



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Gehorsamkeitsbereitschaft von
diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
im stationären Krankenhauskontext“

Verfasser

Joachim-Arno Habart

angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 289

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Psychologie

Betreuer: Prof. Dipl.-Psych. Dr. Arnd Florack

Inhaltsverzeichnis

VORWORT/DANKSAGUNG	6
ABSTRACT DEUTSCH	7
ABSTRACT ENGLISCH	8
EINLEITUNG	9
THEORETISCHER TEIL	12
3 Basis-Studien zur Gehorsamkeit im Krankenhauskontext	12
Studien zur Gehorsamkeit	18
Gehorsam in der Pflege	21
Gehorsam im Arbeitskontext	21
Gehorsam und das Geschlecht	22
Gehorsam und die Berufserfahrung	23
Gehorsam und Konformität	23
Problem der Perspektivenübernahme	23
Rechtliche Aspekte der Gehorsamkeitsbereitschaft im Krankenhaus	24
FORSCHUNGSFRAGE / HYPOTHESEN	26
METHODENTEIL	28
Teilnehmer	28
Datenschutz	28
Verfahren und Durchführung	29
Befragungszeitraum	29
Erhebungsinstrumente	30
EMPIRISCHER TEIL	37
Stichprobenbeschreibung	37
Ergebnisdarstellung und Interpretation	44
<u>Hypothese 1b:</u> Weibliche Ärzte schätzen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eher gehorsamer ein als ihre männlichen Kollegen.	50
<u>Hypothese 2a:</u> Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Gehorsamkeits- bereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und der Berufserfahrung.	52
<u>Hypothese 2b:</u> Es gibt einen Zusammenhang zwischen Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal und der Berufserfahrung.	55

<u>Hypothese 3:</u> Es gibt einen Unterschied in der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zwischen allgemeinen und psychiatrischen Diplom.	57
<u>Hypothese 4:</u> Es gibt einen Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von ärztlichen Personal und dem beruflichen Status.	67
<u>Hypothese 5a:</u> Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die hierarchische Systeme bevorzugen zeigen sich gehorsamer als Personen die hierarchieflache Systeme präferieren.	70
<u>Hypothese 5b:</u> Ärztliche Personen, die hierarchische Systeme bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gehorsamer ein als Personen die hierarchieflache Systeme präferieren.	73
<u>Hypothese 6a:</u> Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die konformes Verhalten bevorzugen beschreiben sich gehorsamer als Personen die sich eher offen beschreiben.	76
<u>Hypothese 6b:</u> Ärztliche Personen, die konformes Verhalten bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gehorsamer ein als Personen die sich eher offen beschreiben.	79
<u>Hypothese 7a:</u> Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit niedriger Arbeitszufriedenheit verhält sich ungehorsamer als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.	82
<u>Hypothese 7b:</u> Ärztliche Personen mit niedriger Arbeitszufriedenheit schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ungehorsamer ein als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.	85
<u>Hypothese 8a:</u> Präventionsorientierte diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen zeigen sich gehorsamer als promotionsorientierte Personen.	88
<u>Hypothese 8b:</u> Präventionsorientiertes ärztliches Personal schätzt diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonen gehorsamer ein als dies promotionsorientierte Personen tun.	93
<u>Hypothese 9a:</u> Es gibt einen Unterschied zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Bezug auf die fünf Dimension des NEO-PI-R.	96

<u>Hypothese 9b:</u> Es gibt einen Unterschied zwischen der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal in Bezug auf die fünf Dimensionen des NEO-PI-R.	108
ZUSAMMENFASSUNG	121
ERGEBNISSE	123
DISKUSSION	129
KONKLUSION	132
LITERATURVERZEICHNIS	134
ANHANG	138
Anhang A – Begrüßung	138
Anhang B – Demographische Daten	139
Anhang C – Fragen zur beruflichen Situation	140
Anhang D – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse – KFZA	141
Anhang E – Persönlichkeitsinventar NEO-PI-R	143
Anhang F – Skala der Normorientierung	145
Anhang F – Gehorsamkeitsfragebogen für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	146
Anhang H – SDO-Skala	156
Anhang I – Promotion/Prävention-Skala	157
LEBENS LAUF	159

Vorwort/Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Ich bedanke mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Arndt Florack für die freundlichen Inputs, Ratschläge und die immer wiederkehrenden Ermahnungen zu genauem wissenschaftlichen Arbeiten.

Den PflegedirektorInnen und ärztlichen DirektorInnen der teilnehmenden Einrichtungen möchte ich für die Teilnahme und für das große Entgegenkommen danken. Viele dieser Personen engagierten sich in überragendem Maße. Die vielen Telefongespräche waren eine große Hilfe und eröffneten mir neue Sichtweisen auf diese Thematik.

Außerordentlicher Dank gilt Herrn Mag. Dr. Andreas Olbrich-Baumann, der mich durch seine Fachkenntnis, lebendige Herangehensweise und zielorientierten Ratschläge in der Durchführung dieser Diplomarbeit unterstützt hat.

Meiner Freundin Magdalena möchte ich für die lange Geduld und mentale Hilfestellung danken. Du warst mir eine große Stütze.

Abstract Deutsch

ABSTRACT

Gehorsamkeit wird als zielführender und wichtiger Bestandteil des täglichen gesellschaftlichen Lebens verstanden und trägt maßgeblich zur Bildung eines Systems der Autorität bei. Hierarchische Strukturen im Krankenhauskontext in Bezug auf die Gehorsamkeitsbereitschaft wurden durch Feldexperimente (Hofling et al, 1966; Rank & Jacobson, 1978) und zwei Studien (Krackow & Blass, 1995; Antes, 2008) erfasst und bilden somit den Ausgangspunkt dieser Studie. Die Auswirkungen von Gehorsamkeit und Konformität im Krankenhauskontext kann zum Beispiel durch falsche Medikamentenversorgung zu fatalen Folgen führen. Der Gehorsamkeitsaspekt unterliegt den sich ständig ändernden Arbeitsumwelten und rechtlichen Anpassungen der Gesellschaft. Diese Arbeit untersucht durch welche Determinanten die Gehorsamkeit von Personen des Pflegedienstes im Krankenhaus bedingt wird und welche Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren bestehen.

Die Studie wurde mittels Online-Befragung landesweit in 42 österreichischen Krankenhauseinrichtungen aller 9 Bundesländer durchgeführt. Insgesamt nahmen 434 Personen des diplomierten Pflegepersonals, davon waren 90 männlich und 344 weiblich, an der Befragung teil. Um zusätzlich eine Fremdeinschätzung gewährleisten zu können wurden auch 66 Personen des ärztlichen Personals in die Studie aufgenommen, davon waren 33 männlich und 33 weiblich.

Aus den Ergebnissen geht klar hervor, dass die Persönlichkeitsfaktoren keinen weitreichenden Einfluss auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen haben. Die Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den Gruppen wurden mittels t-Tests und Korrelationsanalysen untersucht. Hier zeigte sich, je höher die Berufserfahrung und das Alter einer Pflegeperson ist, desto eher verhält sie sich ungehorsam. Jedoch je eher Pflegepersonen hierarchische Systeme bevorzugen und sich als präventionsorientiert beschreiben, desto eher verhalten sie sich gehorsam gegenüber einer ärztlichen Anordnung.

Auch die Art des Diploms, also der Ausbildungsweg, bildete ebenso Unterschiede im Gehorsam ab. Mittels Regressionsanalyse konnten das Alter und die Präventionsorientierung einer Pflegeperson als einflussreichste bedingende Faktoren extrahiert werden.

