebt)

5 … sehr häufig (das habe ich sehr häufig erlebt)

Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen klingen ähnlich oder haben einen ähnlichen Sinn. Bitte beantworten Sie sie trotzdem. Es kommt bei der Beantwortung nicht auf Schnelligkeit an; nehmen Sie sich Zeit, über die Beantwortung nachzudenken.

	In den letzten drei Monaten wie oft erlebt?	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
		1	2	3	4	5
1.	Zeiten, in denen ich dringend benötigte Erholung aufschieben muss	❑	❑	❑	❑	❑
2.	Ich bekomme zu wenig Anerkennung für das, was ich leiste	❑	❑	❑	❑	❑
3.	Ich mache zu viele Fehler, weil ich mit dem, was ich zu tun habe, überfordert bin	❑	❑	❑	❑	❑
4.	Ich habe zu wenig Zeit, um meine täglichen Aufgaben zu erfüllen	❑	❑	❑	❑	❑
5.	Ich muss Arbeiten erledigen, die mir unsinnig erscheinen	❑	❑	❑	❑	❑
6.	Es gibt Meinungsverschiedenheiten zwischen mir und anderen, die zu Spannungen führen	❑	❑	❑	❑	❑
7.	Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage	❑	❑	❑	❑	❑
8.	Situationen, in denen ich mich anstrengen muss, das Vertrauen anderer zu gewinnen	❑	❑	❑	❑	❑
9.	Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert	❑	❑	❑	❑	❑
10.	Mir fehlen interessante Aufgaben, die meinen Tag ausfüllen	❑	❑	❑	❑	❑
11.	Zeiten, in denen ich zu viel allein bin	❑	❑	❑	❑	❑
12.	Situationen, in denen ich mich um eine gute Beziehung zu anderen bemühen muss	❑	❑	❑	❑	❑
13.	Ich muss Aufgaben erledigen, die ich nicht gerne mache	❑	❑	❑	❑	❑
14.	Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich unter kritischer Beobachtung stehe	❑	❑	❑	❑	❑
15.	Ich habe Streit mit anderen, weil diese etwas anderes wollen als ich	❑	❑	❑	❑	❑
16.	Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann	❑	❑	❑	❑	❑
17.	Zeiten, in denen sich die Termine so häufen, dass sie kaum zu bewältigen sind	❑	❑	❑	❑	❑

18.	Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten	❑	❑	❑	❑	❑
19.	Zeiten, in denen ich mich zu viel um die Probleme anderer kümmern muss	❑	❑	❑	❑	❑
20.	Ich kann meine Aufgaben nur unzureichend erfüllen, obwohl ich mein Bestes gebe	❑	❑	❑	❑	❑
21.	Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir sinnvoll erscheinen	❑	❑	❑	❑	❑
22.	Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich andere nicht enttäuschen darf	❑	❑	❑	❑	❑
23.	Kontakte mit anderen Personen, bei denen ich einen guten Eindruck hinterlassen muss	❑	❑	❑	❑	❑
24.	Ich werde den Anforderungen bei meiner Arbeit nicht mehr gerecht	❑	❑	❑	❑	❑
25.	Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen	❑	❑	❑	❑	❑
26.	Ich habe Streit mit anderen, weil ich mich nicht so verhalte, wie es andere von mir erwarten	❑	❑	❑	❑	❑
27.	Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss	❑	❑	❑	❑	❑
28.	Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen	❑	❑	❑	❑	❑
29.	Zeiten, in denen ich keine Möglichkeiten habe, mich mit anderen auszusprechen	❑	❑	❑	❑	❑
30.	Situationen, in denen es ganz allein von mir abhängt, ob ein Kontakt zu einem anderen Menschen zufriedenstellend verläuft	❑	❑	❑	❑	❑
31.	Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt	❑	❑	❑	❑	❑
32.	Ich habe Aufgaben zu erfüllen, bei denen ich mich bewähren muss	❑	❑	❑	❑	❑
33.	Ich habe Konflikte mit anderen, weil sie sich zu viel in meine Angelegenheiten einmischen	❑	❑	❑	❑	❑
34.	Zeiten, in denen ich von anderen Menschen isoliert bin	❑	❑	❑	❑	❑
35.	Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird	❑	❑	❑	❑	❑
36.	Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	❑	❑	❑	❑	❑
37.	Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne	❑	❑	❑	❑	❑
38.	Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe	❑	❑	❑	❑	❑
39.	Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen	❑	❑	❑	❑	❑
40.	Situationen, in denen ich mich anstrengen muss,	❑	❑	❑	❑	❑

