



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf

Verfasserin

Mag. Ruth Mayrhofer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreut von: Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen Quellen als die angegebenen benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich habe dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Diese Diplomarbeit stimmt mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen Personen bedanken, die mich im Laufe meines gesamten Studiums und während des Schreibprozesses stets unterstützt haben.

Ein herzlicher Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Frau Prof. Hanna Mayer, für ihre kompetente und wertschätzende Betreuung, für die guten Anregungen und Hilfestellungen, sowie das konstruktive Feedback.

Ein besonderer Dank gilt Nadine, Iris, Klaus und Petra, die mich so toll bei der Datenerhebung unterstützt haben.

Ebenso möchte ich meiner lieben Familie danken, die mich im Verlauf des ganzen Studiums immer unterstützt hat und mir mit viel Liebe und Geduld zur Seite stand.

Weiters gilt mein Dank meinen Freunden, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und stets wussten, wie sie mich aufheitern und motivieren konnten.

Mein besonderer Dank gilt schließlich auch den Personen, die sich die Zeit für die Umfrage genommen haben. Ohne die Teilnahme der vielen freiwilligen Personen wäre diese Studie nicht zustande gekommen.

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Emotionalen Intelligenz (EI) im Pflegeberuf. Pflegekräfte sehen sich in ihrem Berufsalltag mit vielfältigen Situationen konfrontiert, in denen emotionale Fähigkeiten gefordert sind. Sie müssen sich in ihre Patienten hineinversetzen, angemessen mit den Angehörigen kommunizieren und sich in ein multiprofessionelles Team eingliedern (McQueen, 2004).

Es hat sich herausgestellt, dass eine hohe EI zudem zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen kann, was daran liegen könnte, dass man unter anderem besser in der Lage ist, seine Emotionen zu nutzen und zu regulieren (Güleryüz et al. 2008).

Aus diesen Überlegungen heraus, soll herausgefunden werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der EI und der Arbeitszufriedenheit gibt. Weiters soll aufgeklärt werden, ob Pflegekräfte im Allgemeinen über eine höhere EI verfügen, verglichen mit einer nicht-pflegerischen Kontrollgruppe. Schließlich sollen die beiden Konstrukte im Hinblick auf verschiedene demographische Variablen näher beleuchtet werden.

Um diese Hypothesen zu testen, wurden 104 Versuchspersonen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren untersucht. Die EI wurde mit der Kurzform des TEIQue von Petrides und Furnham (2006) erfasst und für die Erhebung der Arbeitszufriedenheit wurden einige Items des Arbeitsbeschreibungsbogen von Neubauer und Allerbeck (1978) herangezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen tatsächlich signifikant höhere Werte bei der Emotionalen Intelligenz aufweisen, verglichen mit Personen, die nicht im Pflegekontext arbeiten. Weiters zeigen die Analysen, dass sich weibliche Pflegekräfte nicht merklich von männlichen hinsichtlich ihrer EI unterscheiden. Im Hinblick auf das Alter zeigen jüngere Pflegepersonen eine höhere EI. Die Anzahl der Berufsjahre scheint keinen Einfluss auf diese Fähigkeit zu haben. In der erhobenen Stichprobe konnte kein Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit gefunden werden.

Bezüglich der Arbeitszufriedenheit zeigte sich, dass Pflegepersonen mit ihren Kollegen am zufriedensten, mit der Bezahlung am unzufriedensten sind. Es gibt keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich des Gesamtwertes der Arbeitszufriedenheit, jedoch sind Frauen signifikant zufriedener mit den Arbeitsbedingungen. Das Alter sowie die Anzahl der Berufsjahre hatten keinen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit.

Abstract

This master thesis examines the importance of the Emotional Intelligence (EI) in nursing practice. Nurses are confronted with many situations in daily work in which emotional abilities are required. They need to empathize with their patients, communicate adequately with family members and incorporate into a multi-professional team (McQueen, 2004).

It has been found that high emotional intelligence can also lead to higher job satisfaction. A possible explanation for this is that they can use and regulate their emotions better (Güleryüz et al. 2008).

Based on these considerations, the study wants to find out if there is a relationship between EI and job satisfaction and if nurses generally have a higher EI, compared to a control group. Moreover it is examined whether gender, age or work experience have a significant influence on emotional intelligence or job satisfaction.

To test these hypotheses, 104 subjects between the ages of 18 and 65 were studied. The EI was assessed using the short form of the TEIQue from Petrides and Furnham (2006) and job satisfaction was assessed using some items of the job satisfaction survey from Neubauer and Allerbeck (1978).

The results demonstrate that nurses show in fact a significantly higher emotional intelligence, compared to people who do not work in a nursing context. Furthermore the analyzes show that female nurses do not differ significantly from male relating to their EI. In terms of age, younger nurses show higher EI. The work experience seems to have no effect on this ability. In the collected sample there was no significant correlation between the emotional intelligence and job satisfaction.

Regarding the job satisfaction nurses are most satisfied with their colleagues and most dissatisfied with payment. There is no difference between woman and men at the total score of job satisfaction, but women are significantly more satisfied with their working conditions. The age and number of years of employment had no effect on job satisfaction.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	12
I. THEORETISCHER TEIL	14
KAPITEL 1: EMOTIONALE INTELLIGENZ (EI)	14
1.1 Historische Entwicklung und Begriffsklärung.....	14
1.2 Konzepte und Messung Emotionaler Intelligenz	16
1.2.1 Das Fähigkeitsmodell der Emotionalen Intelligenz.....	16
1.2.2 Das Trait-Modell der Emotionalen Intelligenz.....	18
1.2.3 Zusammenhang zwischen der EI als Fähigkeit und Selbsteinschätzung.....	20
1.3 Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf	21
1.3.1 Middlerange-Theorie der Pflege von Kristen Swanson	22
1.3.2 Emotionale Intelligenz in der Pflegeausbildung.....	24
1.3.3 Emotionale Intelligenz, Gesundheit und Stress.....	25
1.3.4 Emotionale Intelligenz und demographische Variablen.....	27
1.3.5 Empathie im Pflegeberuf.....	30
KAPITEL 2: ARBEITSZUFRIEDENHEIT	32
2.1 Definition und Facetten von Arbeitszufriedenheit.....	32
2.2 Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf.....	34
2.3 Arbeitszufriedenheit und demographische Variablen	36
2.4 Zusammenhang zwischen der EI und der Arbeitszufriedenheit.....	38
II. EMPIRISCHER TEIL.....	39
KAPITEL 3: ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN	39
KAPITEL 4: METHODE	41
4.1 Untersuchungsplan und Stichprobe.....	41

4.2 Operationalisierung	42
KAPITEL 5: UNTERSUCHUNG	44
5.1 Stichprobenbeschreibung	44
5.1.1 Geschlechtsverteilung.....	44
5.1.2 Altersverteilung	45
5.1.3 Berufserfahrung	46
5.1.4 Berufstätigkeit und Berufsgruppen der Vergleichsgruppe	47
5.1.5 Beziehungsstatus	48
KAPITEL 6: ERGEBNISSE.....	50
6.1 Deskriptivstatistik der verwendeten Testverfahren.....	50
6.1.1 Emotionale Intelligenz.....	50
6.1.1 Arbeitszufriedenheit	51
6.2 Überprüfung der aufgestellten Hypothesen.....	53
6.2.1 Emotionale Intelligenz.....	53
6.2.2 Arbeitszufriedenheit	60
KAPITEL 7: DISKUSSION	66
7.1 Emotionale Intelligenz	66
7.2 Arbeitszufriedenheit	68
LITERATURVERZEICHNIS	72
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	82
TABELLENVERZEICHNIS.....	83
LEBENS LAUF	85

EINLEITUNG

„Nahe, wenn auch nicht emotional tiefe Beziehungen zu Patienten, mit einer gewissen Reziprozität nützen nicht nur dem Patienten, sondern können zu hoher Berufszufriedenheit der Pflegenden führen. Die Verbündeten der Pflegenden sind somit die Patienten. Pflegende und Patienten gemeinsam müssen die Bedingungen schaffen, die eine qualitativ hoch stehende, einfühlsame Pflege ermöglichen“

(Bischoff-Wanner, 2002, S. 283).

Die Emotionale Intelligenz ist in unserem alltäglichen Leben unabdingbar und begegnet uns in den vielfältigsten Situationen im Umgang mit unseren Mitmenschen. Die Fähigkeit beinhaltet zum einen die adäquate Wahrnehmung und Einschätzung von Emotionen und zum anderen einen angemessenen Ausdruck und Regulation dieser (Mayer & Salovey, 1997).

Wie das Zitat von Bischoff-Wanner oben verdeutlicht, ist diese Fähigkeit vor allem auch für den Pflegeberuf von besonders großer Relevanz und kann in Folge sogar zu höherer Arbeitszufriedenheit beitragen. Das Pflegepersonal sieht sich ständig damit konfrontiert, sich in die Patienten hineinzuversetzen, zu verstehen, wie diese sich fühlen und ihre Anliegen und Sorgen herausfinden, um infolgedessen, angemessen darauf reagieren zu können. Darüber hinaus sind diese Skills natürlich auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team von großer Bedeutung (McQueen, 2004).

Es zeigt sich also die Wichtigkeit der Emotionalen Intelligenz in den verschiedensten Bereichen im Pflegealltag. Dieses Forschungsfeld wurde jedoch noch kaum wissenschaftlich erforscht und der Emotionalen Intelligenz wurde bislang kaum Aufmerksamkeit geschenkt.

Die vorliegende Diplomarbeit will genau an diesem Punkt anknüpfen und einen ersten Einblick liefern, welche Rolle die Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf spielt.

Die Arbeit beschäftigt sich also mit der Frage, welche Bedeutung der Emotionalen Intelligenz im Pflegeberuf zukommt. Von Interesse sind hierbei vor allem die Auswirkungen der EI auf die Arbeitszufriedenheit, ob es generell einen Unterschied in der EI zwischen Personen im Pflegeberuf und jenen in nicht-pflegerischen

Tätigkeitsfeldern gibt und ob verschiedene demographische Variablen Einfluss auf die Emotionale Intelligenz, sowie die Arbeitszufriedenheit haben.

Die Diplomarbeit lässt sich in zwei große Teile untergliedern, einen Theoretischen und einen Empirischen Teil.

Im *Theoretischen Teil* folgen zunächst jeweils ein historischer Abriss der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit sowie der Versuch einer Definition der beiden Begriffe. Im Anschluss daran werden verschiedene, für die dargestellte Studie relevante Forschungsarbeiten vorgestellt, die den nachfolgenden empirischen Teil theoretisch einbetten sollen.

Im *Empirischen Teil* kommt es zunächst zur Darlegung der Zielsetzung, sowie der aus der Literatur abgeleiteten Hypothesen. Weiters werden die für die Erhebung verwendeten Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente im Detail dargestellt. Schließlich werden die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung ausführlich dargelegt und im Anschluss in der Diskussion nochmal in die bereits bestehende Literatur eingebettet.

I. THEORETISCHER TEIL

KAPITEL 1: EMOTIONALE INTELLIGENZ (EI)

Das erste Kapitel widmet sich dem Themengebiet der Emotionalen Intelligenz.

Es folgen zunächst die begriffliche Einordnung, sowie eine historische Übersicht des Konstruktes.

Im Anschluss daran werden verschiedene Konzepte und Arten der Messung der Emotionalen Intelligenz vorgestellt und anschließend folgt die Darlegung und Aufbereitung des derzeitigen Forschungsstands zur Emotionalen Intelligenz im Pflegeberuf. Zuletzt wird die EI im Hinblick auf verschiedene demographische Variablen näher beleuchtet.

1.1 Historische Entwicklung und Begriffsklärung

Die Emotionale Intelligenz gehört zu einer Klasse von Intelligenzen, die als „hot intelligences“ bezeichnet werden, worunter sich auch die soziale, praktische und personale Intelligenz einreihen lassen. Auch wenn die EI noch ein sehr junges Konstrukt ist, kann sie dennoch auf eine ereignisreiche Geschichte zurückblicken (Mayer, Salovey, & Caruso, 2004).

Salovey und Mayer waren es, die den Begriff 1990 in ihrem Artikel „Emotional Intelligence“ erstmals in die Wissenschaft einführten, indem sie die Emotionale Intelligenz definierten als “the subset of social intelligence that involves the ability to monitor one’s own and others’ feelings and emotions, to discriminate among them and to use this information to guide one’s thinking and actions” (Salovey & Mayer, 1990, S. 189).

Die ersten Anfänge und Wurzeln der EI liegen jedoch viel weiter zurück. Schon im Jahr 1920 verwendete Thorndike den Begriff der sozialen Intelligenz, um damit die Fähigkeit auszudrücken, sein Gegenüber verstehen und steuern zu können und angemessen in sozialen Beziehungen und Kontexten zu agieren.

Auch Gardner beschäftigte sich 1983 mit dieser Thematik. In seinem Buch „Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences“ stellte er die Idee multipler Intelligenzen

vor, mit einer großen übergeordneten Intelligenz, der sich verschiedene Teilintelligenzen unterordnen lassen. Unter anderem trifft er eine Unterscheidung in interpersonale und intrapersonale Intelligenz. Bei der interpersonalen Intelligenz sind vor allem Fähigkeiten angesprochen, die damit zu tun haben, die Gefühle und Absichten der anderen zu verstehen, sich einfühlen zu können und die Fähigkeit, zu anderen Beziehungen aufbauen zu können, sowie diese aufrechtzuerhalten. Bei den intrapersonalen Skills hingegen geht es vorwiegend darum, sein eigenes Gefühlsleben zu kennen und verstehen, sowie adäquat damit umzugehen (Gardner, 1983).

Doch richtigen Aufschwung erlebte die Emotionale Intelligenz erst aufgrund des von Goleman 1995 herausgegebenen Werkes „Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ“, in dem er die Behauptung aufstellte, dass der EI für ein erfolgreiches Leben die weitaus bedeutendere Rolle zukommt im Vergleich zur kognitiven Intelligenz. Dieses populärwissenschaftliche Buch erregte ein bemerkenswertes Interesse in der Öffentlichkeit und löste sowohl in der Populärwissenschaft, als auch in der Scientific Community einen regelrechten Forschungsboom aus (Bachard & Hakstian, 2004).

Die zahlreichen Publikationen sprechen der EI tatsächlich eine bedeutungsvolle Rolle im beruflichen wie privaten Leben zu, doch auch kritische Stimmen blieben nicht aus. Diese kritischen Auseinandersetzungen betreffen vor allem die zahlreichen widersprüchlichen Definitionen des Konstrukts, die oftmals unzureichende Validität der vorhandenen Erhebungsinstrumente oder auch die Frage nach dem wahren Einfluss der EI auf die Arbeitsleistung und den Führungserfolg (Cherniss, 2010).

1.2 Konzepte und Messung Emotionaler Intelligenz

In der Forschung haben sich im Bezug auf die Operationalisierung und Messung der Emotionalen Intelligenz über die Jahre zwei unterschiedliche Richtungen herauskristallisiert, die Fähigkeits-EI und die Trait-EI (Petrides, Furnham, & Mavroveli, 2007). Auf die theoretischen Überlegungen der beiden Konzepte wird in Folge näher eingegangen und ebenso jeweils ein Erhebungsinstrument näher beleuchtet.

1.2.1 Das Fähigkeitsmodell der Emotionalen Intelligenz

Die Befürworter dieses Modells sehen die Emotionale Intelligenz als emotionsbezogene kognitive Fähigkeit an, welche eine rein mentale Eigenschaft darstellt und aus diesem Grund auch mittels Leistungstest erhoben werden kann. Es geht also um die Erfassung der maximalen Leistung in einem Test, bei dem es sowohl richtige als auch falsche Antworten gibt (Petrides et al., 2007).