In weiteren Untersuchungen sollte auf die situativ auslösenden Rahmenbedingungen der ÄrztInnen – Pflegeperson – Interaktion geachtet werden. Auch gilt es betreffend Qualitätssicherung ein geeignetes Diagnostikum für die Erfassung der aktuellen Problemstellung und zukünftigen Fördermaßnahmen in diesem Arbeitsbereich zu erstellen.

Abstract English

ABSTRACT

Obedience is understood as a purposeful and vital part of everyday social life and contributes significantly to the formation of a system of authority. Hierarchical Structures in the hospital context in relation to the obedience were investigated in two field experiments (Hofling et al , 1966; Rank & Jacobson, 1978) and two study (Krackow & Blass, 1995; Antes, 2008) which form the starting point of this study. The effects of obedience and conformity in the hospital context can be caused by incorrect medication supply for example, lead to fatal consequences. Obedience subjects to the changing work environments and legal adjustments of society. This paper examines the determinants by which the obedience of individuals of nursing services is due at the hospital and what interactions between these factors exists.

The study was conducted via a nationwide online survey in 42 Austrian hospital facilities of all 9 provinces. A total of 434 persons of qualified nurses , of which 90 were male and 344 female, participated in the survey . In order to ensure an external assessment in addition, 66 persons of the medical staff were included in the study , of which 33 were male and 33 female.

From the results it is clear that personality factors do not have a far -reaching influence on the obedience behavior of caregivers. The differences and correlations between groups were analyzed by t-tests and correlation-analysis. This showed that people behave more disobedient with increasing work experience and older age. Caregivers, which prefer hierarchical systems and describe themselves as prevention focused show rather obedient behavior towards a doctor's prescription. The learning path, the type of diploma, showed also differences in obedience. Using regression analysis, the age and the prevention focus of a caregiver were extracted as the most influential factors on obedience.

Further studies should focus on the situational conditions triggering the physican-nurse-interaction. Its also important concerning quality assurance, a suitable diagnostic for the detection of the current problem and future support measures in this area of work to create.

Einleitung

Die Krankenpflege hat sich über die letzten Jahrhunderte von einer dienenden, dem christlichen Glauben unterwerfenden Profession (Seidler & Leven, 2003) zu einer eigenständigen, starken und wichtigen Berufssparte innerhalb unseres Gesundheitssystems entwickelt.

Pflege erlangt verstärkt eine zentrale und herausragende pflegetherapeutische Bedeutung, wo ärztliches Handeln nicht mehr im Mittelpunkt des Geschehens steht (Stöcker, 2002). Die festgefahrenen, hierarchischen Strukturen der Geschichte wurden nach und nach aufgebrochen was zu einer kompletten Neustrukturierung dieses Arbeitsfeldes führte. Während es noch vor 100 Jahren ausschließlich Frauen vorbehalten war als Pflegekraft zu arbeiten, nehmen sich derzeit auch immer mehr Männer dieser Berufsgruppe an. Im Jahr 2012 arbeiteten 56.085 Personen, davon waren 7.994 männlich und 48.091 weiblich, im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Statistisches Jahrbuch Österreichs 2014). Beim ärztlichen Personal gab es in den letzten Jahrzehnten die gleiche Entwicklung, eine Zunahme an Ärztinnen. Im Jahr 2012 belief sich die Zahl der berufsausübenden Ärzte und Ärztinnen insgesamt auf 41.268 . Davon waren 22.495 Männer und 18.773 Frauen (Statistisches Jahrbuch Österreichs 2014). Somit geht klar hervor, dass Frauen in der Pflege nach wie vor überrepräsentiert sind wobei hingegen bei ärztlichem Personal bereits annähernd die Hälfte des Personals durch Frauen gestellt wird.

Der Arbeitsalltag im Krankenhaus wird durch ständige Entscheidungen in einem interdisziplinären Verhältnis maßgeblich geprägt. Entscheidungen können hierbei auf unterschiedliche Art und Weise weitergegeben und im Zuge der Ausführung befolgt, missachtet oder hinterfragt werden. Routinemäßige Entscheidungen werden leicht getroffen und führen auch in weiterer Folge selten zu Problemen bei der Implikation in den Arbeitskontext. Jedoch kann es bei selteneren Entscheidungen, d.h. keinen alltäglichen Problemstellungen zu Konflikten in dieser ausführenden Handlung kommen. Wird eine Entscheidung, die der eigenen Einstellung und Werthaltung als zuwiderlaufend erfahren wird, getroffen kann es zu einem inneren Konflikt im Zuge der Ausführung kommen. Menche (2006) postuliert diesbezüglich, dass die Pflegekraft auf der Funktionsnormebene zwischen dem Patientenwillen und der ärztlichen Anordnung sowie auf der Prinzipienebene zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem Regelwissen, was im Allgemeinen der Gesundheit des Patienten nützlich ist entscheiden muss.

Im Krankenhaus steht rechtlich somit das anordnende Personal, die Ärzte-/Ärztinnenschaft dem ausführenden Personal, den Personen des Gesundheits- und Krankenpflegedienstes ge-

genüber (Schwamberger & Biechl, 2011). Es obliegt hierbei zumeist dem ärztlichen Personal eine Entscheidung zu treffen und an das Pflegepersonal weiterzugeben.

Die vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Pflegepersonal mit den verschiedenen Tätigkeitsbereichen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit führt zu juristischen Grauzonen durch welche die Gehorsamkeit in manchen Situationen nicht gewährleistet werden kann und/oder zu fatalen Fehlern führt. Als Beispiel kann hier z.B. die falsche Medikamentenversorgung als häufig auftretender Fehler genannt werden. Also sollte hierbei der Fokus neben allgemeinen Theorien zum Gehorsam und den von Einrichtung zu Einrichtung verschiedenen hausinternen Regelungen auf die rechtliche Basis beider Berufsgruppen und deren Zusammenhang, respektive Graubereiche, gelegt werden. Stöcker (2002) postuliert hierzu, dass dieser Graubereich die Abgrenzung zwischen ärztlichen und pflegerischen Kompetenzen umfasst und in weiterer Folge dadurch immer wieder Überschneidungen und Unklarheiten bestehen.

Der Arbeitskontext bettet sich hier auf mehreren Problembereichen, welche in der weiteren Arbeit näher umschrieben werden. Das Thema Gehorsamkeit wurde in den letzten Jahrzehnten in zahlreichen Beiträgen, Studien und Forschungsbemühungen (vgl. Beauvoisa, Courbet und Oberlé, 2012; Blass, 1995; Burger, 2009; Kelman & Hamilton, 1989; Haslam & Reicher, 2012; Milgram, 1964, 1965, 1969, 1974; Modigliani & Rochat, 1995; uvm.) behandelt, dabei wurde jedoch gänzlich das Feld des Gehorsams in der Krankenpflege vernachlässigt. Aufgrund der wahrscheinlich doch signifikanten Veränderungen im Bezug auf die Krankenpflegesituation der letzten Jahrzehnte, sollte erneut eine Abbildung der gegenwärtigen Lage stattfinden. Aufgrund dieser Problemstellung und den damit verbundenen, oft schwerwiegenden Konsequenzen untersuche ich, durch welche kontextspezifischen Faktoren die Gehorsamkeitsbereitschaft, d.h. die Bereitschaft eine ärztliche Anordnung auszuführen, bedingt wird.