	anderen zu gefallen					
41.	Zeiten, in denen ich nichts Sinnvolles zu tun habe	❑	❑	❑	❑	❑
42.	Zeiten, in denen ich zu wenig Kontakte zu anderen Personen habe	❑	❑	❑	❑	❑
43.	Ich muss Aufgaben erfüllen, die mit hohen Erwartungen verbunden sind	❑	❑	❑	❑	❑
44.	Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst	❑	❑	❑	❑	❑
45.	Ich habe Auseinandersetzungen mit anderen Menschen, die zu länger andauernden Konflikten führen	❑	❑	❑	❑	❑
46.	Für meinen Einsatz werde ich nicht angemessen belohnt	❑	❑	❑	❑	❑
47.	Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können	❑	❑	❑	❑	❑
48.	Ich muss Arbeiten machen, bei denen meine Fähigkeiten kaum zum Einsatz kommen	❑	❑	❑	❑	❑
49.	Situationen, in denen das Wohlergehen anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache	❑	❑	❑	❑	❑
50.	Ich habe zu viele Aufgaben zu erledigen	❑	❑	❑	❑	❑
51.	Zeiten, in denen mir Kontakte zu anderen Menschen fehlen	❑	❑	❑	❑	❑
52.	Ich habe unnötigen Streit mit anderen Personen	❑	❑	❑	❑	❑
53.	Zeiten, in denen Aufgaben fehlen, die mir Freude bereiten	❑	❑	❑	❑	❑
54.	Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe	❑	❑	❑	❑	❑
55.	Obwohl ich mich bemühe, erfülle ich meine Aufgaben nicht so, wie es sein sollte	❑	❑	❑	❑	❑
56.	Zeiten, in denen mir Freunde fehlen, mit denen ich etwas unternehmen kann	❑	❑	❑	❑	❑
57.	Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird	❑	❑	❑	❑	❑

Fragen bezüglich Ihrer Befindlichkeit (1)

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzen Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Antworten: 1 … selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)

2 … manchmal (1 bis 2 Tage lang)

3 … öfters (3 bis 4 Tage lang)

4 … meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzen Woche …		selten	manchmal	öfters	meistens
		1	2	3	4
1.	haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	❑	❑	❑	❑
2.	hatte ich kaum Appetit	❑	❑	❑	❑
3.	konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	❑	❑	❑	❑
4.	kam ich mir genauso gut vor wie andere	❑	❑	❑	❑
5.	hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	❑	❑	❑	❑
6.	war ich deprimiert/niedergeschlagen	❑	❑	❑	❑
7.	war alles anstrengend für mich	❑	❑	❑	❑
8.	dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	❑	❑	❑	❑
9.	dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	❑	❑	❑	❑
10.	hatte ich Angst	❑	❑	❑	❑
11.	habe ich schlecht geschlafen	❑	❑	❑	❑
12.	war ich fröhlich gestimmt	❑	❑	❑	❑
13.	habe ich weniger als sonst geredet	❑	❑	❑	❑
14.	fühlte ich mich einsam	❑	❑	❑	❑
15.	waren die Leute unfreundlich zu mir	❑	❑	❑	❑
16.	habe ich das Leben genossen	❑	❑	❑	❑
17.	musste ich weinen	❑	❑	❑	❑
18.	war ich traurig	❑	❑	❑	❑
19.	hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können	❑	❑	❑	❑
20.	konnte ich mich zu nichts aufraffen	❑	❑	❑	❑

Fragen bezüglich Ihrer Befindlichkeit (2)

Zuletzt finden Sie 25 Aussagen über arbeitsbezogene Gefühle und Gedanken. Bitte lesen Sie sorgfältig jede Aussage. Wenn das dort angesprochene Gefühl manchmal bei Ihnen auftaucht (wenn nicht, kreuzen Sie „nie“ an und gehen zur nächsten Aussage über), beantworten Sie bitte, wie oft sie es erleben, indem Sie die entsprechende Zahl (von 1 bis 6) in die Spalte mit der Überschrift „kommt wie oft vor“ schreiben.