Derzeit existiert nur ein Test der versucht, die Emotionale Intelligenz als Fähigkeit zu erfassen, der Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) von Mayer, Salovey und Caruso (2002). Dieser Test versteht sich als Operationalisierung des Fähigkeitsmodells, das 1997 von Mayer und Salovey vorgestellt wurde, wobei die Autoren folgende Definition von Emotionaler Intelligenz heranziehen: „Emotional intelligence involves the ability to perceive accurately, appraise, and express emotion; the ability to access and/or generate feelings when they facilitate thought; the ability to understand emotion and emotional knowledge; and the ability to regulate emotions to promote emotional and intellectual growth.“ (Mayer & Salovey, 1997; S. 10)

Diese überarbeitete Definition von Mayer und Salovey (1997), die im Vergleich zur ursprünglichen Version (siehe Kap. 1.1) konkreter formuliert ist und auch das Denken und die Gefühle mit einbezieht, lässt erkennen, dass sich die EI als Zusammenspiel von vier verschiedenen Fähigkeiten versteht, also ein so genanntes „Vier-Facetten-Modell“ darstellt. Der MSCEIT ist hierarchisch aufgebaut, mit der Emotionalen Intelligenz an oberster Stelle. Insgesamt besteht der Test aus 141 Items, die sich auf 8 Subtests aufteilen lassen (Steinmayr, Schütz, Hertel, & Schröder-Abé, 2011)

Die Struktur des hierarchischen Modells ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

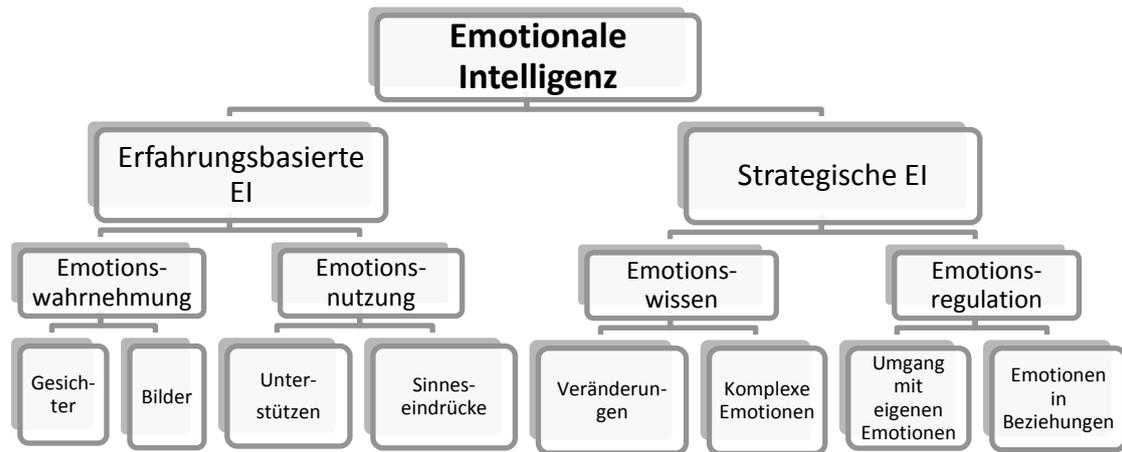


Abbildung 1: Struktur des MSCEIT (vgl. Steinmayr et al., 2011; S.22)

Mayer und Salovey (1997) beschreiben die vier Facetten folgendermaßen:

1. *Emotionswahrnehmung:* Bei dieser Fähigkeit geht es darum, Emotionen bei sich und bei anderen zu identifizieren, zwischen den verschiedenen emotionalen Zuständen unterscheiden zu können, als auch seine Emotionen adäquat auszudrücken.
2. *Emotionsnutzung:* Diese Facette beinhaltet die Nutzung der Emotionen zur Verbesserung von Denkprozessen, sowie deren Gebrauch zum besseren Verständnis verschiedener Situationen.
3. *Emotionswissen:* Hierbei geht es zum einen um ein Verständnis der Feinheiten und Komplexität von Emotionen, sowie deren gegenseitige Wechselwirkungen und zum anderen darum, dieses Wissen auch adäquat anzuwenden.
4. *Emotionsregulation:* Bei dieser Facette wird die Fähigkeit angesprochen, die Emotionen bei sich und bei anderen zu regulieren und zu kontrollieren, um emotionales und kognitives Wachstum zu fördern

Betrachtet man die Gütekriterien des MSCEIT, so zeigt sich für den Test ein hoher Grad an Objektivität aufgrund der standardisierten und einheitlichen Durchführung, Interpretation und Auswertung des Tests, welche mittels Computer erfolgt (Steinmayr et al., 2011).

Im Hinblick auf die Reliabilitäten berichten Mayer, Salovey, Caruso und Sitarenios (2003) akzeptablen Reliabilitäten zwischen .91 und .93 für den Gesamtwert des MSCEIT, für die vier Dimensionen liegen die Reliabilitäten zwischen .76 und .91.

1.2.2 Das Trait-Modell der Emotionalen Intelligenz

Neben den Vertretern der Fähigkeits-EI, gibt es auch die Befürworter des Trait-Modells, die die EI aus einem etwas anderen Blickwinkel heraus betrachten. Diese beschäftigen sich mit der Emotionalen Intelligenz als emotionsbezogene Disposition und Selbstwahrnehmung, wobei man nicht an den maximalen Leistungen interessiert ist, sondern an typischen Verhaltensweisen. Diese werden mittels Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben (Petrides, et al., 2007). Bei diesem Modell wird also die EI als Persönlichkeitseigenschaft angesehen, weshalb es vor allem um die Erfassung von Verhaltenstendenzen aufgrund der selbstwahrgenommenen Fähigkeit geht (Petrides & Furnham, 2001).

Diese unterschiedliche Sichtweise und Herangehensweise an die Emotionale Intelligenz schlägt sich natürlich auch in der Begriffsdefinition nieder. Bar-On (2006) definiert beispielsweise die Emotionale Intelligenz als „a cross-section of interrelated emotional and social competencies, skills and facilitators that determine how effectively we understand and express ourselves, understand others and relate with them, and cope with daily demands“ (Bar-On, 2006, S. 14).

Es existieren eine Reihe an Selbsteinschätzungsfragebögen zur Erhebung der Trait-EI, wobei die am häufigsten verwendeten Verfahren das Emotional Quotient Inventory (EQ-i) von Bar-On (1997), die Schutte Emotional Intelligence Scale (SEIS) von Schutte et al. (1998) und der Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) von Petrides (2009) sind, wobei letzterer zur Erhebung in der vorliegenden Studie herangezogen wird und aus diesem Grund hier auch näher beschrieben wird.

Der TEIQue von Petrides (2009) ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der versucht, die verschiedenen Facetten der Trait-EI umfassend abzudecken. Die Langversion dieses Verfahrens besteht aus 153 Items, welche sich auf 15 Subskalen aufteilen lassen und

diese kann man wiederum vier übergeordneten Faktoren zuordnen. Zusammen ergeben die 4 großen Faktoren dann einen Globalwert der Emotionalen Intelligenz.

Laut Petrides (2009) lassen sich die vier übergeordneten Faktoren des Fragebogens folgendermaßen beschreiben:

- 1) „Well-being“: Bei diesem Faktor will man herausfinden, inwieweit es einer Person gelingt, das Leben zu genießen und eine durchwegs positive Einstellung zum Leben beizubehalten.
- 2) „Self-Control“: Hierbei soll erhoben werden, wie eine Person seine Fähigkeit einschätzt, Impulse und Emotionen regulieren zu können und wie gut man mit emotionalem Druck umzugehen weiß.
- 3) „Emotionality“: Die Personen sollen bei den Items dieses Faktor einschätzen, inwieweit sie in der Lage sind, ihre Gefühle gut erkennen und ausdrücken zu können. Ebenso geht es um die Benutzung der Emotionalen Intelligenz, um sich in andere einfühlen und hineinversetzen zu können und die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufrechtzuerhalten.
- 4) „Sociability“: Hierbei geht es um den Grad an interpersoneller Fähigkeit, sich gegen andere durchsetzen zu können, sich für seine Rechte einzusetzen und andere Personen und deren Entscheidungen beeinflussen zu können.

Forschungsarbeiten, die sich mit den Gütekriterien des Trait Emotional Intelligence Questionnaire beschäftigt haben, finden für den Fragebogen zufriedenstellende Reliabilitäten, die sich über die 15 Subskalen zwischen .84 und .89 erstrecken. Diese Ergebnisse können sowohl für Frauen, als auch für Männer bestätigt werden (Petrides & Furnham, 2006). Auch andere Autoren, die Untersuchungen mit Übersetzungen des Verfahrens durchführten, kamen in verschiedenen Ländern und Sprachen zu vergleichbaren Ergebnissen (z.B. Mikolajczak et al., 2007; Freudenthaler et al., 2008).

1.2.3 Zusammenhang zwischen der EI als Fähigkeit und Selbsteinschätzung

Es besteht die Annahme, dass ein Selbstbeurteilungsfragebogen vor allem dann ein adäquates Messinstrument darstellt, wenn Personen bereits ein gut ausgebildetes Selbstkonzept entwickelt haben. Es wurde jedoch mehrfach nachgewiesen, dass Personen in den verschiedensten Situationen oftmals nicht sehr gut imstande sind, eine realistische Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten zu treffen (Brackett & Mayer, 2003).

Betrachtet man zunächst die allgemeine Intelligenz, so konnte diese Vermutung bereits von Paulhus, Lysy und Yik (1998) nachgewiesen werden, in deren Studie der Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung und der tatsächlich erbrachten Leistung nur sehr gering ausfiel. Aus diesem Grund nimmt man auch für andere Fähigkeiten, wie beispielsweise der Emotionalen Intelligenz an, dass die eigene Wahrnehmung und die reale Leistung voneinander abweichen und unterschiedliche Repräsentationen darstellen (Brackett & Mayer, 2003).

Die wenigen bislang durchgeführten Studien zu diesem Themengebiet, können diese Annahmen auch bestätigen, wie beispielsweise Brackett und Mayer (2003). Diese führten eine Studie mit 207 Probanden durch, denen sie drei unterschiedliche Tests zur Emotionalen Intelligenz bearbeiten ließen, wobei sich zeigte, dass der Fähigkeitstest mit den beiden anderen Selbstbeurteilungsverfahren nur sehr schwach miteinander korrelierte.

Eine andere Studie, bei der 291 Versuchspersonen teilnahmen, stammt von Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner und Salovey (2006). Bei dieser Erhebung wurde den Probanden erneut ein Fähigkeitstest, sowie ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Bearbeitung vorgelegt, wobei der Zusammenhang zwischen den beiden wiederum sehr gering ausfiel.

1.3 Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf

Laut Landa und López-Zafra (2010) sind Pflegepersonen mit einer hohen emotionalen Intelligenz Individuen, die im Einklang mit ihren Gedanken und Gefühlen arbeiten. Pflegekräfte werden im Berufsalltag immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen Fähigkeiten gefordert sind, sich in andere Personen hineinzusetzen, um deren Gefühle, Anliegen und Sorgen besser verstehen zu können. Ebenso sind emotionale Kompetenzen auch in der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team stets gefragt (McQueen, 2004).

Zudem sind gute emotionale Fähigkeiten auch von Bedeutung, wenn es darum geht Patienten und deren Angehörigen Informationen verständlich und einfühlsam zu vermitteln (Secker, Pidd, & Parham, 1999).

Um die ganze Fülle an Bedürfnisse der Patienten erfüllen zu können, ist es für die Pflegekräfte ebenso von Bedeutung, ihre eigenen Emotionen angemessen zu regulieren. Ein gut entwickeltes Selbstkonzept scheint also in der Pflege sehr nützlich zu sein. Dies schließt das Wissen über sich selbst, seine eigenen Kompetenzen, Möglichkeiten und Ressourcen, sowie Grenzen mit ein. Personen mit einem gut entwickelten Selbstkonzept sind in der Lage, ihre eigenen Emotionen und die Emotionen anderer angemessen zu regulieren und zeigen einen höheren Grad an Empathie (Landa & López-Zafra, 2010).

Im Bezug auf die Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf gibt es derzeit jedoch noch sehr wenige wissenschaftliche Forschungsarbeiten, obwohl sie, wie die obigen Ausführungen verdeutlichen, eine sehr bedeutende Fähigkeit im Pflegeberuf darstellt (McQueen, 2004). Einige Studien konnten jedoch bereits zeigen, dass eine gut ausgeprägte Emotionale Intelligenz den Pflegepersonen erlaubt, eine therapeutische Beziehung zu den Patienten aufzubauen, die Patienten und deren Familien angemessen zu betreuen und allgemein mit dem Arbeitsstress besser klar zu kommen (Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009).

Früher wurde dem Pflegepersonal eher dazu geraten, eine professionelle Barriere zwischen sich und den Patienten aufzubauen, um sich emotional von ihnen abgrenzen zu können (Menzies, 1960).

In den vergangenen Jahren geht man aber in die Richtung einer weniger formalen Pflege-Patient-Beziehung. Viele Konzepte betonen heute die Wichtigkeit der Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten (Savage, 1990). Es wird also immer

mehr ein ganzheitlicher Ansatz in der Pflege angestrebt, der die psychologischen, die sozialen, sowie die spirituellen Bedürfnisse der Patienten miteinschließt.

Eines dieser Konzepte ist jenes von Kristen Swanson aus dem Jahre 1991, welches in Folge kurz näher vorgestellt wird.

1.3.1 Middlerange-Theorie der Pflege von Kristen Swanson

1991 beschrieb Kristen Swanson eine Middlerangetheorie der Pflege, welche empirisch von drei phänomenologischen Untersuchungen in perinatalen Pflegeeinrichtungen abgeleitet wurde. Folgepublikationen konnten bestätigen, dass die Theorie neben dem perinatalen Bereich, auch auf andere Pflegekontexte übertragen werden kann (Swanson, 1993).

Middlerangetheorien oder Theorien mittlerer Reichweite sind umschriebener als große Theorien, aber dennoch nicht so konkret wie spezifische praktische Theorien. Sie haben somit einen großen Erklärungswert im Hinblick auf das Verständnis verschiedenster Phänomene und lassen sich leicht in die Praxis übertragen. Ebenso sind sie aufgrund ihres Abstraktionsniveaus interessant für die Wissenschaft (Andershed & Olsson, 2009).

In der Theorie von Swanson wird Pflege definiert als „a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Swanson, 1991, S.165).

Sie beschreibt 5 Pflegeprozesse, die hierarchisch aufgebaut sind, wobei sie das Wohlbefinden des Patienten als gewünschten Outcome betrachtet. Die Prozesse werden in Folge näher beschrieben.

„Maintaining Belief“: Hierbei geht es vorrangig darum, das Vertrauen an die Fähigkeiten des Patienten aufrechtzuerhalten, um bestimmte Ereignisse durchzustehen und einer bedeutungsvollen Zukunft entgegenzusehen. Die Pflegeperson soll an die Fähigkeiten des Patienten glauben und versuchen, eine hoffnungsvolle Situation aufrechtzuerhalten. Zudem soll sie den Patienten einen realistischen Optimismus vermitteln und diese darin bestärken, selbst in hoffnungslosen Situationen Zuversicht zu bewahren (Swanson, 1993).

„Knowing“: Dieser Pflegeprozess zielt auf das Bestreben der Pflegeperson ab, ein Ereignis so zu verstehen, wie es im Leben des Patienten von Bedeutung ist. Man soll den Fokus also auf die zu pflegende Person und ihre Sicht auf die Ereignisse legen und Vermutungen vermeiden. Es geht darum, der anderen Person gut zuzuhören, kontinuierlich nach Hinweisen suchen und diese sorgfältig zu beurteilen (Swanson, 1993).

„Being With“: Hierbei geht es darum, für die andere Person emotional präsent zu sein, die andere Person wahrzunehmen, zu verstehen und deren Gefühle zu teilen, ohne diese dadurch zusätzlich zu belasten. Dies beinhaltet ebenso, emotional offen zu sein für die Realität der anderen Person und dadurch seine Situation besser verstehen zu können (Swanson, 1993).

„Doing For“: Dieser Prozess inkludiert solche Handlungen, die für den Pflegebedürftigen hilfreich sind und protektiv wirken und somit deren Wohlbefinden steigern. Die Pflegekraft soll Handlungen durchführen, die die andere Person normalerweise durchführen würde, wenn dies für sie möglich wäre. Es geht darum, Bedürfnisse vorauszuahnen, sachkundig und erfahren zu arbeiten und die Person schützen. Dies alles soll unter Wahrung ihrer Würde der Betroffenen geschehen (Swanson, 1993).

„Enabling“: Bei diesem letzten Prozess geht es darum, die pflegebedürftigen Personen dabei zu unterstützen, einen Lebenswechsel oder bestimmte familiäre Ereignisse durchzustehen. Es soll die Fähigkeit einer Person unterstützt werden zu wachsen, zu heilen und Selbsthilfe auszuüben. Dies beinhaltet zudem die Fokussierung auf das Ereignis, die Generierung von Alternativen, sowie das Durchdenken von verschiedenen Dingen (Swanson, 1993).

In dieser Theorie von Swanson wird also deutlich, dass für eine wirkungsvolle Pflege viele Fähigkeiten benötigt werden, die mit der Emotionalen Intelligenz in Zusammenhang gebracht werden.

1.3.2 Emotionale Intelligenz in der Pflegeausbildung

Die Rolle der Emotionen wurde in der Pflegeausbildung bislang fast kaum berücksichtigen, obwohl einige Studien bereits belegen konnten, dass Emotionen eine bedeutende Rolle in dieser Profession spielen, denn beim Pflegeberuf geht es nicht nur um die bloße technische Expertise, vielmehr schließt eine gelungene Pflege viele psychologische Kompetenzen mit ein. Aus diesem Grund ist ein Wissen über das Selbst, seine Emotionen und die der anderen unabdingbar für eine adäquate Pflege und eine Weiterentwicklung dieser Profession (Landa & López-Zafra, 2010).

Eine Studie von Cadman und Brewer (2001) beschäftigte sich genau damit und setzte das Konzept der Emotionalen Intelligenz in Bezug zur Auswahl zukünftiger Pflegekräfte. Es hat sich herausgestellt, dass eine qualifizierte Pflegekraft in der Lage sein sollte, wirkungsvoll in einem Team zu arbeiten, fähig sein sollte, die eigenen Gefühle und die der anderen zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren und ebenso die Fähigkeit besitzen, sich und andere zu motivieren. Die Autoren nehmen an, dass die Emotionale Intelligenz aus diesem Grund einen guten Prädiktor für den Berufserfolg darstellt, weshalb diese bei der Auswahl der Ausbildungskandidaten eine tragende Rolle spielen sollte (Cadman & Brewer, 2001).

Zudem hat sich gezeigt, dass sich Pflegeschüler oft nur ungenügend auf die sozialen, interpersonellen und emotionalen Anforderungen in ihrem Beruf vorbereitet fühlen (Henderson, 2001).