Schon 1972 postulierte die Ärztin Barbara Bates, dass aufgrund des Fortschrittes erneut die „Arzt/Ärztinnen – Pflegeperson – Beziehung“ überdacht und wenn notwendig umstrukturiert werden müsse. Sie betonte, dass die Medizin und die Pflege gemeinsame Ziele haben. Diese liegen in der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Doch die Rolle der zwei Berufsgruppen bei der Erreichung dieser Ziele sind nicht identisch und können als zwei überlappende Kreise, jeder mit seinen eigenen Inhalt, aber einem gemeinsamen Boden visualisiert werden. Die primäre Rolle der Medizin umfasst Diagnose und Behandlung, was auch als der "Heilungs"-Prozess beschrieben wurde. Im Gegensatz dazu liegt die primäre Rolle der Pflege im "Pflege"-Prozess, also dem Umsorgen, dem Helfen, dem Herstellen eines angenehmen Zustandes und die Führung durch den „Heilungs“-Prozess.

Als thematische Grundlage dieser Arbeit dienen neben den allgemeinen Gehorsamkeitsbeiträgen die themenspezifischen Studien von Hofling (1966) „An experimental study in nurse-physician relationship“, dessen Replikation von Rank & Jacobson (1977) „Hospital nurses' compliance with medication overdose orders: a failure to replicate“ und die Arbeit von Krackow & Blass (1995) „When nurses obey or defy inappropriate physician orders: attributional differences“.

In der vorangegangenen Diplomarbeit von Verena Antes (2008) wurde ein Situationsfragebogen zur Erfassung der Gehorsamkeitsbereitschaft entwickelt, welcher einen erheblichen Beitrag zu dieser Arbeit leistet.

Theoretischer Teil

3 Basis-Studien zur Gehorsamkeit im Krankenhauskontext

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Gehorsamsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, bettenführender Stationen, in Krankenhauseinrichtungen des Landes. Die vorangegangenen Untersuchungen zu dieser Thematik bilden wenige themenspezifischen Studien (Hofling, Brozman, Dalrymple, Graves & Pierce, 1966; Rank & Jacobson, 1977; Krackow & Blass, 1995), welche als thematische Grundlage dieser Arbeit zu sehen sind.

1) „An experimental study in nurse-physician relationship“

Hofling et al. (1966) untersuchten die Arzt – Krankenschwestern – Beziehung, genauer interessierte Hofling und sein Team was passiert wenn eine Krankenschwester dazu aufgefordert wird eine Anordnung zu erfüllen die klar gegen die eigene Berufsethik verstoße. Weiters sollte auch erfasst werden in wiefern Krankenschwestern sich über den eigenen Gehorsam innerhalb solcher Szenarien im Klaren sind. Das Feldexperiment wurde in drei psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen Mittelamerikas durchgeführt. Ein Krankenhaus fungierte hierbei als Kontrolle. Die Stichprobe bestand aus 22 Krankenschwestern/Versuchspersonen, welche hinsichtlich ihrer demografischer Daten und Arbeitsanstellung zusammengesetzt wurden.

In der Zeit zwischen 19 – 21 Uhr kurz vor der Abendrunde, in der üblicherweise keine Ärzte vor Ort waren und auch keine Medikamente verabreicht wurden, erhielten die Versuchspersonen (Vpn) einen Anruf eines ihnen unbekannten Arztes. Der Herr am anderen Ende der Leitung gab sich als Dr. Smith von der psychiatrischen Abteilung aus und wies die Vpn an 20mg des Medikaments „Astroten“ dem Patienten „Mr. Jones“ zu verabreichen, da er dieses dringend brauche. Der unbekannte Anrufer gab der Vpn zu verstehen, dass er ziemlich in Eile war und die Verordnung in maximal 10 Minuten unterschreiben werde, sobald er auf die Station komme.

Auf der Station wurde das unbekannte Placebo-Medikament „Astroten 5mg“ platziert und mit einem Etikett „Maximaldosis 10mg“ und „Dosierung nicht überschreiten“ gekennzeichnet. Das Medikament war auch nicht auf der offiziellen Medikamentenliste der Station zu finden. Den Versuchspersonen(Vpn) war es ausserdem untersagt Kontakt zu Kollegen oder Vorgesetzten aufzunehmen.

Das Ergebnis zeigte, dass 95,4% der Vpn (21 von 22) den Anweisungen des unbekannten Arztes Folge leisteten indem sie das unbekannte und überdosierte Medikament verabreicht hätten. In der von Hofling durchgeführten Nachbesprechung mit den Vpn gaben nur 11 Personen an sich der Maximaldosis des Medikaments bewusst gewesen zu sein. Die übrigen 10 Personen ignorierten diese und rechtfertigten dies indem sie dem Arzt bzgl. der Anordnung und der Höhe der Dosierung vertrauten.

In der Kontroll-Einrichtung, dem dritten Krankenhaus, wurden 12 Krankenschwestern und 21 Krankenpflegeschülerinnen mittels Fragebogen befragt ob sie einer solchen Anordnung eines unbekannten Arztes Folge leisten würden. Weiters wurde auch erhoben, wie sie diesbezüglich ihre Kolleginnen einschätzen. 10 von 12 Krankenschwestern und alle Krankenpflegeschülerinnen gaben an, dass sie die Anordnung verweigert hätten. Die meisten gaben ebenso an zu glauben, dass sich ihre Kolleginnen ebenso verhalten würden.

Der Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigte deutliche Unterschiede zwischen prognostiziertem und dem tatsächlichen Verhalten. Dies kann auf die situative Konfrontation mit der Problemstellung zurückgeführt werden in der sich die Versuchsperson natürlich verhielt im Gegensatz zur Beantwortung eines Fragebogens wo gesellschaftliche Normen und der Aspekt der sozialen Erwünschtheit einen großen Einfluss zu haben scheinen (Hofling et al. 1966). Hofling sprach weiters im Zusammenhang mit den Ergebnissen von Selbsttäuschung der Krankenschwestern und automatischen Gehorsam bzgl. ärztlicher Anordnungen.

Die Ergebnisse gehen mit Milgram's „Agency Theory“ konform die besagt, dass Personen sich von den eigenen Grundsätzen und Moralvorstellungen distanzieren und die Verantwortung voll und ganz an die Autorität abgeben. Das zeigte sich in dem unbedingten Gehorsam der Krankenschwestern innerhalb der Experimental-Situation dem Arzt gegenüber.

Hofling sandte die unveröffentlichte Studie an Milgram, welcher unverzüglich per Brief antwortete:

„Your study is precisely what i have been searching for, in trying to find general, carefully observed, instances of compliance with authority. The convergence of findings, particularly and actual performance is striking and should convince even the thorniest skeptic of the generality of this phenomenon.“

(Milgram, 1969; zitiert nach Krackow & Blass, 1995, 586)

2) „Hospital nurses’ compliance with medication overdose orders: a failure to replicate“

Rank & Jacobson (1977) replizierten die Arbeit von Hofling et al. (1966) jedoch ließen sie hierbei einige ihrer großen Kritikpunkte in die Arbeit einfließen, weshalb nur bedingt von einer Replikation im herkömmlichen Sinn gesprochen werden kann. Die Autoren postulierten, dass es sich bei der ursprünglichen Version von Hofling et al. (1966) um eine Testung unter nicht alltäglichen Umständen handelte. Die Krankenschwestern hatten keine Hintergrundinformation über das Medikament und ihre Wirkungsweise, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Verantwortungsverschiebung der Medikamentengabe durch diese Unkenntnis bestärkt wurde. Zweitens bemängelten Rank et al. (1977) die Tatsache, dass es den Versuchspersonen nicht erlaubt war Kollegen diesbezüglich zu kontaktieren, da es sonst zum Abbruch des Experiments kam. Normalerweise kann davon ausgegangen werden, dass eine Pflegeperson bei Unklarheiten einen kollegialen oder weiteren ärztlichen Rat einholt bevor eine Handlung gesetzt wird.