Während der letzen Woche … 1 … nie 2 … sehr selten 3 … eher selten 4 … manchmal 5 … eher oft 6 … sehr oft		nie	sehr selten	eher selten	manchmal	eher oft	sehr oft
		1	2	3	4	5	6
1.	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt	❑	❑	❑	❑	❑	❑
2.	Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark	❑	❑	❑	❑	❑	❑
3.	Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4.	Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5.	Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“	❑	❑	❑	❑	❑	❑
6.	Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft	❑	❑	❑	❑	❑	❑
7.	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse	❑	❑	❑	❑	❑	❑
8.	Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe	❑	❑	❑	❑	❑	❑
9.	Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß	❑	❑	❑	❑	❑	❑
10.	Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um	❑	❑	❑	❑	❑	❑
11.	Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe	❑	❑	❑	❑	❑	❑
12.	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht	❑	❑	❑	❑	❑	❑
13.	Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
14.	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe	❑	❑	❑	❑	❑	❑
15.	In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten	❑	❑	❑	❑	❑	❑
16.	Ich fühle mich sehr tatkräftig	❑	❑	❑	❑	❑	❑
17.	Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um	❑	❑	❑	❑	❑	❑
18.	Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite	❑	❑	❑	❑	❑	❑
19.	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert	❑	❑	❑	❑	❑	❑

20.	Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben	❑	❑	❑	❑	❑	❑
21.	Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht	❑	❑	❑	❑	❑	❑
22.	Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet	❑	❑	❑	❑	❑	❑
23.	Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzuversetzen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
24.	Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert	❑	❑	❑	❑	❑	❑
25.	Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit anderen Menschen geworden	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich dafür bedanken, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Nadine Jenko & Vera Bubich

arbeitszufriedenheit@gmail.com

Ao.Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar

jasminka.godnic-cvar@meduniwien.ac.at

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Ulrike Willinger

ulrike.willinger@meduniwien.ac.at

Anhang: Lebenslauf

Persönliches

Nadine Jenko

Geburtsdatum 15. Oktober 1983, Österreich (Wien)

E-Mail nadinejenko@yahoo.de

Ausbildung und Studium

1990 - 1994	Volksschule Sacré-Coeur (Rennweg 33a, 1030 Wien)
1994 - 2002	AHS Sacré-Cœur (Rennweg 33a, 1030 Wien)
seit 10/2002	Studium der Psychologie an der Universität Wien (Dr. Karl-Lueger-Ring 1, 1010 Wien)

Praktika und Berufserfahrung

07/2003	Messestand-Hostesse bei Firma Niedax (www.niedax.at)
02/2004	Messestand-Hostesse bei Firma Cokoon
08/2004	Kinderbetreuerin im Ferienhort Wolfgangsee
11/2004 - 01/2005	Markt- und Meinungsforschung bei Firma Integral (www.integral.co.at)
02/2005 - 06/2007	Patientenbetreuung bei Firma Tinnitronics GmbH (www.ti-ex.com)
10/2007 - 01/2008	Praktikum in der Gerontopsychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrum Ost
02/2008 - 08/2009	Sprechstundengehilfin im Ambulatorium Menosan
08/2008 - 12/2008	Praktikum in der Gerontopsychiatrischen Abteilung und in der

	Neuropsychiatrischen Abteilung des Sozialmedizinischen Zentrum Ost
seit 05/2009	Assistentin bei der Firma Master Management Consulting GmbH (www.master-hr.at)

Zusätzliche Qualifikationen

- Sprachkenntnisse: Deutsch (Muttersprache), Englisch (8 Jahre, in Schrift und Wort), Französisch (4 Jahre, in Schrift und Wort), Latein (6 Jahre, in Schrift)
- Anwendungsprogramme: MS Office (Word, Excel, PowerPoint), SPSS
- A-Führerschein
- Kellnerausbildung bei der Firma Österreicher
- MPA (Master Person Analysis) zertifiziert