Auf der anderen Seite zeigt sich aber deutlich, dass die Emotionale Intelligenz über die Zeit durch verschiedene interpersonelle Kompetenztrainings ausgebildet oder verbessert werden kann, egal in welchem Alter (Cadman und Brewer, 2001).

Dies betont nochmal die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Emotionalen Intelligenz bei der Auswahl der Pflegeschüler, sowie die Notwendigkeit der Einbindung emotionaler Kompetenzen in die Pflegeausbildung.

1.3.3 Emotionale Intelligenz, Gesundheit und Stress

Die Literatur über berufsbezogenen Stress zeigt, dass alle Pflegekräfte, unabhängig davon wo sie arbeiten, mit verschiedenen Stressfaktoren zu kämpfen haben. Auf organisatorischer Seite wurden vor allem die wechselnden Arbeitszeiten, die Überlastung und der Kontakt mit dem Tod als Hauptstressoren identifiziert (Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009).

Im Hinblick auf die Arbeitszeiten konnte festgestellt werden, dass sowohl die wechselnden Arbeitszeiten, als auch die Nachdienste einen direkten Einfluss auf den Biorhythmus und den sozialen Rhythmus der jeweiligen Person haben (Piotrkowski et al., 1987, zitiert nach Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009).

Zudem führen die Überlastungen, mit denen sich Pflegekräfte konfrontiert sehen, sowie die ständige Konfrontation mit Krankheit und Tod zu vermehrten Fehlzeiten, somatischen Krankheiten, koronaren Herzkrankheiten, Alkoholismus und einem kontinuierlichen Abbau der professionellen Fertigkeiten. Man nimmt an, dass die EI in diesem Zusammenhang als Mediator fungiert und somit dazu beitragen kann, das Auftreten der oben genannten Gesundheitsprobleme zu verhindern oder zu reduzieren (Augusto-Landa & Montes-Berges, 2009).

Pflegepersonen leiden also oftmals, aufgrund der nicht optimalen Arbeitsbedingungen und dem ständigen Kontakt mit Patienten und dem Tod, an Stress und Gesundheitsproblemen. Aufgrund der Tatsache, dass Emotionen einen Einfluss auf die Arbeit und Leistung haben, könnte möglicherweise auch die EI die individuellen Differenzen im Umgang mit dem Arbeitsstress erklären. Eine Studie von Landa, López-Zafra, Martos und Aguilar-Luzón (2008) untersuchte die Wechselwirkung zwischen EI, Arbeitsstress und Gesundheit. Ebenso interessierten sie sich für den Einfluss der demographischen Variablen auf den Stress und die Gesundheit. Um dies zu erfassen, wurde eine Fragebogenerhebung in einem allgemeinen Krankenhaus durchgeführt, bei der 180 Pflegepersonen teilnahmen. Die Ergebnisse zeigten unterschiedliche Effekte der verschiedenen emotionalen Komponenten auf Stress und Gesundheit. Im Hinblick auf den Stress zeigte sich, dass Pflegepersonen mit hohen Werten bei der „Klarheit der Emotionswahrnehmung“ und der „Beeinflussbarkeit der Emotionen“ über weniger Stress berichteten, wohingegen jene, die hohe Werte bei der „Beachtung von Emotionen“ hatten, mehr Stress erlebten. Weiters fanden die Autoren einen positiven Zusammenhang

zwischen Alter, Dienstjahren und Stress, insofern, dass jüngere Krankenschwestern und jene mit weniger Dienstjahren, weniger Stress erfuhren. EI steht in dieser Erhebung in keinem Zusammenhang mit dem Alter oder der Anzahl an Berufsjahren. Zudem fand man heraus, dass verheiratete Pflegepersonen über eine bessere allgemeine Gesundheit verfügten. Zusammenfassend zeigt die Studie also, dass die EI als protektiver Faktor gegen Stress wirkt und die Gesundheit positiv beeinflusst (Landa et al., 2008).

Auch andere Studien konnten zeigen, dass die Emotionale Intelligenz eine Fähigkeit darstellt, die bei Pflegekräften und Pflegeschülern die Konsequenzen von negativem Stress minimiert. Montes-Berges und Augusto (2007) untersuchten die wahrgenommene Emotionale Intelligenz beim Benutzen von Stressbewältigungsstrategien und bei der sozialen Unterstützung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Emotionale Intelligenz eine sehr wichtige Komponente für die Stressbewältigung darstellt.

In einer weiteren Studie diesbezüglich von Humel und Caputi (2001) wurde der Zusammenhang zwischen den emotionalen Kompetenzen und Arbeitsstress untersucht, sowie der Zusammenhang zwischen der Zeit, die man bereits im Pflegeberuf tätig ist und Stress. Eine signifikante Beziehung wurde gefunden zwischen den emotionalen Kompetenzen und der Berufserfahrung. Pflegekräfte mit 6 oder mehr Jahren Berufserfahrung zeigten eine höhere Emotionale Intelligenz. Dies zeigte sich bei Frauen deutlicher als bei Männern. Pflegepersonal mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung erleben signifikant mehr Selbstzweifel als Personen mit mehr Erfahrung (Humpel & Caputi, 2001).

Augusto-Landa und Montes-Berges (2009) untersuchten den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Emotionalen Intelligenz, Gesundheit und somatischen Krankheiten. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen EI und verschiedenen Gesundheitsfaktoren.

1.3.4 Emotionale Intelligenz und demographische Variablen

Geschlechtsunterschiede

Die Ergebnisse der Genderforschung im Bereich der Emotionalen Intelligenz fallen sehr unterschiedlich und inkonsistent aus. Es besteht laut Laut Sánche- Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés und Latorre (2008) die Annahme, dass diese unterschiedlichen Resultate aufgrund der unterschiedlichen Herangehensweise und Erhebungsinstrumente der EI zustande kommen, weshalb in Folge die Ergebnisse auch getrennt für Studien, die Fähigkeitstests verwendet haben und solche, die Selbstbeurteilungsbögen zur Datenerhebung herangezogen haben, dargestellt werden.

Betrachtet man zunächst Studien, die die Emotionale Intelligenz als Fähigkeit ansehen, so zeigt sich im Bezug auf die Ergebnisse ein recht homogenes Bild zugunsten der Frauen, die bei den Fähigkeitstests meist signifikant besser abschneiden, als die Männer.

In einer Studie von Mayer, Caruso, & Salovey (2000) wurden insgesamt 497 Versuchspersonen mittels Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS), welcher der Vorgänger des MSCEIT ist, getestet. Die Gruppe der Frauen schnitt bei diesem Fähigkeitstest signifikant besser ab, als die Gruppe der Männer. Dieses Ergebnis konnte ebenso von Extremera, Fernández-Berrocal und Salovey (2006) bestätigt werden, die zur Erhebung der Emotionalen Intelligenz die spanische Übersetzung des MSCEIT heranzogen. Auch hier konnten Frauen sowohl beim Gesamtwert Emotionaler Intelligenz, als auch bei den einzelnen Untertests jeweils signifikant bessere Leistungen zeigen. Vergleichbare Ergebnisse finden sich auch bei anderen Autoren, was auf einen relativ gesicherten Geschlechtsunterschied bei der Fähigkeits-EI schließen lässt (z.B. Brackett & Mayer, 2003; Brackett, Warner, & Bosco, 2005; Day & Carroll, 2004; Mayer, Salovey, & Caruso, 2002). Doch nicht alle Studien finden diese Geschlechtsunterschiede über alle Dimensionen der EI hinweg. So konnte Kafetsios (2004) zwar wiederum signifikant bessere Leistungen bei den Frauen feststellen, jedoch nur bei der Emotionswahrnehmung und der Emotionsnutzung, nicht aber beim Emotionswissen und der Emotionsregulation.

Betrachtet man hingegen die Forschungsarbeiten, die Selbstbeurteilungsfragebögen als Erhebungsinstrument herangezogen haben, so kann dieser oben berichtete, recht

einheitliche Trend, nicht mehr zur Gänze bestätigt werden und es finden sich kontroverse Ergebnisse.

Brackett et al. (2006) legten den 191 Probanden ihrer Studie sowohl einen Fähigkeitstest, als auch einen Selbsteinschätzungsbogen zur Bearbeitung vor und konnten in ihrer Stichprobe signifikant bessere Leistungen der Frauen beim Fähigkeitstest finden, nicht jedoch bei der Selbsteinschätzung.

Dieses Ergebnis kann auch von Dawda und Hart (2000) unterstützt werden, die in ihrer Erhebung ebenso keine Geschlechtsunterschiede zwischen Männern und Frauen in der Selbstbeurteilung festmachen konnten.

Doch es gibt auch Ergebnisse, die in die entgegengesetzte Richtung deuten. So berichten Harrod und Scheer (2005) von signifikanten Geschlechtsunterschieden bei jugendlichen Mädchen und Buben, wobei sich die Mädchen signifikant besser in ihren emotionalen Fähigkeiten einschätzten.

Eine Erhebung an 156 Medizinstudenten zeigte ebenso, dass die weiblichen Studenten ihre Emotionale Intelligenz deutlich höher einschätzten, als dies ihre männlichen Kollegen taten (Austin, Evans, Goldwater, & Potter, 2005)

Diese vorangegangenen Studien bezogen in ihrer Erhebungen Personen unterschiedlichster Berufsgruppen mit ein. Ob sich männliche und weibliche Pflegekräfte hinsichtlich der EI unterscheiden, wurde bislang noch nicht untersucht. Eine Studie von Bar-On, Brown, Kirkcaldy und Thomé (2000) untersuchte jedoch Personen, die in helfenden Berufen tätig waren und konnten im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede keine signifikanten Differenzen zwischen Männern und Frauen finden.

Zusammenfassend zeigt sich also der Trend, dass es zwischen den tatsächlich erbrachten Leistungen in einem Fähigkeitstest Geschlechtsunterschiede zugunsten der Frauen gibt. Bei der Selbsteinschätzung zeichnet sich in der Literatur noch kein einheitliches Bild ab und es bedarf in diesem Bereich noch an weiterer Forschung.

Im Hinblick auf die spezifische Gruppe von Pflegekräften, kann man aufgrund der fehlenden Studien bislang noch keine gültigen Aussagen treffen.

Altersunterschiede

Laut Gardner und Qualter (2011) müsste die Emotionale Intelligenz im Laufe des Lebens, aufgrund der stetigen Zunahme an Wissen und Erfahrung, zunehmen. Diese Hypothese wurde bislang jedoch kaum erforscht und auch die wenigen vorhandenen Studienergebnisse sind inkonsistent.

Einige Ergebnisse sprechen tatsächlich für einen Anstieg der Fähigkeit mit zunehmendem Alter. So konnte eine Studie von Mayer et al. (2000) mit 229 Jugendlichen, sowie 503 Erwachsenen zeigen, dass erwachsenen Versuchsteilnehmer signifikant bessere Werte im Emotionalen Intelligenztest aufwiesen.

Ein ähnliches Ergebnis liefert die Erhebung von Gardner und Qualter im Jahr 2011, jedoch nicht über alle Dimensionen der EI hinweg. Die Autoren teilten ihre 520 Probanden in zwei Altersgruppen ein, wobei Personen im Alter zwischen 18 und 31 Altersgruppe 1 (junge Erwachsene) und jene im Alter zwischen 32 und 79 Altersgruppe 2 (ältere Erwachsene) zugeteilt wurden. Die Gruppe der älteren Studienteilnehmer war den jüngeren beim Emotionswissen, sowie bei der Emotionsregulation überlegen. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigten sich bei der Wahrnehmung und der Nutzung von Emotionen.

Kafetsios (2004) kommt diesbezüglich zu ähnlichen Ergebnissen.

Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Studien, die über gegenteilige Ergebnisse berichten. Eine im Jahr 2006 durchgeführte Studie von Chapman und Hayslip zeigte, dass sich die selbst zugeschriebene Emotionale Intelligenz im Verlauf des Lebens nicht merkbar verändert und es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt. Auch im Hinblick auf die EI als Fähigkeit, finden sich vergleichbare Ergebnisse bei Palmer, Gignac, Manocha und Stough (2005). Auch in ihrer Stichprobe gab es keinen signifikanten Altersunterschied bezüglich der Emotionalen Intelligenz.

Zu einem ganz konträren Ergebnis gelangen Day und Carroll (2004) in ihrer Studie. Diese erhoben Daten von 246 Studenten im Alter zwischen 17 und 54 Jahren, wobei die Probanden den MSCEIT bearbeiteten. Die Auswertung der Altershypothese ergab einen signifikanten Unterschied bei der Emotionswahrnehmung und zwar dahingehend, dass die jüngeren Versuchspersonen bessere Leistungen zeigten als die älteren.

Ähnlich wie bei den Geschlechtsunterschieden existieren auch bei der Altersdebatte bislang noch keine Studien, die sich speziell mit Pflegepersonen auseinandersetzen. Wie aus den obigen Ausführungen ersichtlich, existieren also diesbezüglich noch sehr uneinheitliche Ergebnisse und es bedarf weiterer Forschungsarbeiten in diesem Feld.

1.3.5 Empathie im Pflegeberuf

In vielen Pflgetheorien kommt der Empathie, welche als ein Aspekt der Emotionalen Intelligenz angesehen werden kann, eine zentrale Rolle zu (Landa & López-Zafra, 2010). Aus diesem Grund wird das Konzept der Empathie kurz näher dargestellt.

Die Empathie kann ganz weit gefasst als Eigenschaft definiert werden, die Gefühle einer anderen Person als seine eigenen wahrzunehmen, sich also in die andere Person einzufühlen (Walker & Alligood, 2001).

Der Begriff Empathie stammt ursprünglich vom deutschen Wort "Einfühlung" und wurde erstmals 1873 von Vischer eingeführt. Das Wort Empathie setzt sich aus den griechischen Wortteilen *em* (=innen, drinnen) und *pathos* (=Leiden) zusammen (Mercer & Reynolds, 2002). In der Psychologie wurde dieser Term durch Carl Rogers populär, der den Begriff definierte als Fähigkeit "*to sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the "as if" quality*" (Rogers, 1957, S. 99).

Laut Morse et al. (1992) ist Empathie ein komplexes, multidimensionales Konzept, welches sich aus folgenden vier Komponenten zusammensetzt:

- 1) *Moralische Komponente*: Hierbei handelt es sich um eine innere altruistische Kraft, empathisch zu handeln.
- 2) *Kognitive Komponente*: Dabei geht es um die intellektuelle Fähigkeit einer Person, die Gefühle und Perspektive einer anderen Person aus einer objektiven Perspektive heraus überhaupt kognitiv identifizieren und verstehen zu können.
- 3) *Gefühlsbezogene Komponente*: Dies beinhaltet die Fähigkeit, den psychischen Zustand oder die Gefühle einer anderen Person subjektiv zu erfahren oder zu teilen.

- 4) *Verhaltensbezogene Komponente:* Hierbei ist die Fähigkeit angesprochen, der Person eine kommunikative Rückmeldung zu geben, um das Verständnis der anderen Perspektive auszudrücken.

Die Empathie wird als Schlüsselkompetenz angesehen im Hinblick auf den Aufbau einer gelungenen Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten und viele Studien konnten bereits zeigen, dass verschiedenste Interventionen durch Empathie positiv beeinflusst werden können. Diese so genannte klinische Empathie beinhaltet unter anderem die Fähigkeit, die Situation, Perspektive, sowie die Gefühle des Patienten zu verstehen, dieses Verständnis angemessen zu kommunizieren und sich auf Basis dieses Verständnisses dem Patienten gegenüber in einer unterstützenden Art und Weise zu verhalten (Mercer & Reynolds, 2002).

La Monica, Wolf, Madea und Oberst (1987) untersuchten beispielsweise den Effekt der Empathie auf Angst, Depression und Zufriedenheit bei Personen mit einer Krebserkrankung. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion von Angst und Depression bei Patienten, die von Pflegenden betreut wurden, die einen hohen Grad an Empathie aufwiesen.

In einer anderen Studie konnte Reid-Ponte (1992) bei 65 Pflege-Patienten-Paaren zeigen, dass je höher der Level an Empathie bei den Pflegepersonen war, desto geringer war der Grad an Distress bei Patienten mit der Diagnose Krebs.

Ebenso führten Wheeler, Marrett und Lahey (1996) eine Studie mit 76 Probanden durch, bei der sich herausstellte, dass ein hoher Grad an Empathie bei Pflegenden mit einem Rückgang an Angst bei Patienten einhergeht.

KAPITEL 2: ARBEITSZUFRIEDENHEIT

Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Arbeitszufriedenheit, dem zweiten großen Themengebiet dieser Diplomarbeit. Es folgt zunächst die Definition der Arbeitszufriedenheit, sowie die Darstellung der verschiedenen Facetten dieses Konzeptes. Im Anschluss soll ein Überblick über die Literatur zur Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf gegeben werden. Zudem wird die Arbeitszufriedenheit im Hinblick auf das Geschlecht und das Alter näher beleuchtet. Zuletzt folgt der Versuch der Zusammenführung der beiden Konstrukte, der Emotionale Intelligenz sowie der Arbeitszufriedenheit.

2.1 Definition und Facetten von Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit stellt eine der am häufigsten untersuchten Variablen in der Verhaltens- und Organisationsforschung dar (Spector, 1997). Doch trotz der Vielzahl an Publikationen zu diesem Thema hat sich bislang noch keine allgemein gültige Definition herausgebildet.