Somit hielten sich Rank et al. (1977) in ihrer Replikation der Studie von Hofling et al. (1966) sehr an die ursprünglichen Rahmenbedingungen wie die Durchführung und die Experimentalstruktur, änderten jedoch diese zwei zuvor angeführten ihnen als wesentlich erscheinenden Kriterien. Zum Einen verwendeten sie ein bekanntes Medikament (Valium) dessen Wirkung und Dosierung einer Krankenschwester genau bekannt zu sein hat und zum Anderen war es den Versuchspersonen erlaubt zu Kollegen oder Vorgesetzten Kontakt aufzunehmen um sich über die Anordnung auszutauschen. Es wurde angenommen, wenn es den Vpn erlaubt ist mit Kollegen oder Vorgesetzten in Kontakt zu treten und es sich weiters um ein bekanntes Medikament handelt, es zu keiner Verabreichung einer Überdosierungen kommen werde.

Als Ort der Durchführung wurden zwei Privat-Krankenhäusern ausgewählt. 18 Krankenschwestern nahmen an dem Feldexperiment teil. Diese wurden einige Tage zuvor gefragt, ob das Interesse besteht an einem Experiment teilzunehmen und weiterführend eine Einverständniserklärung unterschrieben. Das genaue Datum der Durchführung wurde nicht bekannt gegeben. Zusätzlich wurden 34 Personen, 10 Krankenschwestern und 24 Krankenpflegeschülerinnen mittels Fragebogen wie in der Arbeit von Hofling et al. (1966) befragt.

Das Experiment wurde zwischen 19 und 21 Uhr und abermals zwischen 9:30 und 11 Uhr an mehreren Stationen der Einrichtungen durchgeführt. Diese Durchführungszeiten wurden gewählt um ein Aufeinandertreffen der teilnehmenden Krankenschwestern zu vermeiden. Die Versuchspersonen wurden ausserdem dazu angehalten mit anderem Krankenhauspersonal nicht über das Experiment zu sprechen.

Der anonyme Anrufer gab sich als Arzt aus und wies die Krankenschwester an einem bestimmten Patienten 30 mg (Milligramm) Valium I.M. (intramuskulär) zu verabreichen. Er gab der Krankenschwester in selbstsicheren Ton zu verstehen, dass er in wenigen Augenblicken die Verordnung unterschrieben werde, sobald er in der Station sei. Ausserdem wollte er, dass der Patient die Medikation bei seiner Ankunft bereits erhalten habe. Der Anrufer war männlich, Mitte 30, mit der Krankenhaus-Sprache und dem System vertraut. Es wurden zuvor 4 Punkte zum Abbruch des Experiments festgelegt: 1) Ablehnung der Anordnung; 2) verbale Wiederholung der Anordnung; 3) emotionale Überreaktion der Krankenschwester; und 4) Andauern des Telefonats über 10 Minuten. Keine der Teilnehmerinnen hinterfragte die telefonische Anordnung, die Glaubwürdigkeit war sehr hoch.

Wie in der vorangegangenen Arbeit von Hofling et al. (1966) wurde das Experiment mit den Teilnehmern im Anschluss durchbesprochen um einerseits psychologische Hilfestellung in Form von Unterstützung oder Beruhigung zu geben und andererseits weitere Informationen von den Versuchspersonen zu erhalten.

Bei den Ergebnissen zeigte sich, dass 66,6% (12 Vpn) das Medikament holten und in der Hand hielten. 88,8% (16 Vpn) überprüften die Anordnung. 16,6% (3 Vpn) versuchten ihren Vorgesetzten zu kontaktieren, eine Krankenschwester rief in der Apotheke an und 66,6% (12 Vpn) versuchten den Arzt noch mal zu erreichen. 11,1% (2 Vpn) öffneten das Medikament und richteten es zur Verabreichung her. Den Ergebnissen zufolge verabreichen Krankenschwestern, wenn sie um den toxischen Effekt eines Medikamentes Bescheid wissen und die Erlaubnis haben mit anderen zu interagieren, keine Überdosierung, nur weil ein Arzt dies anordnet. Rank et al. (1977) führten die eklatanten Unterschiede zur Studie von Hofling et al. (1966) auf den erlaubten Kontakt zu anderen Personen zurück und verwiesen auf grundlegende Studien zur Konformität von Asch (1951) und Sherif (1935) welche postulieren, dass es in der Gegenwart einer einzigen weiteren Person mit einer anderen Meinung zu einer signifikanten Verringerung der Konformität kommt. Auch Milgram (1974) postulierte eine Verringerung der Compliance einer Person wenn eine andere, verbündete Person den Gehorsam verweigert.

3) „When nurses obey or defy inappropriate physician orders: attributional differences“

Krackow und Blass (1995) untersuchten in ihrer Arbeit die Bereitschaft von Krankenpflegepersonen zu konformen Verhalten in der Ausführung von ärztlichen Anordnungen, welche mit schädlichen Auswirkungen für den Patienten einhergehen. Die Studie sollte einerseits einen Einblick in den aktuellen Gehorsam einer Krankenpflegeperson hinsichtlich der Ausführung, für den Patienten schädlichen, Anordnungen des Arztes. Andererseits war der spezifische Forschungsgrund dieser Arbeit die Erfassung der bedingenden Faktoren der Gehorsamkeitsbereitschaft. Dazu wurden neben demografischen Daten, situative und attributive Faktoren genauer beleuchtet. Die Autoren berufen sich hierbei auf die grundlegenden Arbeiten zur Gehorsamkeitsbereitschaft von Milgram (1963, 1974).

Die anonymisierten Fragebögen wurden an 500 registrierte Krankenschwestern verwendet. Um eine repräsentative Stichprobe zu gewährleisten wurde aus einer Liste von 44.268 Krankenschwestern jeder 80ste Name ausgewählt.

Es wurden 2 Versionen des Fragebogens den Teilnehmern randomisiert zugewiesen. Eine Version beinhaltete die Frage nach der letzten Ausführung einer ärztlichen Anordnung welche der eigenen Meinung nach schädliche Auswirkungen für den Patienten zur Folge haben hätte können, und die zweite Version fragte danach wann eine solche Anordnung das letzte Mal verweigert wurde. Der Rest des Fragebogens war ident und beinhaltete 7 Items: 1) Demografische Daten der teilnehmenden Person und Krankenhausspezifische Rahmenbedingungen; 2) Genaue Beschreibung der Anordnungen; 3) Weitergabe der Anordnung (persönlich, telefonisch); 4) & 5) Austausch mit anderen (Krankenschwestern oder Ärzten) die Anordnung betreffend; 6) Wahrnehmung des Arztes; 7) Frage nach Compliance.

Von den anfänglich 500 Fragebögen wurden 48 nur teilweise ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt. Die Erklärung dieser Teilnehmer war, dass sie einerseits niemals eine unangemessene Anordnung erhalten hätten und andererseits sich an keinen solche Zwischenfall erinnern könnten. 68 Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt retourniert und dahingehend überprüft in welchem Ausmaß eine als unangemessen wahrgenommene ärztliche Anordnung befolgt wird oder nicht. Das entspricht einem Rücklauf von 23% und einem Rücklauf an kompletten Fragebögen von 14%.

54% (37 Personen) der teilnehmenden Personen gaben an, eine solche Anordnung zu verweigern und 46% (31 Personen) gaben an diese zu befolgen. Das von Milgram (1963) beschriebene „Abgeben der Verantwortung“ wurde auch hier durch die Pflegepersonen auf die ÄrzInnen beobachtet.

Krackow et al. (1995) beschreiben den Rücklauf als sehr gering und nicht ideal. Dennoch kam es glücklicherweise zu einer annähernd gleichen Ausprägung bzgl. der Frage nach der Compliance. Sie verweisen hinsichtlich der Ergebnisse erneut auf die grundlegende Studie von Hofling et al. (1966) zur Krankenschwester – Arzt – Beziehung. Die Autoren postulieren, dass diese zugrunde liegende Arbeit nach wie vor auf diese Problemstellung übertragbar sei. Auch Milgram's (1963, 1974) Arbeiten zum Gehorsam seien nach Krackow et al. (1995) auf die Krankenschwester – Arzt – Beziehung zu beziehen.

In dieser Arbeit hatte der Patient eine passive Rolle. Die Durchführung der ärztlichen Anordnung hatte keinerlei Zusammenhang mit einer Reaktion von Seiten des Patienten. Es kann sein, dass eben genau diese passive Rolle die Entstehung eines Musters an Verantwortungszuschreibungen erst entstehen ließ, welches mehr im Einklang mit Milgrams „*agentic state theory*“ steht (Krackow et al., 1995).

Das Ergebnis der Studie zeigt deutlich, dass die Hälfte der teilnehmenden Personen dennoch unangemessene Anordnungen ausführen würden. Somit ist das Gehorsamkeits-Paradigma, trotz der epochalen Veränderungen der Gesellschaft, nach wie vor als relevant einzustufen. Der Arzt gilt nach wie vor für die Pflegeperson als legitime Autorität. Die teilnehmenden Personen schrieben bei Handlungen mit schädlicheren Konsequenzen für den Patienten dem Arzt mehr Verantwortung zu als sich selbst, wenn sie gehorsam waren, im Gegensatz zu Personen welche diese Anordnung in Frage stellten. Diese Ergebnisse gehen mit Milgram (1974) konform welcher beobachtete, dass gehorsame Personen sich selbst weniger Verantwortung zuschrieben als Ungehorsame.

Studien zur Gehorsamkeit

Das Konzept der Gehorsamkeitsbereitschaft gegenüber einer Autorität hat eine zentrale Bedeutung in den Sozialwissenschaften und stellt ein grundlegendes Element in der Organisation des gesellschaftlichen Lebens dar (Passini & Morselli, 2009).

Milgram (1963, 1974) untersuchte in seinen berühmten „Elektroschock-Studien“ das Ausmaß in welchem sich Personen innerhalb eines autoritären Systems den Anordnungen beugen auch wenn diese im direkten Widerspruch zu den eigenen Ansichten, Haltungen oder dem Gewissen stehen. Er ging davon aus, dass man im Zuge eines solchen Settings die eigene Verantwortung über die durchgeführten Handlungen abgibt und sich somit aus der Gleichung nimmt.

In einer Reihe von Studien wurden die Teilnehmer von einem Experimentator angewiesen, (scheinbare) Elektroschocks in 15 Volt(V)-Schritten zu verabreichen wenn der „Lernende“ einen Fehler machen sollte. Die Schocks begannen bei 15V und stiegen stetig bis zu 450V an. Als die Spannung allmählich erhöht wurde sollte der Lernende eine Reihe von verordnete Lautäußerungen von sich geben. So sollten ab 75V intensive körperliche Schmerzen, sowie ab 150V mündliche Anfragen an die Person welche die Schocks verabreichte akustisch dargestellt werden. Bei der Hälfte der Testung schrien die Lernenden vor Schmerzen und am Ende verstummten sie. Interessant dabei war das Ergebnis, dass über viele Versionen der Studie hinweg, die Mehrheit der Teilnehmer dem Experimentator gegenüber gehorsam waren. Die meisten Personen setzten das Verfahren bis zum Ende trotz des großen persönlichen Unbehagens fort (Milgram 1963, 1974).

Die ursprünglichen Studien wurden in den 1950er Jahren durchgeführt, aber der letzten Teil Replikationen des Paradigmas zeigen vergleichbare Raten von Gehorsam auch heute noch (Packer, 2012).

Blass (1995) führte ein Experiment durch, indem er seinen TeilnehmerInnen eine bearbeitete 12-minütige Version von Milgram's (1965) Dokumentation „*Obedience*„ vorführte, welche originale Szenen von den durchgeführten Experimenten beinhaltet. Er postulierte diesbezüglich, je autoritärer eine Person ist desto weniger Verantwortung schreibt sie dem Lehrer zu in Bezug auf die Bestrafung des Schülers. Insgesamt schrieben die Zuschauer dem Experimentator die meiste Verantwortung zu, weniger dem Lehrer und am Wenigsten dem Schüler.

Blass & Schmitt (2001) replizierten dieses Experiment und fanden heraus, dass Personen das Gesehene der Dokumentation durch die wahrgenommene Experten- und legitime Macht des Experimentators erklärten. Die Ergebnisse der erneuten Durchführung dieses Experiments bestätigte die Allgemeingültigkeit und Robustheit dieses Phänomens.

Viele weitere Studien replizierten Milgrams Experiment in verschiedenen Kontexten. Beauvois, Courbet und Oberléc (2012) untersuchten das von Milgram postulierte Gehorsamkeits-Paradigma im Kontext einer TV-Show. Die Autoren postulierten, dass der Gehorsam gegenüber dem Gastgeber der Show die vorherrschende Reaktion war, wie es auch in der klassischen Situation von Milgram gezeigt wurde. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass vor allem die physische Nähe des Gastgebers einen Einfluss auf die Gehorsamkeitsbereitschaft zeigte.

Burger (2009) replizierte teilweise die Studie von Milgram und konnte den Einfluss von Kultur und Generationen auf das Verhalten und vor allem die Macht der Situation zeigen. In seinen Daten hat sich der Ungehorsam bei männlichen Teilnehmern seit den 1960er Jahren annähernd verdoppelt. Es gilt jedoch zu kritisieren, dass es große Unterschiede in der ethnischen Zusammensetzung der beiden Studien gab, insbesondere die große Zahl der asiatischen Amerikaner in Burger's Stichprobe könnte einen noch höheren Ausschlag im Ungehorsam unterdrückt haben. Die Restriktion des Experiments bis maximal 150 Volt zu gehen kann hier auch als weiterer hemmender Faktor diskutiert werden. Dennoch haben Situationen einen starken Einfluss auf das Verhalten, jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Generationenwechsel diese Wirkung vollständig beseitigt. Burger's Ergebnisse stehen im Einklang mit dokumentierten Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale über die Generationen, einschließlich der Erhöhung von nonkonformistischen Eigenschaften wie Durchsetzungsvermögen, Selbstwertgefühl und Narzissmus.

Somit begründet sich die Art des Zusammenlebens einer Gesellschaft auf einem System von Autoritäten, welche mehr oder weniger institutionalisiert oder hierarchisiert sein können. Einige Ebenen der Verantwortung und des Gehorsams gegenüber einer Autorität sind entscheidend für Fortbestehen einer jeden sozialen Gemeinschaft (Milgram, 1974; Modigliani & Rochat, 1995).

Modigliani et al. (1995) postulieren weiters, dass es bei frühen Verweigerungen der Gehorsamkeitsbereitschaft innerhalb zweier Verfahren unterschieden werden kann. Einerseits kann von einem zwischenmenschlichen Prozess ausgegangen werden in welchem die gehorsamkeitstreibenden Versuche der Autorität und allgemein die Dynamik dieser Interaktion versucht werden auszuhebeln. Andererseits als psychologischer Prozess um die Rationalisierung der Person zur Fortsetzung zu untergraben und anzuspornen nach einer Rechtfertigung für die Beendigung der Situation zu suchen. Die Autoren gehen davon aus, je früher im Verlauf des Experiments eine Person beginnt nennenswerten Widerstand zu zeigen, desto wahrscheinlicher wird diese am Ende auch aufsässig werden.