Locke (1976) beschreibt die Arbeitszufriedenheit als einen positiven emotionalen Zustand, der sich aus der Bewertung der eigenen Arbeit oder der Erlebnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit dieser Arbeit zusammensetzt. Eine andere Definition stammt von Spector (1997), der Arbeitszufriedenheit definiert als "simply how people feel about their jobs and different aspects of their jobs. It is the extent to which people like or dislike their jobs. As it is generally assessed, job satisfaction is an attitudinal variable." (Spector, 1997, S.2)

Die Arbeitszufriedenheit kann einerseits global betrachtet werden, wenn sie sich auf die gesamte Arbeitssituation bezieht, oder spezifisch, wenn nur einzelne Aspekte oder Facetten der Arbeit von Interesse sind (Lu, Barribal, Zhang, & While, 2011).

Herzberg stellte 1968 die 2-Faktoren-Theorie der Arbeitszufriedenheit vor. Nach ihm bedingen also vor allem zwei Faktoren diese, zum einen die so genannten Hygienefaktoren, welche extrinsisch Faktoren darstellen, wie beispielsweise die Arbeitsbedingungen, Administration, Beziehung zu Kollegen und Vorgesetzten,

Bezahlung. Auf der anderen Seite gibt es die Motivatoren, die intrinsische Faktoren darstellen, wie zum Beispiel Leistung, Wachstum, Anerkennung und Verantwortung. Laut Herzberg bedingen extrinsische Faktoren Unzufriedenheit, wohingegen intrinsische Faktoren zu Zufriedenheit in der Arbeit führen.

Es wird also deutlich, dass sich die Arbeitszufriedenheit aus mehreren Faktoren zusammensetzt, weshalb Neuberger und Allerbeck (1978) auch davon ausgehen, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit von den einzelnen Einstellungen zu unterschiedlichen Facetten der Arbeit abhängt.

Die Autoren fassen folgende Aspekte der Arbeitszufriedenheit zusammen:

- Arbeitstätigkeit
- Vorgesetzter
- Kollegen
- Entwicklungsmöglichkeiten
- Bezahlung
- Arbeitsbedingungen
- Organisation und Leitung
- Arbeitszeit
- Arbeitsplatzsicherung

(Neuberger & Allerbeck, 1978)

Andere Autoren treffen ähnliche Einteilungen, wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

Weinert (2004)	Spector (1985)
Arbeit selbst	Arbeitstätigkeit
Supervision und Führungsstil	Vorgesetzter
Organisation	Kollegen
Beförderungsmöglichkeiten	Entwicklungsmöglichkeiten
Mitarbeiter	Bezahlung
Arbeitsbedingungen	Arbeitsbedingungen
Finanzielle und nicht-finanzielle Entlohnung	Kommunikation
Anerkennung	Leistungsabhängige Belohnung
	Lohnzulagen

Abbildung 2: Facetten der Arbeitszufriedenheit (vgl. Weinert, 2004; Spector, 1985)

2.2 Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf

Der Mangel an Pflegepersonal sowie deren hohe Fluktuation stellt mittlerweile ein globales Problem dar, welches immer mehr an Bedeutung gewinnt. Viele Staaten sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, dass es einerseits zu wenig Pflegepersonal gibt, gleichzeitig aber ein erhöhter Bedarf aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft besteht. Es wurden mittlerweile verschiedene Faktoren identifiziert, die im Zusammenhang mit dieser Problematik von Relevanz sind, wobei der Arbeitszufriedenheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde (Lu, Barribal, Zhang, & While, 2011).

Tovey und Adams (1999) führten eine Studie mit 20 Stationsleitern, sowie 110 Pflegekräften durch. Sie konnten darin folgende Schlüsselfaktoren für die Unzufriedenheit im Pflegeberuf identifizieren: Arbeitsbeziehungen, Mangel an Personal, Besorgnis über die schlechten Pflegestandards und Druck von außen.

Eine andere Erhebung konnte zeigen, dass es vor allem der Grad an Zusammenhalt im Pflgeteam, die Wahrnehmung der Stationsorganisation, sowie der Grad an Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal sind, die die bedeutendsten Beiträge zur Arbeitszufriedenheit darstellen (Adams & Bond, 2000).

In einer Studie von Nolan et al. (1998) wurden 518 Pflegepersonen in England mittels Arbeitszufriedenheitsfragebogen untersucht. 85% der Teilnehmer gaben an, ihre Arbeit interessant zu finden, was zugleich den signifikantesten Faktor im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit darstellte. Weiters berichteten 35% der Probanden, dass ihre Arbeitszufriedenheit im Laufe des letzten Jahres abnahm.

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei der Erhebung von Lundh (1999), bei der sogar über 90% der befragten Pflegepersonen angaben, dass sie ihren Job als interessant erachten und ebenso der Meinung waren, von ihrem unmittelbaren Vorgesetzten den notwendigen Respekt zu erhalten. Nahezu die Hälfte der Pflegekräfte gab jedoch an, kein Mitspracherecht bei Entscheidungen zu haben. Zudem nahm das Stresslevel bei vielen innerhalb der letzten 12 Monate sehr zu, während wichtige Aspekte der Arbeitszufriedenheit abnahmen, wie beispielsweise die Zufriedenheit mit der Bezahlung oder den allgemeinen Arbeitsbedingungen (Lundh, 1999).

Price (2002) identifizierte weitere Faktoren, die zur Unzufriedenheit im Job beitragen können. Diese hingen vor allem zusammen mit der unzureichenden Kontrolle über die Arbeitsbedingungen, der schlechten Kinderbetreuungseinrichtungen und der ungenügenden Entlohnung der Wochenenddienste.

Eine Metaanalyse über 48 Studien zeigte, dass die Arbeitszufriedenheit am stärksten mit Stress und Bindung an den Arbeitsplatz korreliert. Zudem zeigen sich mittlere Korrelationen mit Faktoren wie Autonomie, Anerkennung, Kommunikation mit Kollegen und der Leitung, Gerechtigkeit, sowie Kontrollüberzeugung (Blegen, 1993).

Aiken et al. konnten 2001 zeigen, dass 27-54% der unter Dreißigjährigen zum Zeitpunkt der Datenerhebung planten, in den nächsten 12 Monaten zu kündigen.

Die häufigsten Gründe für die Intention zu kündigen, sind Überlastungen, wechselnde Schichtpläne und Konflikte in interpersonalen Beziehungen (Lee, Song, Cho, Lee, & Daly, 2003).

Doch nicht nur quantitative Studien beschäftigten sich mit dieser Thematik, auch qualitative Erhebungen trugen bedeutend zum besseren Verständnis der Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf bei.

Eine dieser Studien stammt von Sjögren et al. (2005), der eine qualitative Befragung mit 288 ehemaligen Pflegepersonen durchführte, die mittlerweile nicht mehr im Pflegeberuf tätig sind. Seine Befragung zeigte, dass vor allem die Arbeitsbedingungen (wie Arbeitszeiten, Management und Beziehung zu den Kollegen), das Gehalt und die Entwicklungsmöglichkeiten maßgeblich entscheidend dafür sind, ob man im Pflegeberuf bleibt oder nicht.

Tourangeau et al. (2010) führten Fokusgruppen durch, um jene Faktoren herauszufiltern, die das Pflegepersonal dazu veranlassen das Angestelltenverhältnis aufrechtzuerhalten oder nicht.

Die Autoren identifizierten folgende 8 Faktoren, die maßgeblich zur Arbeitszufriedenheit beitragen:

- Beziehung zu Kollegen
- Arbeitsbedingungen
- Beziehung und Unterstützung seitens des Managements

- Entlohnung
- Organisatorische Unterstützung
- physische, sowie psychische Rückmeldung auf die geleistete Arbeit
- Beziehung zu den Patienten
- andere Arbeitsinhalte und externe Faktoren

Zusammenfassend zeigt sich also im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf ein relativ einheitliches Bild, sowohl bei den qualitativen, als auch quantitativen Studien.

2.3 Arbeitszufriedenheit und demographische Variablen

Geschlecht

Bezüglich Geschlechtsunterschieden bei der Arbeitszufriedenheit konnten viele Studien zeigen, dass Frauen diese häufig deutlich besser einschätzen als Männer. Dies könnte an dem so genannten Geschlechter-Paradoxon liegen, laut dem die Frauen trotz allgemein schlechterer Arbeitsbedingungen zufriedener mit ihrer Arbeit sind (Clark, 1997).

Clark (1997) geht davon aus, dass dies nicht aus dem Grunde zustande kommt, dass sie generell bessere Arbeitsplätze haben, sondern Frauen nur niedrigere Erwartungen an eine Arbeitsstelle haben aufgrund der schlechteren Stellung am Arbeitsmarkt in der Vergangenheit. Sousa-Poza und Sousa-Poza fanden 2003 jedoch heraus, dass dieses Phänomen zusehends vor allem bei jungen und gebildeten Arbeitskräften verschwindet, da die Erwartungen der Frauen stetig zunehmen und sich allgemein die Arbeitsmarktbedingungen für Frauen verbessern.

Betrachtet man nun die Geschlechterunterschiede speziell für den Pflegeberuf, so lassen sich hier kaum Studien finden.

Shields und Ward (2001) identifizierten einen signifikanten Geschlechtseffekt in ihrer Studie, wobei männliche Pflegekräfte eine signifikant niedrigere Arbeitszufriedenheit aufwiesen.

Eine relativ neue Studie von Andrews, Stewart, Morgan und D'arcy (2012) beschäftigte mit Unterschieden und Ähnlichkeiten beim Pflegepersonal im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit. Es zeigte sich, dass ein großer Anteil der Männer über Aggressionen am Arbeitsplatz berichtete. Das Alter, das Jahreseinkommen und die

Unterstützung der Ärzte schienen für männliche Pflegekräfte keine Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit darzustellen, wie dies bei den Frauen zu finden war. Alles in allem, fand man aber im Hinblick auf Faktoren der Arbeitszufriedenheit, mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Alter

Betrachtet man die Arbeitszufriedenheit im Verlauf des Lebens, so nehmen viele Autoren einen positiven linearen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Arbeitszufriedenheit an. Dies konnte beispielsweise Rhodes (1983) in einer Metaanalyse bestätigen, in der 185 Studien inkludiert waren. Man kam über die verschiedenen Studien hinweg zu dem Ergebnis, dass die Arbeitszufriedenheit mit zunehmendem Alter stetig ansteigt, es also tatsächlich einen positiven Zusammenhang zwischen dem Alter und der Arbeitszufriedenheit zu geben scheint. Auch eine neuere Metaanalyse aus dem Jahr 2010 über mehr als 800 Artikel von Ng und Felman konnte diesen linearen Zusammenhang nochmals unterstützen.

Andere Autoren (z.B. Warr, 1992) nehmen keinen linearen, sondern einen u-förmigen Zusammenhang zwischen Alter und Arbeitszufriedenheit an. Dies bedeutet, dass vor allem jüngere und ältere Personen zufrieden mit ihrer Arbeit sind, während die mittlere Altersgruppe im Vergleich dazu eher unzufrieden ist. Warr (1992) untersuchte 1686 berufstätige Personen und teilte diese in 3 Altersgruppen ein. Es bestätigte sich die Annahme eines u-förmigen Zusammenhangs zwischen Alter und Arbeitszufriedenheit.

Gemeinsam ist all diesen Ergebnissen, dass die Arbeitszufriedenheit mit höherem Alter scheinbar besser eingeschätzt wird.

Wiederum gibt es bis jetzt kaum bis gar keine Studien, die sich speziell mit Pflegepersonen auseinandergesetzt haben.

Es gibt jedoch eine Studie von Shields und Ward (2001), die den oben erwähnten Trend auch für Pflegepersonen bestätigen konnte. Die Autoren fanden in ihrer Erhebung ebenso heraus, dass die Arbeitszufriedenheit bei Pflegepersonen linear mit dem Alter zunimmt, ältere Pflegekräfte also signifikant zufriedener mit ihrem Job sind.

2.4 Zusammenhang zwischen der EI und der Arbeitszufriedenheit

Nach diesen theoretischen Ausführungen der Emotionalen Intelligenz sowie der Arbeitszufriedenheit, soll schließlich versucht werden, einen Bogen zwischen den beiden Konstrukten zu spannen.

Es hat sich herausgestellt, dass es dem Pflegepersonal hilft, die Patienten besser kennenzulernen, um die Sorgen dieser besser zu verstehen und deren Bedürfnisse vorausszusehen. Dies kann wiederum allgemein zu einer höheren Arbeitszufriedenheit beitragen (Luker, Austin, Caress, & Hallett, 2000).

Auch Bischoff-Wanner (2002) geht von der Annahme aus, dass nahe Beziehungen zum Patienten, die jedoch emotional nicht zu tief gehen, einerseits dem Patienten dienlich sind und andererseits auch bei den Pflegepersonen zu höherer Arbeitszufriedenheit beitragen können.

Ebenso zeigte eine Studie mit 550 Pflegepersonen von Güteryüz et al. (2008), dass verschiedene Facetten der Emotionalen Intelligenz signifikant positiv mit der Arbeitszufriedenheit korrelieren, vor allem die Emotionsregulation sowie die Emotionsnutzung.

Jedoch ist dieses Forschungsgebiet noch sehr jung und bedarf weiterer empirischer Forschungsarbeiten.

II. EMPIRISCHER TEIL

KAPITEL 3: ZIELSETZUNG UND HYPOTHESEN

Wie der Theorieteil zeigt, gibt es im Bereich Emotionale Intelligenz im Pflegeberuf noch sehr wenig Forschung und auch die Verbindung mit der Arbeitszufriedenheit wurde kaum untersucht. Da die Emotionale Intelligenz in dieser Berufssparte aber in vielerlei Hinsicht von Bedeutung ist, ist es von großer theoretischer und praktischer Relevanz, diesem Phänomen näher auf den Grund zu gehen.

Die durchgeführte Studie soll also einen ersten Beitrag dazu leisten, dieses relativ neue und unerforschte Feld zu erschließen.

Von Interesse ist zum einen, ob sich Personen in einem pflegerischen Beruf hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz signifikant von jenen unterscheiden, die nicht pflegerisch tätig sind. Weiters stellt sich die Frage, ob Pflegekräfte, die eine höhere Emotionale Intelligenz aufweisen, auch generell zufriedener mit ihrer Arbeit sind.

Zudem sind ausgewählte demographische Variablen von Interesse. Hier wird der Blick unter anderem auf geschlechtsbezogene Unterschiede gerichtet. Es soll festgestellt werden, ob Frauen tatsächlich bessere Leistungen hinsichtlich der Emotionalen Intelligenz zeigen, wie dies häufig in der Literatur postuliert wird. Auch ist von Interesse, ob es zu einer altersbedingten Zunahme dieser Fähigkeit aufgrund des angesammelten Wissens und der erhöhten Erfahrung kommt. Außerdem soll herausgefunden werden, ob die Anzahl der Jahre, die man bereits im Pflegeberuf tätig ist, einen Einfluss auf die Emotionale Intelligenz hat.

Auch die Arbeitszufriedenheit wird im Hinblick auf die verschiedenen demographischen Variablen näher beleuchtet.

Wirkt sich eine höhere Emotionale Intelligenz beispielsweise tatsächlich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus, sollte sie in Folge mehr Beachtung in der Ausbildung zum Pflegeberuf finden.

Im Hinblick auf Geschlechts- und Alterseffekten soll die Studie Klarheit in die Kontroversen bringen, da es diesbezüglich recht unterschiedliche Forschungsergebnisse gibt (siehe Kapitel 1.3.4 und 2.3).

Aus den zuvor ausgeführten theoretischen Überlegungen lassen sich die für die Arbeit folgende relevanten Hypothesen ableiten (aus Gründen der Übersichtlichkeit, werden jedoch nur die Alternativhypothesen angeführt):

H₁ (1): Es gibt einen signifikanten Unterschied im Bezug auf die Emotionale Intelligenz zwischen dem Pflegepersonal und der Vergleichsgruppe.

H₁ (2): Weiblich Pflegekräfte unterscheiden sich signifikant von männlichen hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz.

H₁ (3): Pflegekräfte unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz.

H₁ (4): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und der Emotionalen Intelligenz.

H₁ (5): Weiblich Pflegekräfte unterscheiden sich signifikant von männlichen hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit.

H₁ (6): Pflegekräfte unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit.

H₁ (7): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und der Arbeitszufriedenheit.

H₁ (8): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit.

KAPITEL 4: METHODE

4.1 Untersuchungsplan und Stichprobe

Zur Beantwortung der Fragestellungen erfolgte eine quantitative Datenerhebung mittels Fragebögen. Es wurden die demographischen Variablen der Probanden erhoben (Geschlecht, Alter, Ausbildung, Beziehungsstatus, Anzahl der Jahre im Pflegeberuf), sowie deren emotionale Intelligenz und Arbeitszufriedenheit.

Die zur Operationalisierung verwendeten Erhebungsinstrumente werden im nächsten Kapitel kurz näher dargestellt.

Es wurden die Daten von insgesamt 104 erwachsenen Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren erhoben. 50 dieser Probanden waren Personen, die in einer Einrichtung als Pflegekraft arbeiten, die restlichen 54 stellten die nicht-pflegerische Vergleichsgruppe dar.

Es wurden nur jene in die Studie aufgenommen, die gesund und frei von Krankheit oder Beeinträchtigung waren, um etwaige Einflussfaktoren auf die zu testenden Variablen auszuschließen.

Eine weitere Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie war die deutsche Muttersprache, um Verständnisproblemen bei der Bearbeitung der Fragebögen vorzubeugen und eine korrekte Bearbeitung der Testitems zu gewährleisten.