Die Studien aus den 1960er und 1970er Jahren haben gezeigt, dass Menschen passiv und gedankenlos den Anweisungen einer Autorität gehorchen, egal wie böswillig diese auch sein mögen. Diese Ergebnisse wurden jedoch durch neuere empirische Arbeiten zur sozialen Identität etwas entkräftigt. Diese deuten nämlich darauf hin, dass die Bereitschaft des Einzelnen, Autoritäten zu gehorchen im Zusammenhang mit der Einschätzung oder dem Glauben steht ob diese Autorität richtig handelt oder nicht (Haslam & Reicher, 2012).

Kelman & Hamilton (1989) untersuchten mittels zwei Umfragen die öffentliche Meinung zu politischen Affären wie Watergate und ähnlichen Ereignissen und konnten zeigen, dass sich die Meinung der Menschen in der Frage nach den Verbrechen im Rahmen der Gehorsamkeitsbereitschaft über ihren Standpunkt zum Thema Autorität und Verantwortung entwickelt. Viele hatten das Gefühl, dass es die Pflicht des Untergebenen war zu gehorchen, während Andere das Gefühl hatten, dass solche Anordnungen der Autorität anhand individueller Werte bewertet werden sollen. Handlungen sollten prinzipiell anhand von gewöhnlichen moralischen Kriterien beurteilt werden. In der Studie wurden drei verschiedene Orientierungen in Bezug auf die politische Autorität identifiziert, die sich auf Regeln, Rollen und Werte konzentrieren. Die Autoren führen weiter an, dass es unter dem Befehl einer Autorität so scheint, dass viele normale Menschen mit gehorsamen Verhalten reagieren, trotz des eigenen Skrupels und Unbehagens über die Aktionen, welche sie und andere in der Regel als illegal, unmoralisch und sogar undenkbar betrachten würden.

Gehorsam in der Pflege

Der Begriff Gehorsam bzw. Gehorsamkeit wird gerade in der europäischen Pflegewissenschaft als negativ behafteter Aspekt der geschichtlichen Entwicklung verstanden. Während der Zeit des NS-Regimes kam es häufig zu angeordneten Tötungen im Krankenhauskontext, weshalb in weiterer Folge Krankenschwestern sehr stark im Fokus vieler Studien zur Gehorsamkeitsbereitschaft standen. Unter dem Deckmantel der Eugenik wurden viele Patienten getötet, während das Pflegepersonal meistens dachte das Richtige zu tun (Benedict, Caplan, & Lafrenze, 2007).

Ärzte und Krankenschwestern waren sich ihrer ethische Verantwortung bewusst und definierten selbige über den ausgeführten Gehorsam. Das Pflegepersonal verfügte oft nicht über ausreichend medizinisches Wissen wodurch die Stellung des Arztes und die Durchführung der angeordneten Aktionen gerechtfertigt wurden. Somit galt es damals als entscheidend, dass Personen des Pflegedienstes im Sinne des Wohlbefindens des Patienten den Anordnungen Folge leisteten. Nachfolgend gaben viele Krankenschwestern auch zu bedenken, dass sie nur Befehlen gehorcht haben. Sie gaben weiters an, dass die sehr stark propagierte moralische Pflicht über den eigenen moralischen Überzeugungen stand und somit selbige verdrängte (Benedikt und Kuhla, 1999).

Bail, Cook, Gardner und Grealish (2009) führten eine Analyse der Rolle des Pflegepersonals, genauer der Krankenschwestern im Krankenhauskontext durch. Vor Allem interessierten sich die Autoren hierbei dafür, in wiefern diese Rollenzuschreibung den Alltag definieren und die Praxis als solche erleichtern oder begrenzen. Bail et al. (2009) fanden im Zuge der Ergebnisauswertung heraus, dass das Pflegepersonal als weitestgehend gehorsam betreffend der organisatorischen Rahmenbedingungen eingestuft wird. Jedoch wird in weiterer Folge durch diese Annahme die Praxis der Pflegeperson massiv eingeschränkt, da sie nur auf die Durchführung von Aktionen und nicht explizit aufgrund ihrer beruflichen Autonomie anerkannt wird. Die Autoren verweisen auf die Wichtigkeit einer genaueren Analyse dieser Problemstellungen um den Qualitätsstandard in diesem hochkomplexen System zu halten aber auch um Patienten und Einrichtungen vor unnötigen Risiken zu schützen.

Gehorsam im Arbeitskontext

Brief, Dietz, Reizenstein-Cohen, Pugh, & Vaslow (2000) untersuchten die Auswirkungen von Vorurteilen in der Form von modernen Rassismus und geschäftsspezifischen Begrün-

dungen von Autoritätsfiguren, um gegen Minderheiten (Personen mit dunkler Hautfarbe) bei Einstellungsgesprächen zu entscheiden. Es konnte beobachtet werden, dass sich Personen gehorsam in Form einer Diskriminierung verhielten sobald eine legitime Autorität dieses Handeln rechtfertigte, als wenn sie das nicht tat. Diese Ergebnisse bieten einen Einblick in den Gehorsam gegenüber Autorität in Organisationen. Diese Ergebnisse gehen mit Milgrams (1974) postulieren Ansatzes des Gehorsams gegenüber Autoritäten konform.

Auch Petersen & Dietz (2008) verwendeten den Aspekt der Gehorsamkeitsbereitschaft gegenüber Autoritäten um die Diskriminierung am Arbeitsplatz zu beleuchten. Die Autoren postulierten, dass die Ergebenheit gegenüber Autoritäten der Organisation einen Vermittlungsprozess für die Entfesselung negativer Folgen des organisatorischen Engagements darstellt und es nahe liegt, dass die Führungskräfte engagierte Mitarbeiter in weiterer Folge dahingehend manipulieren können, um nicht nur Diskriminierung am Arbeitsplatz, sondern auch andere unethische Verhaltensweisen durchzuführen.

Eine Untersuchung von Flugzeugabstürzen in den Jahren 1978 bis 1990 offenbarte, dass in rund 25% der Fälle es der Co-Pilot verabsäumte eine zum Absturz führende Fehlentscheidung des Piloten zu korrigieren obwohl er diese offensichtlich registrierte. Die Macht des destruktiven Gehorsams zeigt sich in Handlungen nicht-physischer Weise gleich stark oder sogar stärker als im Falle einer physisch zerstörerischen Handlung, jedenfalls stark genug um moralische oder ethische Grundsätze einer Person zu überschreiben (Blass, 2008).

Gehorsam und das Geschlecht

Blass (1999) beschreibt in seiner Arbeit die generellen Erkenntnisse der letzten 35 Jahre der Gehorsamkeitsforschung und bringt als Hauptpunkt auch die Differenzen der Geschlechter zur Sprache. Grundlegend waren die meisten Studien zur Gehorsamkeit geprägt von Männern als Hauptzielgruppe an teilnehmenden Personen. Blass führte 9 Studien an in denen neben Männern auch Frauen auf ihre Gehorsamkeitsbereitschaft untersucht wurden. Bei 8 dieser 9 Studien fanden die Autoren keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die eine Ausnahme ist die Arbeit von Kilham & Mann (1974) welche in Australien an 25 Männern und 25 Frauen durchgeführt wurde. Es wurde postuliert, dass die Gehorsamkeitsrate bei Männern 40%, hingegen bei den Frauen nur 16%, d.h. signifikant weniger betrug. Ausserdem gilt es anzumerken, dass es ebenfalls bei dieser Studie zu der geringsten Gehorsamkeit (28%) kam im Vergleich zu den Rest der Studien. Bei den übrigen Studien lag die Ge-

horsamkeitsbereitschaft der Teilnehmer bei 40-87,5%. Auch Österreich ist in der Liste der Studien vertreten. Schurz (1985) fand in seiner Studie zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Bereitschaft zum destruktiven Gehorsam gegenüber Autoritäten ebenso keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Gehorsam und die Berufserfahrung

Krackow et al. (1995) konnten eine leichte Tendenz zwischen Berufserfahrung und Gehorsamkeit in ihrer Fragebogenstudie ausmachen. Personen mit mehr Berufserfahrung beschrieben sich selbst als weniger gehorsam im Vergleich zu Personen mit weniger Berufserfahrung. Auch Antes (2008) konnte in ihrer Arbeit den Zusammenhang zwischen Gehorsamkeit und Berufserfahrung herstellen. Es wurde hierbei postuliert, dass mit steigender Berufserfahrung der Pflegeperson der Ungehorsam gegenüber Anordnungen stieg.