Die Probanden wurden im Vorfeld sowohl über die Dauer der Durchführung, als auch über die Wahrung der Anonymität ausreichend informiert und hingewiesen.

Die Personen der Versuchsgruppe wurden in drei österreichischen Bundesländern (Niederösterreich, Burgenland und Steiermark) sowie drei verschiedenen Pflegekontexten (Allgemeines Krankenhaus, Pflegeheim und Rehabilitationszentrum) rekrutiert.

Die Personen der Kontrollgruppe wurden vorwiegend im Bekanntenkreis rekrutiert.

4.2 Operationalisierung

Emotionale Intelligenz

Um die Emotionale Intelligenz zu erfassen, wurde die Kurzform des TEIQue von Petrides und Furnham (2006) herangezogen. Die Langform mit ihren verschiedenen Faktoren wurde in Kapitel 1.2.2 im Detail vorgestellt. Die Kurzform des Fragebogens wurde konstruiert, um eine globale Erhebung der selbstzugeschriebenen Emotionalen Intelligenz mithilfe weniger Items zu ermöglichen. Der TEIQue-SF besteht insgesamt aus 30 Items. Es wurden immer jeweils zwei Fragestellungen aus dem Itempool der 15 Subskalen der Langform für die Kurzform ausgewählt, auf Grundlage der Korrelationen mit dem Gesamtscore des jeweiligen Subtests.

Zur Beantwortung der Fragen steht den Probanden eine 7-stufige Likertskala zur Verfügung. Die Skala geht also von 1, „ich stimme absolut nicht zu“ bis hin zu 7, „ich stimme absolut zu“. Abbildung 3 bildet einen Auszug des Fragebogens ab.

Betrachtet man die Gütekriterien der Kurzform, so zeigen sich mit einem Alpha von .84 und .89 zufriedenstellende Reliabilitäten (Petrides & Furnham, 2006).

	1	2	3	4	5	6	7
	Stimme absolut NICHT zu			Stimme absolut zu			
1. Ich habe kein Problem damit, meine Emotionen in Worte zu fassen	1	2	3	4	5	6	7
2. Es fällt mir oft schwer, Situationen aus dem Blickwinkel einer anderen Person zu betrachten	1	2	3	4	5	6	7
3. Im Großen und Ganzen bin ich eine hoch motivierte Person	1	2	3	4	5	6	7
4. Es fällt mir gewöhnlich schwer, meine Emotionen zu regulieren	1	2	3	4	5	6	7
5. Im Allgemeinen finde ich das Leben nicht besonders erfreulich	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich kann gut mit Menschen umgehen	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich neige dazu, häufig meine Meinung zu ändern	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich kann oft nicht herausfinden, welche Gefühle ich empfinde	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich denke, dass ich viele gute Eigenschaften besitze	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich finde es oft schwierig, mich für meine Rechte einzusetzen	1	2	3	4	5	6	7

Abbildung 3: Item 1-5, TEIQue-SF (vgl. Petrides & Furnham, 2006)

Arbeitszufriedenheit

Die Items zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit wurden in Anlehnung an den Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) von Neubauer und Allerbeck (1978) entwickelt.

Der ABB misst die Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen der Arbeitssituation. Der Originalfragebogen besteht insgesamt aus 79 Items, welche sieben Bereichen zugeordnet sind. Für die geplante Erhebung werden jeweils nur die übergeordneten Fragestellungen herangezogen (siehe Abbildung 1).

Zur Beantwortung steht eine 7-stufige Likert-Skala zur Verfügung (von 1 „völlig unzufrieden“ bis 7 „völlig zufrieden“).

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit...?	1	2	3	4	5	6	7
1. ...Ihren Kollegen/Kolleginnen (mit denen Sie unmittelbar zusammenarbeiten und arbeitsbezogenen Kontakt haben)	<input type="checkbox"/>						
2. ...Ihrem/Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten (der eine Stufe höher steht als Sie und Ihnen Anweisungen kann)	<input type="checkbox"/>						
3. ...Ihrer Tätigkeit (Inhalt Ihrer Tätigkeit und Art Ihrer Arbeitsaufgabe)	<input type="checkbox"/>						
4. ...mit den Arbeitsbedingungen (Bedingungen, unter denen Sie arbeiten, z.B. Hilfsmittel, Arbeitsraum, Umgebung, Lärm, Temperatur, usw.)	<input type="checkbox"/>						

Abbildung 4: Item 1-3, ABB (vgl. Neubauer und Allerbeck, 1978)

KAPITEL 5: UNTERSUCHUNG

Die gesamten Berechnungen wurden mittels Computerprogramm SPSS 19.0 durchgeführt, wobei für die Auswertungen und Interpretationen ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ als Grenze herangezogen wurde.

5.1 Stichprobenbeschreibung

5.1.1 Geschlechtsverteilung

Die Versuchsgruppe besteht insgesamt aus 50 Probanden, wobei von diesen 90% weibliche Pflegekräfte sind 10% männliche (Abbildung 5). In der Kontrollgruppe befinden sich insgesamt 54 Versuchspersonen, von denen 29 Frauen (53,7%) und 25 Männer (46,9%) sind (Abbildung 6).

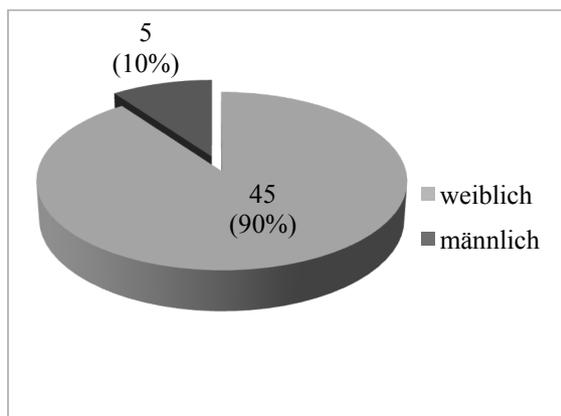


Abb. 5: Geschlechterverteilung Versuchsgr.

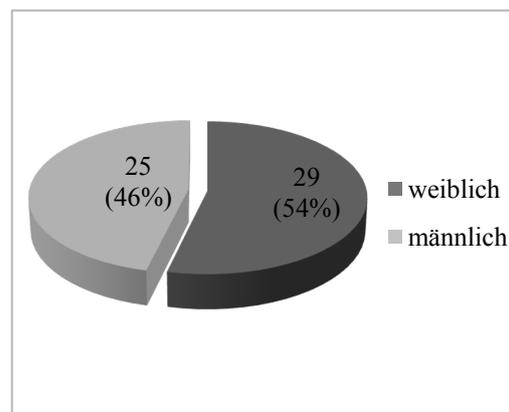


Abb. 6: Geschlechterverteilung Vergleichsgr.

Um festzustellen, ob man von einer Gleichverteilung der Geschlechter in den beiden Gruppen ausgehen kann, wird ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Tabelle 1 zeigt, dass es in der Versuchsgruppe mit einem $\chi^2 (1, N = 50) = 32.000, p = .000$ signifikante Abweichungen zwischen den erwarteten und beobachteten Häufigkeiten gibt, die Gleichverteilung also nicht gegeben ist. In der Vergleichsgruppe kann man von einer Gleichverteilung zwischen Männern und Frauen ausgehen ($\chi^2 (1, N = 54) = 0.296, p = .586$) (Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Chi-Quadrat-Test Geschlecht

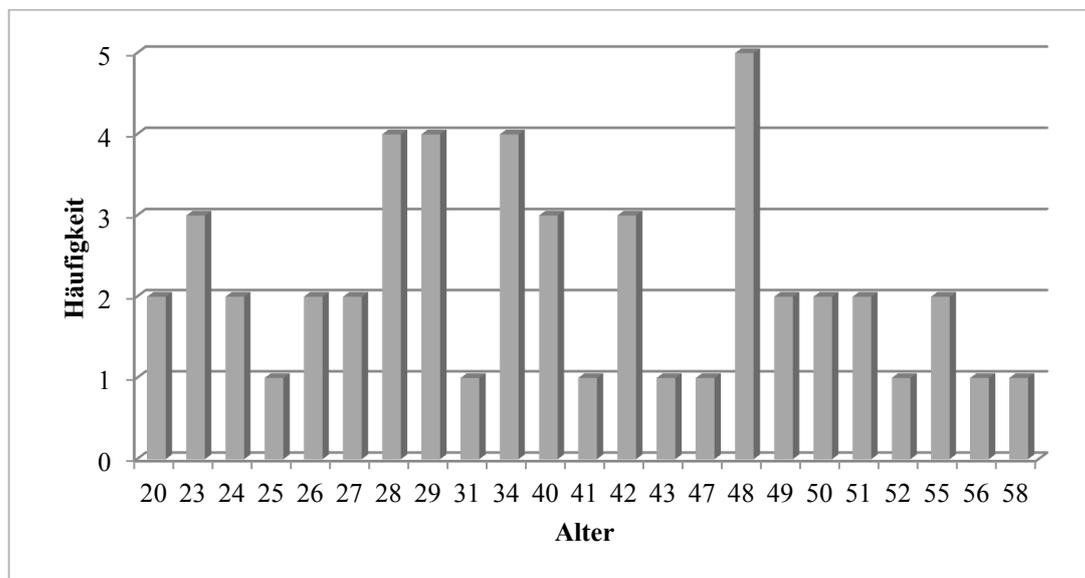
	Geschlecht
Chi-Quadrat(a)	32,000
df	1
Asymptotische Signifikanz	,000

Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test Geschlecht

	Geschlecht
Chi-Quadrat(a)	,296
df	1
Asymptotische Signifikanz	,586

5.1.2 Altersverteilung

Die Probanden der Versuchsgruppe sind zwischen 20 und 58 Jahre alt, mit einem Mittelwert von 37,5 (Abbildung 7). Da bei einigen Auswertungen das Alter von Relevanz ist, werden die Versuchspersonen zudem in Altersgruppen eingeteilt. Diese Einteilung ist Abbildung 8 zu entnehmen. Pflegekräfte mit einem Alter zwischen 20 und 35 fallen in die Kategorie 1 (junge Altersgruppe), jene zwischen 36 und 49 werden Kategorie 2 (mittlere Altersgruppe) zugeteilt und Personen ab 50 Jahren der Kategorie 3 (älteste Altersgruppe).

**Abbildung 7:** Altersverteilung der Versuchsgruppe

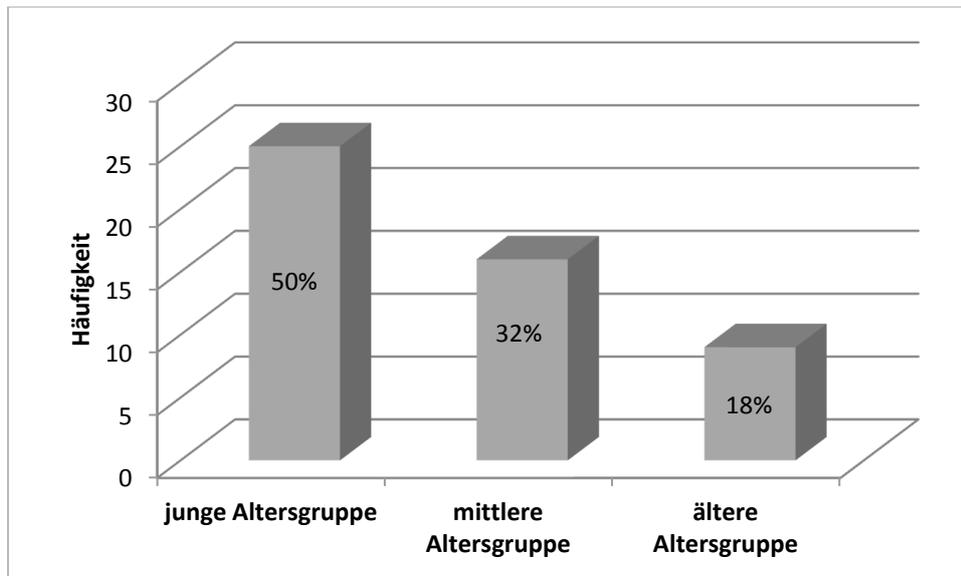


Abbildung 8: Altersgruppen

Wiederum wurde mittels Chi-Quadrat-Tests (Tabelle 3) überprüft, ob man die Gleichverteilung der Altersgruppen annehmen kann. Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass es eine signifikanten Abweichungen zwischen den erwarteten und beobachteten Häufigkeiten gibt und somit keine Gleichverteilung vorliegt, $\chi^2(2, N = 50) = 7.720, p = .021$.

Tabelle 3: Chi-Quadrat-Test Altersgruppen

	Alter_kod
Chi-Quadrat(a)	7,720
df	2
Asymptotische Signifikanz	,021

Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe waren zwischen 18 und 65 Jahre alt, mit einem Mittelwert von 37,7. Auch für diese Gruppe kann die Gleichverteilung über das Alter angenommen werden ($\chi^2(1, N = 50) = .074, p = .785$).

5.1.3 Berufserfahrung

Die Berufserfahrung der Teilnehmer erstreckt sich zwischen 1 und 34 Jahren (Mittelwert=11,6). Auch hier wurde wieder eine Einteilung in drei Gruppen vorgenommen (Abbildung 9). Pflegekräfte, die 1 bis 5 Jahre ihre Beruf ausübten, wurden Kategorie 1 zugeteilt (= wenig Berufserfahrung), jene die bereits 6 bis 10 Jahre als

Pflegekraft tätig waren Kategorie 2 (= mittlere Berufserfahrung) und alle über 10 Jahren Kategorie 3 (= viel Berufserfahrung).

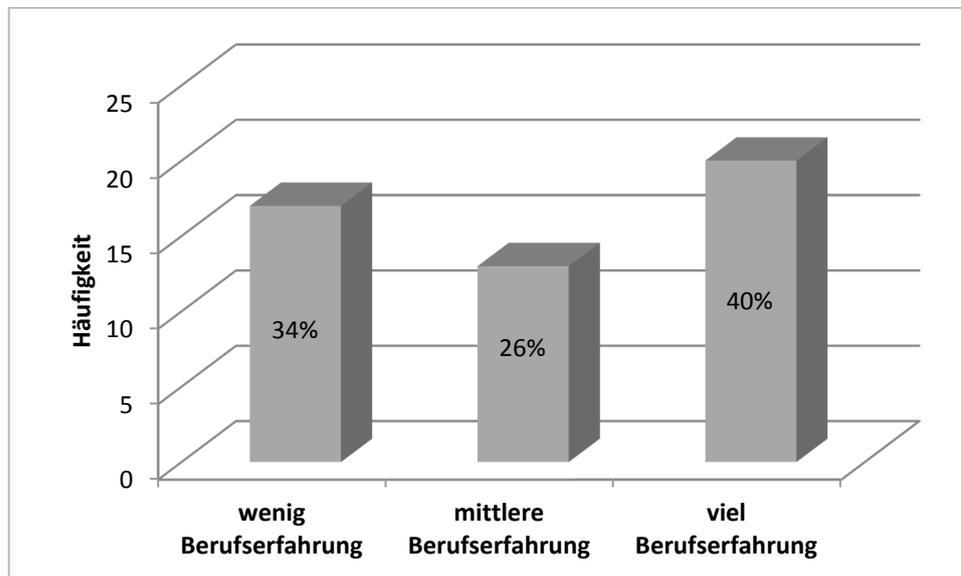


Abbildung 9: Berufserfahrung

Der Chi-Quadrat-Tests (Tabelle 4) zeigt mit $\chi^2(2, N = 50) = 1.480$, $p = .477$ ein nicht signifikantes Ergebnis, womit die Gleichverteilung für die Berufserfahrung gegeben ist.

Tabelle 4: Chi-Quadrat-Test Berufserfahrung

	Erfahrung_kod
Chi-Quadrat(a)	1,480
df	2
Asymptotische Signifikanz	,477

5.1.4 Berufstätigkeit und Berufsgruppen der Vergleichsgruppe

In der erhobenen Stichprobe sind 61% berufstätig und 39% übten zur Zeit der Datenerhebung keinen Beruf aus (Abbildung 10). Es wurde eine Einteilung der derzeit oder früher ausgeübten Berufe in sieben Kategorien vorgenommen, welche Abbildung 11 zu entnehmen sind.

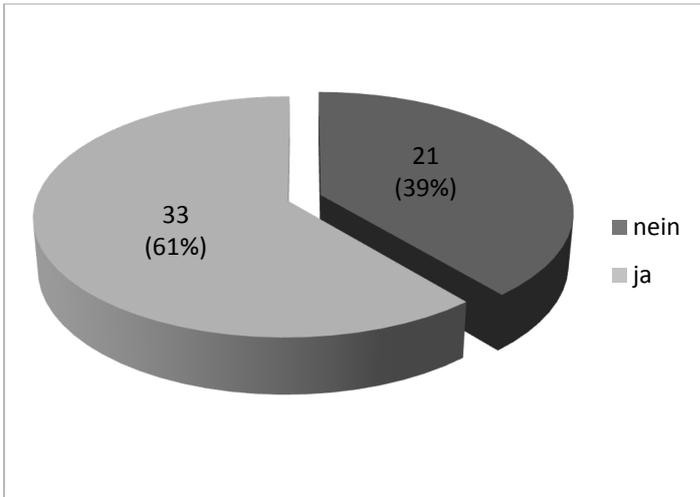


Abbildung 10: Berufstätigkeit_Vergleichsgruppe

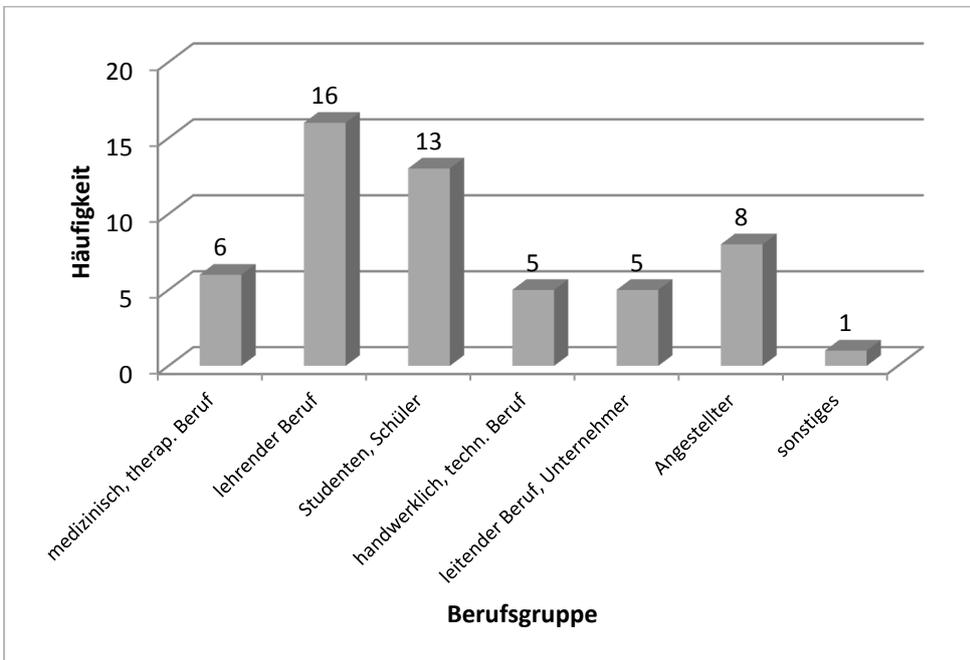


Abbildung 11: Berufsgruppen

5.1.5 Beziehungsstatus

Schaut man sich den Beziehungsstatus über die gesamte Stichprobe in Abbildung 12 an, so zeigt sich, dass sich rund 76% zur Zeit der Datenerhebung in einer Partnerschaft befinden und rund 24% derzeit in keine Beziehung führen.

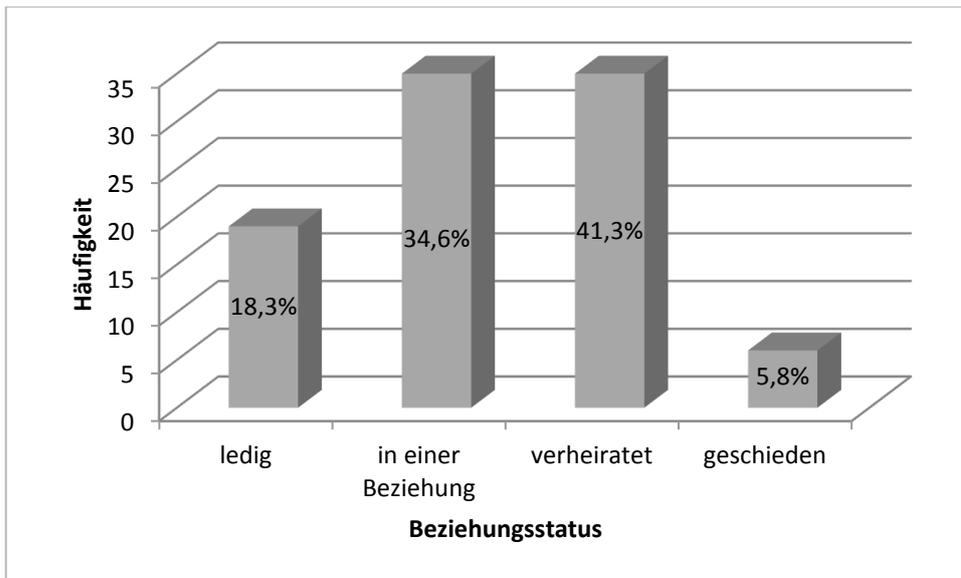


Abbildung 12: Beziehungsstatus

KAPITEL 6: ERGEBNISSE

6.1 Deskriptivstatistik der verwendeten Testverfahren

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über die Statistik der beiden Testverfahren zur Messung der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit. Neben der Deskriptivstatistik und den Häufigkeitsverteilungen wird zusätzlich eine Prüfung auf Normalverteilung durchgeführt.

6.1.1 Emotionale Intelligenz

Um die Emotionale Intelligenz der Versuchspersonen zu erheben, wurde der Selbsteinschätzungsfragebogen TEIQue-SF herangezogen.

Beim TEIQue-SF erreichen die Versuchspersonen Werte zwischen 104 und 194, wobei der Mittelwert bei 166,68 liegt (Tabelle 5). Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erreichen einen Mittelwert von 155,7 (Tabelle 6).

Tabelle 5: Deskriptive Statistik des TEIQue-SF_Versuchsgruppe

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Teique_Summe	50	104,00	194,00	166,3958	17,97130
Gültige Werte (Listenweise)	50				

Tabelle 6: Deskriptive Statistik des TEIQue-SF_Vergleichsgruppe

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Teique_Summe	54	100,00	197,00	155,7593	19,59297
Gültige Werte (Listenweise)	54				

Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass der K-S-Test zur Prüfung der Normalverteilung über beide Gruppen mit einem $p = .174$ nicht signifikant ausfällt und somit die Normalverteilung für die Daten angenommen werden kann.

Tabelle 7: K-S-Test des TEIQue_Versuchsgruppe

		Teique_Summe
N		102
Parameter der Normalverteilung(a,b)	Mittelwert	160,7647
	Standardabweichung	19,49876
Extremste Differenzen	Absolut	,109
	Positiv	,058
	Negativ	-,109
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,104
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,174

6.1.1 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit wurde mit einem Zufriedenheitsfragebogen erhoben, der in Anlehnung an den Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) von Neubauer und Allerbeck (1978) entwickelt wurde. Die Teilnehmer an der Erhebung erreichten in diesem Fragebogen Werte zwischen 11 und 48 Punkten, wobei der Mittelwert 33,1 betrug (Tabelle 8).

Der K-S-Test fällt mit einem $p = .507$ nicht signifikant aus, womit auch für die Arbeitszufriedenheit die Normalverteilung gegeben ist (Tabelle 9).

Tabelle 8: Deskriptive Statistik des Arbeitszufriedenheitsfragebogens

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
AZ_Summe	50	11,00	48,00	33,1400	9,40041
Gültige Werte (Listenweise)	50				

Tabelle 9: K-S-Test des Arbeitszufriedenheitsfragebogens

		AZ_Summe
N		50
Parameter der Normalverteilung(a,b)	Mittelwert	33,1400
	Standardabweichung	9,40041
Extremste Differenzen	Absolut	,116
	Positiv	,062
	Negativ	-,116
Kolmogorov-Smirnov-Z		,823
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,507

Betrachtet man die Mittelwerte der verschiedenen Komponenten der Arbeitszufriedenheit in Tabelle 10, so lässt sich erkennen, dass die Kollegen mit denen die Pflegepersonen zusammenarbeiten insgesamt am besten bewertet werden, gefolgt von der Tätigkeit, die sie ausüben. Am unzufriedensten sind die Teilnehmer mit der Bezahlung, sowie der Organisation und Leitung.

Tabelle 10: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit mit...	Mittelwert
Kollegen	5,64
unmittelbarer Vorgesetzter	4,88
Tätigkeit	5,5
Arbeitsbedingungen	4,62
Organisation und Leitung	4,26
Entwicklungsmöglichkeiten	4,58
Bezahlung	3,66

6.2 Überprüfung der aufgestellten Hypothesen

6.2.1 Emotionale Intelligenz

Die folgenden vier Hypothesen beschäftigen sich mit Fragestellungen bezüglich der Emotionalen Intelligenz im Pflegeberuf. Es geht darum herauszufinden, ob sich Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz generell von einer nicht-pflegerischen Vergleichsgruppe unterscheiden und ob es im Hinblick auf das Geschlecht, das Alter, sowie die Berufserfahrung einen Unterschied in der Einschätzung der Emotionalen Intelligenz beim Pflegepersonal gibt.

H₁ (1): Es gibt einen signifikanten Unterschied im Bezug auf die Emotionale Intelligenz zwischen dem Pflegepersonal und der Vergleichsgruppe.

Ein wesentlicher Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Diplomarbeit liegt in der Untersuchung der Fragestellung, ob es im Hinblick auf die Emotionale Intelligenz signifikante Unterschiede zwischen Pflegepersonen und einer Vergleichsgruppe, die nicht im pflegerischen Kontext tätig ist, gibt. Um diese erste Hypothese zu überprüfen, soll ein t-Test durchgeführt werden. Bei diesem Test wird überprüft, ob sich die Mittelwerte zweier Gruppen systematisch voneinander unterscheiden. Es geht also darum herauszufinden, ob sich diese beiden Gruppen im Hinblick auf ein bestimmtes Merkmal signifikant voneinander unterscheiden. Der Test kann angewendet werden, wenn die Voraussetzungen der Normalverteilung, der Intervallskalierung und der Homogenität der Varianzen gegeben sind (Rasch et al., 2006).

Für die folgende Fragestellung kann die Intervallskalierung der Daten als gegeben angesehen werden, ebenso wie die Normalverteilung (siehe Kapitel 6.1.1). Zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen wird der Levene- Test durchgeführt, der für die benötigten Daten mit $p = .588$ nicht signifikant ausfällt, womit auch die Homogenität der Varianzen angenommen werden kann (Tabelle 11). Der t-Test kann somit als Auswertungsverfahren herangezogen werden.

Tabelle 11: Levene-Test der H_1 (1)

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
,295	1	100	,588

Wie man Tabelle 12 entnehmen kann, fällt der t-Test mit einem $t(100) = 2.845$, $p = .005$ signifikant aus, d.h. Personen, die im Pflegekontext tätig sind, schätzen sich signifikant anders ein, als Personen, die nicht in diesem Bereich arbeiten.

Tabelle 12: t-Test der H_1 (1)

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Teique_Summe	Varianzen sind gleich	,295	,588	2,845	100	,005	10,63657	3,73897	3,21857	18,05458
	Varianzen sind nicht gleich			2,859	99,894	,005	10,63657	3,71987	3,25635	18,01679

Sieht man sich nun die Gruppenstatistik in Tabelle 13 genauer an, so wird ersichtlich, dass sich die Pflegepersonen mit einem Mittelwert von 166,4 um rund 10 Punkte besser hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz einschätzen als die nicht-pflegerische Vergleichsgruppe, bei der der Mittelwert bei 155,7 liegt.

Tabelle 13: Gruppenstatistik der H_1 (1)

Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Teique_Summe				
Versuchsgruppe	48	166,3958	17,97130	2,59393
Vergleichsgruppe	54	155,7593	19,59297	2,66627

H_1 (2): Weiblich Pflegekräfte unterscheiden sich signifikant von männlichen hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz.

Die nächste Hypothese beschäftigt sich mit der Frage, ob es einen genderbedingten Unterschied bei Pflegepersonen im Hinblick auf ihre Emotionale Intelligenz gibt.

Aufgrund des zu geringen Rücklaufs an teilnehmenden männlichen Pflegekräften und der daraus resultierenden geringen Fallzahl und fehlenden Gleichverteilung der Geschlechter in der Versuchsgruppe, müssen die nachfolgenden Ergebnisse kritisch betrachtet werden und sind nur als Trend zu werten.

Wiederum wird der t-Test zur Berechnung herangezogen. Auch hier sind die Intervallskalierung, sowie die Homogenität der Varianzen gegeben (Tabelle 14). Auch die Normalverteilung der Daten ist gegeben, womit der t-Test durchgeführt werden kann.

Tabelle 14: Levene-Test der H_1 (2)

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
,073	1	48	,788

Tabelle 15: t-Test der H_1 (2)

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere	Untere	Obere	Untere	Obere	Untere	Obere	Untere
Teique_Summe	Varianzen sind gleich	,073	,788	1,428	48	,160	13,53333	9,47590	5,51923	-32,58590
	Varianzen sind nicht gleich			1,409	4,901	,219	13,53333	9,60490	11,30760	-38,37427

Der t-Test (Tabelle 15) fällt mit einem $t(48) = 1.428$, $p = .160$ nicht signifikant aus. Weibliche Pflegekräfte scheinen sich also im Hinblick auf die selbstzugeschriebene Emotionale Intelligenz nicht von männlichen zu unterscheiden.

Sieht man sich die Mittelwerte der beiden Gruppen genauer an (Tabelle 16), so lässt sich erkennen, dass sich die weibliche Pflegekräfte mit einem Mittelwert von 163,5 leicht bessere emotionale Fähigkeiten zuschreiben, als ihre männlichen Kollegen, bei denen der Mittelwert 150 beträgt. Diese Unterschiede in den Mittelwerten sind jedoch nicht signifikant.

Tabelle 16: Gruppenstatistik der H₁ (2)

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Teique_Summe	weiblich	45	163,5333	20,07327	2,99235
	männlich	5	150,0000	20,40833	9,12688

H₁ (3): Pflegekräfte unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz.

Hypothese H₁ (3) beschäftigt sich mit der Frage, ob sich die drei Altersgruppen signifikant hinsichtlich ihrer Emotionalen Intelligenz voneinander unterscheiden. Diese Fragestellung soll mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) überprüft werden. Man wendet dieses statistische Auswertungsverfahren bei Hypothesen an, bei denen es darum geht herauszufinden, ob es signifikante Mittelwertunterschiede bei mehr als zwei Gruppen gibt. Angewendet werden kann dieses Verfahren, wenn die Voraussetzungen der Intervallskalierung, der Normalverteilung innerhalb der Gruppen, sowie der Homogenität der Varianzen gegeben sind (Bühner & Ziegler, 2009).

Für die folgende Hypothese ist die Voraussetzung der Normalverteilung für zwei der Gruppen nicht gegeben (siehe Tabelle 17), weshalb anstatt der einfaktoriellen Varianzanalyse der parameterfreie Kruskal-Wallis-Test angewendet wird.

Tabelle 17: K-S-Test der H₁ (3)

	Alter_kod	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz z	Statistik	df	Signifikanz z
Teique_Summe	junge Altersgruppe	,176	25	,045	,884	25	,008
	mittlere Altersgruppe	,227	16	,027	,822	16	,005
	ältere Altersgruppe	,229	9	,190	,925	9	,431

Tabelle 18 lässt sich entnehmen, dass der Test mit einem $p = .087$ nicht signifikant ausfällt, die Gruppen unterscheiden sich also nicht signifikant voneinander. Die Gruppenstatistik (Tabelle 19) zeigt, dass sich junge Pflegekräfte mit einem Mittelwert von 166,3 die höchste Emotionale Intelligenz zuschreiben.

Tabelle 18: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (3)

	Teique_Summe
Chi-Quadrat	4,889
df	2
Asymptotische Signifikanz	,087

Tabelle 19: Gruppenstatistik der H_1 (3)

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
junge Altersgruppe	25	166,2800	24,25304	4,85061
mittlere Altersgruppe	16	155,8125	13,89109	3,47277
ältere Altersgruppe	9	162,1111	16,35118	5,45039
Gesamt	50	162,1800	20,31355	2,87277

Teilt man die Pflegepersonen statt drei in zwei Gruppen ein, so zeigt der parameterfreie Mann-Whitney-U-Test in Tabelle 20, der aufgrund der nichtvorhandenen Homogenität der Varianzen anstatt des t-Tests angewendet wird, ein signifikantes Ergebnis ($p=.033$). Ein Vergleich der Mittelwerte (Tabelle 21) zeigt, dass sich die Personen in Alterskategorie 1 (Alter zwischen 20 und 39) signifikant besser im Hinblick auf ihre Emotionale Intelligenz einschätzen als Pflegepersonen der Alterskategorie 2 (Alter ab 40).

Tabelle 20: Mann-Whitney-U-Test der H_1 (3)

	Teique_Summe
Mann-Whitney-U	202,500
Wilcoxon-W	527,500
Z	-2,135
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,033

Tabelle 21: Gruppenstatistik der H_1 (3)_2 Altersgruppen

Alter	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Teique_Summe jüngere Altersgr.	25	166,2800	24,25304	4,85061
ältere Altersgr.	25	158,0800	14,80687	2,96137

H₁ (4): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und der Emotionalen Intelligenz.

Eine weitere Fragestellung beschäftigt sich mit der Anzahl der Jahre, die die Pflegepersonen bereits im Pflegeberuf tätig sind. Schätzen sich Pflegekräfte mit einer höheren Anzahl an Berufsjahren aufgrund der höheren Erfahrung möglicherweise besser hinsichtlich ihrer emotionalen Fähigkeiten ein, oder spielt die Berufserfahrung hier keine so bedeutende Rolle?

Um Hypothese H₁ (4) auf den Grund zu gehen, wird zunächst untersucht, ob es bei den teilnehmenden Pflegepersonen einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Jahre im Beruf und der Emotionalen Intelligenz gibt. Um dies zu testen, wird eine Korrelation nach Pearson berechnet.