Gehorsam und Konformität

Laut Definition tritt Gehorsamkeit ein wenn eine Person die Anforderung oder Anweisung einer Autoritätsperson befolgt und dabei die eigene Meinung, Gefühle oder das Verhalten ändert. Konformität wird hingegen üblicherweise als Änderung von Meinungen, Gefühlen oder dem Verhalten durch vermeintlichen oder tatsächlichen sozialen Druck anderer Personen verstanden. Diese Änderungen können öffentlich, privat oder beides sein (Packer, 2012). Asch (1951) nahm an, dass es Grenzen der Konformitätsbereitschaft bei Menschen gab. Durch eine Vielzahl an Studien konnte beobachtet werden, dass Menschen genau wissen wenn sie ein falsches Konformitätsverhalten zeigen, sich aber dennoch versuchen anzupassen um sich nicht seltsam zu fühlen. Auch bei völlig fremden Personen, die man nie wieder sieht, wird Konformität aus Angst vor sozialer Missbilligung gezeigt.

Problem der Perspektivenübernahme

Man kann davon ausgehen, dass sich der Mensch beim Beobachten anderer Personen in spezifischen Situationen in deren Lage versetzen kann und darüber nachdenkt wie er sich selbst in einer solchen Situation fühlen, wie er sich verhalten oder auch nur was er sich dabei denken würde. Die Ergebnisse vieler Studien (vgl. Hofling et al., 1966; Rank et al., 1977; Milgram, 1963, 1974;) zeigen ganz klar, dass der Mensch oft nicht weiß wie er in manchen Situationen reagieren wird, auch wenn sich diese nur wenig von der gerade erlebten unterscheiden würde. Somit scheinen die meisten Simulationen der hypothetischen Situationen falsch

zu sein, da diese Voraussagen solcher Reaktionen aufgrund dessen getätigt werden, was in diesem Fall für uns sinnvoll erscheint zu denken, zu fühlen oder zu machen (Maibom, 2013).

Rechtliche Aspekte der Gehorsamkeitsbereitschaft im Krankenhaus

Das aktuelle Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG (Schwamberger & Biechl, 2011), gibt die Tätigkeitsbereiche einer DGKP an und deren Inhalte. Die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen umfassen die eigenverantwortlichen-, die mitverantwortlichen- und die interdisziplinären Tätigkeiten. Diese sind im Folgenden kurz dargestellt.

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 14., GuKG)

(1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfaßt die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozeß), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. [...]

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich (§ 15., GuKG)

(1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen. [...]

Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich (§ 16., GuKG)

- (1) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.
- (2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen. [...]

Genauere Betrachtung gilt im Fall des rechtlichen Aspektes dem § 15 des GuKG's, da hier eine klare Aufteilung der Verantwortung beschrieben wird. Es wird aber nicht auf die Tragweite der jeweiligen Verantwortung eingegangen, wodurch Raum für Fehler und Verantwortungsverschiebung gegeben ist. Durch die derzeitige Rechtslage kann es hier zu Problemen in den sich überschneidenden Graubereichen kommen.

Forschungsfrage / Hypothesen

Aus dem theoretischen Inhalt und dem Auftrag einer teilweisen Replikation der Diplomarbeit von Antes (2008) ergeben sich folgende Forschungsfragen und Hypothesen.

Forschungsfrage:

Durch welche Faktoren wird die Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Krankenhauskontext bedingt?

Geschlecht

Hypothese 1a: Weibliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen schätzen sich gehorsamer ein als ihre männlichen Kollegen.

Hypothese 1b: Weibliche Ärzte schätzen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eher gehorsamer ein als ihre männlichen Kollegen.

Berufserfahrung

Hypothese 2a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und der Berufserfahrung.

Hypothese 2b: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal und der Berufserfahrung.

Ausbildung

Hypothese 3: Es gibt einen Unterschied in der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und den Diplomarten.

Ärztlicher Status

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von ärztlichen Personal und dem beruflichen Status.

Bevorzugung hierarchischer Systeme

Hypothese 5a: Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die hierarchische Systeme bevorzugen zeigen sich eher gehorsam.

Hypothese 5b: Ärztliche Personen, die hierarchische Systeme bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal als eher gehorsam ein.

Neigung zu konformen Verhalten

Hypothese 6a: Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die sich konformes Verhalten bevorzugen zeigen sich gehorsamer als Personen die sich eher offen beschreiben.

Hypothese 6b: Ärztliche Personen, die konformes Verhalten bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gehorsamer ein als Personen die sich eher offen beschreiben.

Arbeitszufriedenheit

Hypothese 7a: Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit niedriger Arbeitszufriedenheit verhält sich ungehorsamer als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.

Hypothese 7b: Ärztliche Personen mit niedriger Arbeitszufriedenheit schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ungehorsamer ein als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.

Prävention/Promotion

Hypothese 8a: Präventionsorientierte diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen zeigen sich gehorsamer als promotionsorientierte Personen.

Hypothese 8b: Präventionsorientiertes ärztliches Personal schätzt diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonen gehorsamer ein als dies promotionsorientierte Personen tun.

Persönlichkeitsfaktoren

Hypothese 9a: Es gibt einen Unterschied zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Bezug auf die fünf Dimensionen des NEO-PI-R.

Hypothese 9b: Es gibt einen Unterschied zwischen der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal in Bezug auf die fünf Dimensionen des NEO-PI-R

Methodenteil

Einrichtungen

Im Zuge der Kontaktaufnahme mit den potentiell teilnehmenden Einrichtungen, wurden die Pflegedirektionen sowie die ärztliche Direktionen per eMail-Anfrage über dieses Projekt informiert und um tatkräftige Unterstützung gebeten. Ziel war es zumindest eine Einrichtung pro Bundesland zu gewinnen.

Stichprobe

Für jede teilnehmende Einrichtung wurde eine Minimum-Stichprobe von 25 Personen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals und 2 Personen des ärztlichen Personals, innerhalb einer Bettenführenden Station festgelegt. Ein beschränkendes Maximum wurde nicht angesetzt, da eine möglichst große Stichprobe angestrebt werden soll.

Teilnehmer

Die Teilnehmer wurden durch die jeweilige Pflegebereichsleitung ausgewählt. Es handelt sich bei den Personen jeweils um diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal einer Bettenführenden Station einer der ausgewählten Krankenhauseinrichtungen Österreichs. Die Teilnehmer wurden durch den/die Vorgesetzte/n über die Durchführung einer Befragung mit dem Thema „Fragen zum beruflichen Alltag“ informiert. Durch diese Formulierung werden Verzerrungen in der Beantwortung vorgebeugt, da angenommen wurde, dass Personen beim Thema „Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen“ eher sozial erwünschte Antworten geben werden. Durch die Bekanntgabe der eMail-Adresse bekundeten die Testpersonen ihr Einverständnis gegenüber der Befragung. Es wird keine finanzielle Entschädigung veranschlagt.