Diese Korrelation, welche mit einem r dargestellt wird, soll den Zusammenhang zwischen zwei Variablen oder Merkmalen ausdrücken. Korrelationen können Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei der größte Zusammenhang besteht, wenn die Werte nahe 1 (oder -1) liegen. Bei einer Korrelation nahe 0, besteht kein Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Die Korrelation sagt jedoch nichts über die kausale Beziehung zwischen den beiden Merkmalen aus (Bühner & Ziegler, 2009).

Tabelle 22 zeigt, dass es zwischen den beiden Merkmalen Emotionale Intelligenz und Berufserfahrung mit einem $r(48) = -.089, p > .05$ keinen signifikanten Zusammenhang gibt.

Tabelle 22: Korrelation der H₁ (4)

		Berufs- erfahrung
Emotionale Intelligenz	Korrelation nach Pearson	-,089
	Signifikanz (2-seitig)	,540
	N	50

Um diese Hypothese noch ein wenig genauer auf den Grund zu, wurden die Versuchsteilnehmer in drei Gruppen eingeteilt (wenig, mittel und viel Berufserfahrung). Zur Überprüfung, ob es einen signifikanten Unterschied zwischen diesen Gruppen im Hinblick auf die Emotionale Intelligenz gibt, wird die einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Die Voraussetzungen zur Durchführung sind in diesem Falle gegeben.

Tabelle 23: Einfaktorielle Varianzanalyse der H₁ (4)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	714,694	2	357,347	,861	,429
Innerhalb der Gruppen	19504,686	47	414,993		
Gesamt	20219,380	49			

Der durchgeführte Test zeigt mit $F(2, 47) = .861$, $p = .429$ ein nicht signifikantes Ergebnis (Tabelle 23) und auch der Blick auf die Gruppenstatistik zeigt, dass es zwischen den Mittelwerten der Gruppen nur sehr unbedeutende Unterschiede gibt (Tabelle 24).

Es bestätigt sich also auch hier nochmal die Annahme, dass es im Hinblick auf die Emotionale Intelligenz keinen Unterschied zu machen scheint, wie lange die Personen bereits im Pflegebereich tätig sind.

Tabelle 24: Gruppenstatistik der H₁ (4)

	N	Mittelwert	Standard-abweichung	Standard-fehler
wenig Berufserfahrung	17	162,7647	25,93388	6,28989
mittlere Berufserfahrung	13	167,6154	17,81637	4,94137
viel Berufserfahrung	20	158,1500	16,11562	3,60356
Gesamt	50	162,1800	20,31355	2,87277

6.2.2 Arbeitszufriedenheit

Die nächsten Hypothesen beschäftigen sich ausführlicher mit der Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf. Auch hier werden wiederum die Geschlechterfrage sowie die Frage nach dem Einfluss des Alters und der Berufserfahrung behandelt.

Die letzte Fragestellung beschäftigt sich schließlich mit dem Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten Emotionale Intelligenz und Arbeitszufriedenheit.

H₁ (5): Weiblich Pflegekräfte unterscheiden sich signifikant von männlichen hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit.

Diese Hypothese soll der Fragestellung nachgehen, ob Männern und Frauen in Pflegeberufen unterschiedlich zufrieden mit ihrer Arbeit sind. Auch hier ist im Hinblick auf die Aussagekraft und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse, aufgrund der geringen Fallzahl männlicher Teilnehmer, jedoch Vorsicht geboten.

Um die Hypothese zu testen, wird bei vorhandenen Voraussetzungen, der t-Test durchgeführt. Ein Intervallskalenniveau ist für die Daten gegeben und diese sind ebenso normalverteilt (siehe 6.1.1). Der Levene-Test in Tabelle 25 zeigt, dass auch die Homogenität der Varianzen mit einem $p = .145$ gegeben ist und somit der Test angewendet werden kann.

Tabelle 25: Levene-Test der H₁ (5)

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
2,192	1	48	,145

Tabelle 26: t-Test der H₁ (5)

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Obere	Untere
AZ_Summe	Varianzen sind gleich	2,192	,145	1,039	48	,304	4,60000	4,42782	4,30272	13,50272
	Varianzen sind nicht gleich			,736	4,386	,499	4,60000	6,24996	12,16674	21,36674

Tabelle 26 bildet den durchgeführten t-Test ab, der mit $t(48) = 1.039$, $p = .304$ nicht signifikant ausfällt, d.h. die Geschlechter unterscheiden sich nicht bedeutend in ihrer Zufriedenheit mit der Arbeit.

Tabelle 27: Gruppenstatistik der H_1 (5)

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
AZ_Summe	weiblich	45	33,6000	8,90454	1,32741
	männlich	5	29,0000	13,65650	6,10737

Betrachtet man die einzelnen Bereiche der Arbeitszufriedenheit getrennt voneinander, so zeigt sich für die Arbeitsbedingungen (Tabelle 28) ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($t(48) = 2.129$, $p = .038$). Frauen sind mit einem Mittelwert von rund 4,8 mit den Arbeitsbedingungen in ihrer Institution signifikant zufriedener als Männer, mit einem Mittelwert von 3,2 (Tabelle 29). Für die anderen Bereiche der Arbeitszufriedenheit fällt der t-Test nicht signifikant aus.

Tabelle 28: t-Test H_1 (5)_Arbeitsbedingungen

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Obere	Untere
AZ_4	Varianzen sind gleich	2,395	,128	2,129	48	,038	1,57778	,74093	,08805	3,06751
	Varianzen sind nicht gleich			1,585	4,439	,181	1,57778	,99518	-	4,23631

Tabelle 29: Gruppenstatistik der H_1 (5)_Arbeitsbedingungen

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Arbeitsbedingungen	weiblich	45	4,7778	1,50588	,22448
	männlich	5	3,2000	2,16795	,96954

H_1 (6): Pflegekräfte unterschiedlicher Altersgruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit.

Auch bei der folgenden Hypothese, die sich mit der Frage beschäftigt, ob sich unterschiedlich alte Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit unterscheiden, kann die einfaktorielle Varianzanalyse aufgrund der fehlenden Normalverteilung innerhalb der Gruppen (Tabelle 30) nicht angewendet werden und es wird aus diesem Grund auf das parameterfreie Verfahren zurückgegriffen.

Tabelle 30: K-S-Test der H_1 (6)

Alter kod		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Arbeits- zufriedenh.	junge Altersgruppe	,179	25	,038	,932	25	,095
	mittlere Altersgruppe	,116	16	,200	,967	16	,796
	ältere Altersgruppe	,171	9	,200	,926	9	,442

Der Kruskal-Wallis-Test fällt mit einem $p = .874$ nicht signifikant aus (Tabelle 31) und auch bei den einzelnen Bereichen der Arbeitszufriedenheit zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Altersgruppen (Tabelle 33). Die Zufriedenheit mit der Arbeit scheint also nicht vom Alter abzuhängen.

Tabelle 31: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (6)

	AZ Summe
Chi-Quadrat	,269
df	2
Asymptotische Signifikanz	,874

Tabelle 32: Gruppenstatistik der H_1 (6)

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler
junge Altersgruppe	25	33,0400	9,81275	1,96255
mittlere Altersgruppe	16	32,2500	10,85971	2,71493
ältere Altersgruppe	9	35,0000	5,07445	1,69148
Gesamt	50	33,1400	9,40041	1,32942

Tabelle 33: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (6)_Bereiche der AZ

	Kollegen	Vorgesetzter	Tätigkeit	Arbeitsbeding.	Organisation/Leitung	Entwicklungsmögl.	Bezahlung
Chi-Quadrat	,070	,032	,256	2,853	1,051	1,796	2,837
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymptotische Signifikanz	,966	,984	,880	,240	,591	,407	,242

H_1 (7): *Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und der Arbeitszufriedenheit.*

H_1 (7) beschäftigt sich mit der Frage, ob die Berufserfahrung möglicherweise einen Einfluss auf die Zufriedenheit im Job hat. Nimmt diese möglicherweise mit zunehmender Berufserfahrung zu, oder ist sie zu Beginn am höchsten und nimmt dann im Laufe der Zeit ab? Um diese Zusammenhangshypothese zu prüfen, wird der Pearson-Korrelationskoeffizient berechnet, der in Tabelle 34 abgebildet ist. Mit $r(48) = -.038$, $p > .05$ ist dieser Test nicht signifikant, es scheint also keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Berufsjahren und der Arbeitszufriedenheit geben.

Tabelle 34: Korrelation der H_1 (7)

		Arbeitszufriedenheit
Berufserfahrung	Korrelation nach Pearson	,038
	Signifikanz (2-seitig)	,794
	N	50

Sieht man sich die Hypothese genauer an, indem man die Teilnehmer wiederum in drei Gruppen einteilt, so bestätigt sich auch hier die Annahme, dass sich Pflegepersonen mit unterschiedlicher Berufserfahrung hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit mit einem $F(2, 47) = .267$, $p = .766$) nicht voneinander unterscheiden (Tabelle 35). Auch die durchgeführten Varianzanalysen der einzelnen Bereiche der Arbeitszufriedenheit fallen jeweils nicht signifikant aus (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 35: ANOVA der H_1 (7)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	48,722	2	24,361	,267	,766
Innerhalb der Gruppen	4281,298	47	91,091		
Gesamt	4330,020	49			

Tabelle 36: ANOVAs der H₁ (7)_Bereiche der AZ

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Kollegen	Zwischen den Gruppen	,114	2	,057	,019	,981
	Innerhalb der Gruppen	139,406	47	2,966		
	Gesamt	139,520	49			
Vorgesetzte	Zwischen den Gruppen	3,642	2	1,821	,471	,627
	Innerhalb der Gruppen	181,638	47	3,865		
	Gesamt	185,280	49			
Tätigkeit	Zwischen den Gruppen	2,140	2	1,070	,330	,721
	Innerhalb der Gruppen	152,360	47	3,242		
	Gesamt	154,500	49			
Arbeitsbedingungen	Zwischen den Gruppen	3,040	2	1,520	,564	,573
	Innerhalb der Gruppen	126,740	47	2,697		
	Gesamt	129,780	49			
Organisat./ Leitung	Zwischen den Gruppen	9,830	2	4,915	1,629	,207
	Innerhalb der Gruppen	141,790	47	3,017		
	Gesamt	151,620	49			
Entwickl. möglichkeit	Zwischen den Gruppen	6,370	2	3,185	,925	,404
	Innerhalb der Gruppen	161,810	47	3,443		
	Gesamt	168,180	49			
Bezahlung	Zwischen den Gruppen	1,736	2	,868	,250	,780
	Innerhalb der Gruppen	163,484	47	3,478		
	Gesamt	165,220	49			

H₁ (8): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit.

Die letzte Hypothese beschäftigt sich schließlich mit der Frage, ob die Emotionale Intelligenz und die Arbeitszufriedenheit miteinander in Verbindung stehen. Es gilt herauszufinden, ob die Annahme bestätigt werden kann, dass eine höhere Emotionale Intelligenz auch mit einer größeren Arbeitszufriedenheit einhergeht. Um diese Annahme zu prüfen, soll wiederum der Pearson-Korrelationskoeffizient berechnet werden. Tabelle 37 zeigt, dass der Zusammenhang mit $r(48) = -.018$, $p > .05$, sehr nahe bei null liegt und damit nicht signifikant ist. In der erhobenen Stichprobe gibt es zwischen diesen beiden Variablen somit keinen Zusammenhang.

Tabelle 37: Korrelation der H₁ (8)

		Emotionale Intelligenz
Arbeitszufrieden- heit	Korrelation nach Pearson	-,018
	Signifikanz (2-seitig)	,902
	N	50

KAPITEL 7: DISKUSSION

Dieses letzte Kapitel der Diplomarbeit versucht schließlich, die zuvor beschriebenen Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung in die bereits bestehende Literatur einzuordnen. Es soll dargelegt werden, welche Ergebnisse sich gut mit anderen Forschungsarbeiten vereinbaren lassen und welche möglicherweise in eine andere Richtung deuten. Für diese soll versucht werden, denkbare Erklärungsmodelle zu diskutieren. Zudem ist in diesem Kapitel Raum für Kritik an der Methode und Durchführung der Studie.

7.1 Emotionale Intelligenz

Vergleich zwischen Pflegepersonen und Vergleichsgruppe

Ein Ergebnis der durchgeführten Studie ist, dass sich Pflegepersonen signifikant besser hinsichtlich ihrer emotionalen Fähigkeiten einschätzen als Personen, die nicht im Pflegebereich tätig sind. Hierzu gibt es in der Literatur noch keine Vergleichsstudie. Es kann also sein, dass Pflegepersonen tatsächlich über bessere emotionale Fähigkeiten verfügen, was sowohl für die Pflegepersonen selbst, als auch für die Patienten von großem Vorteil wäre.

Kritisch betrachten muss man jedoch die Tatsache, dass die Selbsteinschätzung und die tatsächliche Fähigkeit oft nicht miteinander in Beziehung stehen, wie dies in einigen Studien schon gezeigt werden konnte (z.B. Brackett & Mayer, 2003; Brackett et al., 2006).

Aufgrund dieser Tatsache wäre es sinnvoll, in einer Folgestudie neben der selbsteingeschätzten EI auch die Fähigkeits-EI zu erheben, um diese Fragestellung noch differenzierter betrachten zu können.

Geschlecht

Weiters zeigen die Analysen, dass sich weibliche Pflegekräfte nicht merklich von männlichen hinsichtlich der Emotionalen Intelligenz unterscheiden. Dieses Ergebnis lässt sich gut mit den bereits vorhandenen Studien zu Geschlechtsunterschieden bei der Trait-EI vereinbaren. So konnten beispielsweise Brackett et al. (2006) oder Dawda und Hart

(2000) ebenso keine Geschlechtsunterschiede zwischen Männern und Frauen in der Selbstbeurteilung festmachen und auch die Studie von Bar-On et al. (2000) konnte dies für Personen feststellen, die in helfenden Berufen tätig sind.

Alter und Berufsjahre

Im Hinblick auf das Alter der Pflegepersonen zeigt sich, dass sich die Personen im Alter zwischen 20 und 39 signifikant besser im Hinblick auf ihre Emotionale Intelligenz einschätzen als Pflegepersonen ab 40.

Dies widerspricht der Annahme von Gardner und Qualter (2011), laut der die Emotionale Intelligenz im Laufe des Lebens zunehmen müsste, aufgrund des stetigen Zugewinns an Erfahrung und Wissen. Einige Studien konnten dies für die Fähigkeits-EI auch bestätigen (z.B. Gardner & Qualter, 2011; Kafetsios, 2004; Mayer et al., 2000). Für die Trait-EI zeigen die Studien eher, dass es im Verlauf des Lebens kaum Veränderungen gibt (Chapman & Hayslip, 2006; Palmer et al., 2005).

Das hier gefundene Ergebnis deutet jedoch in die genau entgegengesetzte Richtung, die auch schon bei Day und Carrol (2004) beobachtet werden konnte, nämlich, dass jüngere Personen bessere emotionale Leistungen zeigen.

Im Hinblick auf die Berufsjahre zeigte sich kein Unterschied zwischen Pflegenden, die erst kurz in diesem Tätigkeitsfeld tätig waren und solchen, die den Beruf schon lange Zeit ausübten. Dieses Ergebnis geht mit der Studie von Landa et al. (2008) konform, die bei ihrer Untersuchung auch keinen Zusammenhang zwischen der EI und der Anzahl an Berufsjahren finden konnten. Es besteht also die Annahme, dass die EI nicht davon abhängt, wie viel Routine man schon hat und sich die EI dadurch auch nicht verbessert.

7.2 Arbeitszufriedenheit

Im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit zeigte sich, dass Pflegepersonen mit ihren Kollegen am zufriedensten sind, gefolgt von der Tätigkeit, die sie ausüben. Am deutlich unzufriedensten scheinen sie mit der Bezahlung zu sein.

Diese Ergebnisse lassen sich gut mit den bereits bestehenden Studien zur Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf vereinbaren. So zeigten Tourangeau et al. (2010) in ihrer qualitativen Studie, dass unter anderem die Kollegen einen großen Beitrag zur Arbeitszufriedenheit beitragen.

Bezüglich der Bezahlung konnte auch schon Lundh (1999) zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit mit der Bezahlung beim Pflegepersonal in den letzten 12 Monaten signifikant abnahm. Auch die Studie von Price (2002) konnte zeigen, dass die unzureichende Entlohnung maßgeblich für die Unzufriedenheit im Pflegeberuf verantwortlich ist.

Geschlecht

Weiters zeigt sich bezüglich der Arbeitszufriedenheit, dass es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich des Gesamtwertes gibt. Jedoch scheinen Frauen im Bezug auf die Arbeitsbedingungen, unter denen sie im Krankenhaus ihren Beruf ausüben, signifikant zufriedener zu sein, als ihre männlichen Kollegen.

Auch dieses Ergebnis geht konform mit der bestehenden Literatur. Viele Studien (u.a. auch Studien mit Pflegekräften, z..B. Shields und Ward, 2001) konnten bereits nachweisen, dass Frauen oftmals ihre Arbeitszufriedenheit höher einschätzen und dies möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass Frauen aufgrund der oftmals schlechten Stellung der Frau am Arbeitsmarkt in der Vergangenheit, diese niedrigere Erwartungen haben und ihren Job deshalb besser bewerten (Clark, 1997). Da sich dies in der vorliegenden Studie nicht über alle Facetten der Arbeitszufriedenheit zeigte, kann damit zusammenhängen, dass dieses Phänomen, aufgrund der immer besser werdenden Stellung der Frau am Arbeitsmarkt, sowie der dadurch erhöhten Erwartungen, immer mehr zurückgeht (Sousa-Poza & Sousa-Poza, 2003).

Auch Andrews et al. (2012) stellten in ihrer Studie fest, dass männliche und weibliche Pflegekräfte zwar die Wichtigkeit einiger Faktoren für die Arbeitszufriedenheit

unterschiedlich einschätzen, diese sich aber alles in allem ähnlicher sind, als dies oft angenommen wird.

Alter und Berufserfahrung

Bei der Altershypothese gab es zwischen den Gruppen keinen signifikanten Unterschied. Dieses Ergebnis entspricht nicht den Erkenntnissen vorangegangener Forschungsarbeiten zu diesem Thema. So konnten Shields und Ward (2001) zeigen, dass Arbeitszufriedenheit bei Pflegepersonen linear mit dem Alter zunimmt, ältere Pflegekräfte also signifikant zufriedener mit ihrem Job sind. Auch Studien, die sich nicht speziell mit Pflegepersonen beschäftigten, kamen meist zu diesem Ergebnis (z.B. Ng & Felman, 2010; Rhodes, 1983; Warr, 1992). Ein Trend in diese Richtung gibt es in den vorliegenden Daten ebenso. Betrachtet man die Mittelwerte, so wird ersichtlich, dass die Gruppe der ältesten Pflegepersonen ihre Arbeitszufriedenheit zwar am höchsten einschätzten, dieser Unterschied aber nicht signifikant ist. Dies könnte an der relativ kleinen Stichprobe liegen oder daran, dass nur ein Teil des Arbeitszufriedenheitsbogens zur Erhebung herangezogen wurde und nicht der gesamte Fragebogen. Folgestudien sollten dies berücksichtigen.

Ebenso gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Berufsjahren und der Arbeitszufriedenheit. Auch hier existieren noch keine Vergleichsstudien und es bedarf weiterer Forschungsarbeiten in diesem Gebiet.

Emotionale Intelligenz und Arbeitszufriedenheit

In der erhobenen Stichprobe konnte kein Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit gefunden werden. Dieses Forschungsgebiet ist noch relativ jung und es gibt hierzu kaum Studien. Eine Untersuchung von Gülerüyüz et al. (2008) deutet für die Fähigkeits-EI jedoch in die andere Richtung, denn dieser konnte zeigen, dass verschiedene Facetten der Emotionalen Intelligenz signifikant mit der Arbeitszufriedenheit zusammenhängen.

Es ist anzunehmen, dass die Emotionale Intelligenz nicht als alleiniges Kriterium für die Arbeitszufriedenheit herangezogen werden kann, denn es spielen sehr viele Faktoren im Bezug auf die Arbeitszufriedenheit eine Rolle, wie verschiedene Studien bereits belegen

konnten. Auch hier ist wiederum anzumerken, dass die Erhebung der Arbeitszufriedenheit womöglich zu undifferenziert war.

Zusammenfassung und kritische Stellungnahme

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die meisten Studienergebnisse gut in die bestehende Literatur eingliedern lassen. Jedoch gab es in der erhobenen Stichprobe weder einen Anstieg der Arbeitszufriedenheit mit dem Alter, noch einen Zusammenhang zwischen der Emotionalen Intelligenz und der Arbeitszufriedenheit, wie dies aus der Literatur angenommen wurde.

An der empirischen Erhebung ist kritisch anzumerken, dass sie eine relativ geringe Fallzahl aufweist und vor allem der Rücklauf an männlichen Teilnehmer viel zu gering war. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse im Hinblick auf das Geschlecht, wie bereits zuvor erwähnt, nur als Trend zu werten.

Als weiteren Kritikpunkt der Erhebung kann man anmerken, dass zur Erfassung der Emotionalen Intelligenz nur ein Selbsteinschätzungsfragebogen herangezogen wurde und aus Gründen der Durchführbarkeit nicht zusätzlich ein Fähigkeitstest. Aufgrund der Tatsache, dass in Literatur schon gezeigt werden konnte, dass diese beiden oft nicht zusammenhängen, müsste in Folgestudien unbedingt beides erhoben werden.

Im Hinblick auf die verwendeten Testverfahren ist weiters anzumerken, dass für die Erhebung der Arbeitszufriedenheit jeweils nur die großen Hauptkategorien der Arbeitszufriedenheit herangezogen wurden. Auch hier wäre es anzuraten, den gesamten Fragebogen vorzugeben, um im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit differenziertere Aussagen treffen zu können.

LITERATURVERZEICHNIS

Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* , 32 (3), 536-543.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* , 20, 43-53.

Andershed, B., & Olsson, K. (2009). Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 23, 598-610.

Andrews, M., Stewart, N., Morgan, D., & D'arcy, C. (2012). More alike than different: A comparison of male and female RNs in rural and remote Canada. *Journal of Nursing Management* , 20 (4), 561-570.

Augusto-Landa, J. M., & Montes-Berges, B. (2009). Perceived Emotional Intelligence, Health and Somatic Symptomatology in Nursing Students. *Individual Differences Research* , 7 (3), 197-211.

Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R., & Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences* , 39, 1395-1405.

Bachard, K. A., & Hakstian, A. R. (2004). The nature and measurement of emotional intelligence abilities: basic dimensions and their relationships with other cognitive abilities and personality variables. *Educational and Psychological Measurement* , 64 (3), 437-462.

Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Canada: Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema* , 18, S. 13-25.

Bar-On, R., Brown, J. M., Kirkcaldy, B. D., & Thomé, E. P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences* , 28, 1107-1118.

Bischoff-Wanner, C. (2002). *Empathie in der Pflege: Begriffserklärung und Entwicklung einer Rahmenmodells*. Bern: Huber.

Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research* , 42 (1), 36-41.

Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, Discriminant, and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin* , 29 (9), 1147-1158.

Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating Emotional Abilities to Social Functioning: A Comparison of Self-Report and Performance Measures of Emotional Intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology* , 91 (4), 780-795.

Brackett, M. A., Warner, R. M., & Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships* , 12, 197-212.

Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.

Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management* , 9 (6), 321-324.

Chapman, B. P., & Hayslip, B. (2006). Emotional Intelligence in Young and Middle Adulthood: Cross-Sectional Analysis of Latent Structure and Means. *Psychology and Aging* , 21 (2), 411-418.

Cherniss, C. (2010). Emotional Intelligence: Towards Clarification of a Concept. *Industrial and Organizational Psychology* , 3 (2), 110-126.

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

Dawda, D., & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences* , 28, 797-812.

Day, A. L., & Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences* , 36, 1443-1458.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema* , 18, 42-48.

Freudenthaler, H. H., Neubauer, A. C., Gabler, P., & Scherl, W. G. (2008). Testing and validating the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue) in a German-speaking sample. *Personality and Individual Differences* , 45, 673-678.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books.

Gardner, K. J., & Qualter, P. (2011). Factor structure, measurement invariance and structural invariance of the MSCEIT V2.0. *Personality and Individual Differences* , 51, 492-496.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam.

Güleryüz, G., Güney, S., Aydın, E. M., & Asan, Ö. (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* , 45 (11), 1625-1635.

Harrod, N. R., & Scheer, S. D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence* , 40, 503-512.

Henderson, A. (2001). Emotional labour and nursing: an underappreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* , 8 (2), 130-138.

Herzberg, F. (1968). One more time: how do you motivate employees? *Harvard Business Review* , 46 (1), 53-62.

Humpel, N., & Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 8 (5), 399-403.

Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences* , 37, 129-145.

La Monica, E. L., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. T. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* , 1 (3), 197-213.

Landa, J. M., & López-Zafra, E. (2010). The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview. *Psychology* , 50-58.

Landa, J. M., López-Zafra, E., Martos, M. P., & Aguilar-Luzón, M. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* , 45, 888-901.

Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing* , 44 (5), 534-545.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunnette, *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (S. 1297-1349). Chicago: Rand McNally College Publ. Co.

Lu, H., Barribal, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2011). Job satisfaction among hospital nurses revisiting: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* , 49, 1017-1038.

Luker, K. A., Austin, L., Caress, A., & Hallett, C. E. (2000). The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing* , 31 (4), 775-782.

Lundh, U. (1999). Job satisfaction among Swedish nurses and laboratory technologists. *British Journal of Nursing* , 8 (14), 948-952.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter, *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (S. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence* , 27 (4), 267-298.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry* , 15 (3), 197-215.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey_Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet, version 2.0*. Toronto, Ontario, Canada: MHS.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion* , 3, 97-105.

McQueen, A. C. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* , 47 (1), 101-108.

Menzies, I. E. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations* , 13, 95-121.

Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* , 52, 9-13.

Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., & Roy, E. (2007). Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor Structure, Reliability, Construct, and Incremental Validity in a French-Speaking Population. *Journal of Personality Assessment* , 88 (3), 338-353.

Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* , 14 (2), 163-171.

Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brian, B., Solberg, S. M., et al. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship* , 24 (4), 273-280.

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

Ng, T., & Feldman, D. (2010). The relationships of age with job attitudes: A meta-analysis. *Personnel Psychology* , 63, 677-718.

Nolan, M., Brown, J., Naughton, M., & Nolan, J. (1998). Developing nursing's future role 2: nurses' job satisfaction and morale. *British Journal of Nursing* , 7 (17), 1044-1048.

Palmer, P., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence* , 33, 285-305.

Paulhus, D. L., Lysy, D. C., & Yik, M. S. (1998). Self-report measures of intelligence: Are they useful as proxy IQ tests? *Journal of Personality* , 66, 525-553.

Petrides, K. V. (2009). *Technical manual for the Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue) (1st edition, 4th printing)*. London: London Psychometric Laboratory.

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology* , 36, 552-569.

Petrides, K. V., Furnham, A., & Mavroveli, S. (2007). Trait emotional intelligence: Moving forward in the field of EI. In G. Matthews, M. Zeidner, & R. Roberts, *Emotional Intelligence: Knowns and Unknowns (Series in Affective Science)* (S. 151-166). Oxford: Oxford University Press.

Petrides, K., & Furnham, A. (2001). Trait Emotional Intelligence: Psychometric Investigation with Reference to Established Trait Taxonomies. *European Journal of Personality* , 15, 425-448.

Piotrkowski, C., Rapaport, R., & Rapaport, R. (1987). Families and work. In A. Sussman, & C. Steinmetz, *Handbook of marriage and the family*. New York: Plenum Press.

Price, M. (2002). Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *British Journal of Nursing* , 11 (4), 275-280.

Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden. Band 1 (2. Auflage)*. Heidelberg: Springer.

Reid-Ponte, P. (1992). Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nursing* , 15 (4), 283-292.

Rhodes, S. (1983). Age-related differences in work attitudes and behavior: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin* , 93 (2), 328-367.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* , 21 (2), 95-103.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), S. 185-211.

Sánchez- Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J., & Latorre, J. M. (2008). Does emotional intelligence depend on gender? The socialisation of emotional competencies in men and women and its implications. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6 (2), 455-474.

Savage, J. (1990). The theory and practice of the 'new nursing'. *Nursing Times*, 86 (4), 42-45.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25 (2), 167-177.

Secker, J., Pidd, F., & Parham, A. (1999). Mental health training needs of primary health care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (6), 643-652.

Shields, M., & Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*, 20 (5), 677-701.

Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M., & Lagerström, M. (2005). Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (7), 751-758.

Sousa-Poza, A., & Sousa-Poza, A. (2003). Gender differences in job satisfaction in Great Britain, 1991-2000: permanent or transitory? *Applied Economics Letters*, 10 (11), 691-694.

Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*. London: SAGE Publications.

Spector, P. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the job satisfaction survey. *American Journal of Community Psychology* , 13 (6), 693-713.

Steinmayr, R., Schütz, A., Hertel, J., & Schröder-Abé, M. (2011). *Mayer-Salovey-Caruso Test zur Emotionalen Intelligenz (MSCEIT™). Deutschsprachige Adaptation des Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT™) von John D. Mayer, Peter Salovey und David R. Caruso*. Bern: Verlag Hans Huber.

Swanson, K. (1991). Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research* , 40 (3), 161-166.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: Journal of Nursing Scholarship* , 25 (4), 352-357.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligences and its uses. *Harper's Magazine* , 140, 227-235.

Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing* , 66 (1), 22-32.

Tovey, E., & Adams, A. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing* , 30 (1), 150-158.

Walker, K. M., & Alligood, M. R. (2001). Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Archives of Psychiatric Nursing* , 140-147.

Warr, P. (1992). Age and occupational well-being. *Psychology and Aging* , 7 (1), 37-45.

Weinert, A. (2004). *Organisations- und Personalpsychologie: Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.

Wheeler, K., Marrett, E. A., & Lahey, E. M. (1996). A study of empathy as a nursing care outcome measure. *International Journal of Psychiatric Nursing research* , 3 (1), 281-289.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Struktur des MSCEIT	17
Abbildung 2: Facetten der Arbeitszufriedenheit.....	33
Abbildung 3: Item 1-5, TEIQue-SF	42
Abbildung 4: Item 1-3, ABB	43
Abbildung 5: Geschlechterverteilung Versuchsgruppe	44
Abbildung 6: Geschlechterverteilung Vergleichsgruppe.....	44
Abbildung 7: Altersverteilung der Versuchsgruppe	45
Abbildung 8: Altersgruppen	46
Abbildung 9: Berufserfahrung	47
Abbildung 10: Berufstätigkeit_Vergleichsgruppe	48
Abbildung 11: Berufsgruppen.....	48
Abbildung 12: Beziehungsstatus.....	49

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Chi-Quadrat-Test Geschlecht_Versuchsgruppe	45
Tabelle 2: Chi-Quadrat-Test Geschlecht_Vergleichsgruppe	45
Tabelle 3: Chi-Quadrat-Test Altersgruppen	46
Tabelle 4: Chi-Quadrat-Test Berufserfahrung	47
Tabelle 5: Deskriptive Statistik des TEIQue-SF_Versuchsgruppe	50
Tabelle 6: Deskriptive Statistik des TEIQue-SF_Vergleichsgruppe	50
Tabelle 7: K-S-Test des TEIQue_Versuchsgruppe	51
Tabelle 8: Deskriptive Statistik des Arbeitszufriedenheitsfragebogens	51
Tabelle 9: K-S-Test des Arbeitszufriedenheitsfragebogens	51
Tabelle 10: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit	52
Tabelle 11: Levene-Test der H_1 (1)	54
Tabelle 12: t-Test der H_1 (1)	54
Tabelle 13: Gruppenstatistik der H_1 (1)	54
Tabelle 14: Levene-Test der H_1 (2)	55
Tabelle 15: t-Test der H_1 (2)	55
Tabelle 16: Gruppenstatistik der H_1 (2)	56
Tabelle 17: K-S-Test der H_1 (3)	56
Tabelle 18: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (3)	57
Tabelle 19: Gruppenstatistik der H_1 (3)	57
Tabelle 20: Mann-Whitney-U-Test der H_1 (3)	57
Tabelle 21: Gruppenstatistik der H_1 (3)_2 Altersgruppen	57
Tabelle 22: Korrelation der H_1 (4)	58
Tabelle 23: Einfaktorielle Varianzanalyse der H_1 (4)	59
Tabelle 24: Gruppenstatistik der H_1 (4)	59
Tabelle 25: Levene-Test der H_1 (5)	60
Tabelle 26: t-Test der H_1 (5)	60
Tabelle 27: Gruppenstatistik der H_1 (5)	61
Tabelle 28: t-Test H_1 (5)_Arbeitsbedingungen	61
Tabelle 29: Gruppenstatistik der H_1 (5)_Arbeitsbedingungen	61
Tabelle 30: K-S-Test der H_1 (6)	62
Tabelle 31: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (6)	62

Tabelle 32: Gruppenstatistik der H_1 (6).....	62
Tabelle 33: Kruskal-Wallis-Test der H_1 (6)_Bereiche der AZ.....	63
Tabelle 34: Korrelation der H_1 (7).....	63
Tabelle 35: ANOVA der H_1 (7).....	63
Tabelle 36: ANOVAs der H_1 (7)_Bereiche der AZ.....	64
Tabelle 37: Korrelation der H_1 (8).....	65

LEBENS LAUF

Angaben zur Person

Name	Ruth Mayrhofer
Geburtsdatum, -ort	05.11.1986, in Oberpullendorf
Staatsbürgerschaft	Österreich
E-Mail:	a0506218@unet.univie.ac.at

Ausbildung

seit 12/2012	Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin an der Österreichischen Akademie für Psychologie
10/2006- 10/2012	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien, Diplomprüfung mit Auszeichnung
seit 10/2005	IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
09/2001- 06/2005	Bundesoberstufenrealgymnasium Oberpullendorf, Bgld
09/1997- 06/2001	Hauptschule Horitschon, Bgld
09/1993- 06/1997	Volksschule Horitschon, Bgld

Praktische Erfahrung

seit 9/2011	Heilpädagogische Praxis Team, Mödling
10/2010- 2/2011	Student Advisor, Universität Wien
8/2010- 7/2011	Apädo- Institut für angewandte Heilpädagogik und Psychotherapeutische Praxis
8/2008- 9/2008	Betriebskindergarten der Rudolfstiftung

Sonstiges

Englisch: in Wort und Schrift
Französisch: Grundkenntnisse
Microsoft Office: sehr gut
SPSS: gut