Datenschutz

Der Umgang mit Informationen aus dem streng reglementierten Krankenhauskontext ist mit vielen Datenschutzbestimmungen verbunden, welche im Vorfeld mit jeder teilnehmenden Einrichtung eigens geklärt und ausverhandelt werden musste. Die anonymisierten Angaben der Teilnehmer werden nur zur Auswertung verwendet. Es kann somit kein Rückschluss auf einzelne Personen gezogen werden.

Verfahren und Durchführung

Nach Erhalt aller Teilnehmerlisten durch die Pflegebereichsleitung wird allen Teilnehmern der Link zur Online-Befragung mittels Serienmail-Verteiler an die bekannt gegebene eMail - Adresse zugesandt. Der Fragebogen umfasst insgesamt sieben Seiten. Das ärztliche Personal erhält einen leicht modifizierten Fragebogen um eine Fremdeinschätzung zu gewährleisten. Hierzu wurde ein Fragebogen verbal der ärztlichen Sichtweise angepasst (im Folgenden beim Verfahren „Situationsfragebogen“ beschrieben). Beginnend mit einer Begrüßungs- und Testinstruktionsseite auf der unter anderem auch auf die Testzeit (ca. 35 Minuten) und Anonymität hingewiesen wird, hat die Testperson (Tp) weiterführend auf der zweiten Seite allgemeine demographische Daten zur Person wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Muttersprache, Schulbildung und den Familienstand einzutragen. Weiterführend wird auf der nächsten Seite Bezug genommen auf die aktuelle berufliche Situation, mit Fragen nach der Art des Krankenpflagediploms, Berufsjahren, Berufsjahre inkl. Schulzeit, derzeitiger Arbeitsplatz (Station), Jahre in aktueller Station und Arbeitsstundenanzahl pro Woche. In den darauf folgenden Seiten werden die eigentlichen Verfahren abgebildet und werden hier im Folgenden, in der Reihenfolge der Vorgabe, näher beschrieben. Diese sind auch in der originalen Darbietungsform dem Anhang beigelegt.

Befragungszeitraum

Die Befragung wurde vom 15. Juli 2013 bis 5. Oktober 2013 durchgeführt und ging somit über einen Zeitraum von 83 Tagen. Die Länge der Befragung wurde nicht zuvor festgelegt, da dies anhand des Rücklaufs spontan entschieden werden sollte.

Auswahl der Fragebögen

Da diese Arbeit als Fortführung, Erweiterung und teilweise Replikation der Diplomarbeit von Antes (2008) gesehen werden kann wurden alle 4 Fragebögen aus selbiger übernommen und um 2 weiter erweitert. Im Folgenden werden die 6 Verfahren genauer beschrieben. Zusätzlich wurde auch der von Antes (2008) erstellte „Gehorsamkeitsfragebogen für Pflegepersonen“ an die ärztliche Sichtweise angepasst um eine Fremdeinschätzung aus der Sichtweise des ärztlichen Personals implementieren zu können.

Erhebungsinstrumente

KFZA-Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse

Der KFZA nach Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) bildet 11 Faktoren über 26 Items ab indem jede der 11 Skalen über mindestens 2, aber höchstens 3 Items operationalisiert wird. Der KFZA besteht aus elf empirisch gefundenen Faktoren (Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, Soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit, Qualitative Arbeitsbelastung, Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsunterbrechungen, Umgebungsbelastungen, Information und Mitsprache, Betriebliche Leistungen), welche die empfundene Arbeitsqualität abbilden und eine Beurteilung der Arbeitstätigkeit zulassen. Der KFZA umfasst die Aspekte Arbeitsinhalte, Ressourcen und Stressoren der Arbeit sowie das Organisationsklima. Zur Beantwortung der Items liegt eine fünffach abgestufte Skala von „starke Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“ vor, anhand derer die Versuchspersonen einschätzen sollen, wie sehr die beschriebene Aussage auf sie zutrifft.

Die Autoren beschreiben das Verfahren als arbeitsanalytisches Screening-Instrument. Grundsätzlich sollen dadurch Schwachstellen in der Arbeitstätigkeit aufgedeckt werden, welche gezielten Handlungsbedarf benötigen sowie explizite Verbesserungsvorschläge für den jeweiligen Arbeitsbereich entwickelt werden. Das erklärte Ziel bei der Erstellung dieses Instrumentes war, dass zum Einen der ökonomische Einsatz und zum Anderen die ökonomische Auswertung gegeben sein müssen. Es handelt sich bei diesem Kurzfragebogen jedoch nicht um ein gänzlich neues Verfahren sondern kann als Sammelsurium reliabler „Markier-Items“ aus bewährten Verfahren zur psychologischen Arbeitsanalyse verstanden werden (Prümper et al., 1995).

Die veränderten Arbeitsumwelten in Krankenhäusern führen zu einer beeinträchtigten Arbeitsqualität. Einige Personen reagieren auf solche Veränderungen mit psychischen und/oder physischen Beanspruchungen. Hier ist vor allem die steigende Zahl der Krankenstände hervorzuheben. Der KFZA erfasst die Belastungen und Ressourcen des Arbeitsumfeldes, hilft zu bewerten und gibt einen Anstoß zu Verbesserungsmaßnahmen. Somit ist eine solche Analyse als wichtiger Faktor im Zuge der Humanisierung der Arbeit im Krankenhaus, sowie der Steigerung der Qualität der Pflege zu sehen (Ehlbeck, Lohmann & Prümper, 2006).

Beispiel-Items:

Item 9 / Handlungsspielraum

Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen?

Item 2 / Vielseitigkeit

Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen?

Persönlichkeitsinventar - NEO-PI-R

Der NEO-PI-R nach Costa und McCrae (revidierte Fassung von Ostendorf & Angleitner, 2004) besteht aus fünf Dimensionen mit jeweils sechs Subskalen, die wiederum jeweils acht Items enthalten. Die fünf Dimensionen sind „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrungen“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“. Die internen Konsistenzen der Hauptskalen in der Selbstbeurteilungsform liegen durchschnittlich bei .90 und können damit als sehr gut bezeichnet werden. Zur Beantwortung der Items liegt eine fünffach abgestufte Skala von „starke Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“ vor, anhand derer die Versuchspersonen einschätzen sollen, wie sehr die beschriebene Aussage auf sie zutrifft. In der vorliegenden Untersuchung wird eine Kurzversion des NEO-PI-R mit dem Selbstbeurteilungsbogen (Form S) verwendet. Sie umfasst 30 Items, da pro Subskala das trennschärfste Item herausgenommen wurde.

Dieser weltweit in der Forschung und klinischen Praxis wohl am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Messung des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit basiert auf den Ergebnissen jahrzehntelanger faktorenanalytischer Forschung mit umfangreichen Bevölkerungsstichproben und klinischen Probandengruppen. Das revidierte NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R) erfasst mit 240 Items die Hauptbereiche interindividueller Persönlichkeitsunterschiede. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer differenzierten Messung der Hauptskalen (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit) durch insgesamt 30 Fassetten. Im Vergleich zum NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) ermöglicht das NEO-PI-R somit eine vollständige Erfassung des Fünf-Faktoren-Modells. Der besondere Vorteil des NEO-PI-R liegt in seiner großen Bandbreite. Das Inventar ermöglicht somit eine umfassende und zugleich detaillierte Persönlichkeitsbeschreibung. Auch für die Erhebung von Fremdbeurteilungen, z.B. durch Familienangehörige, nahe stehende Bekannte oder Klinikpersonal, steht eine entsprechende Form (Form F) zur Verfügung (Ostendorf et al., 2004; Borkenau & Ostendorf, 1993).

Beispiel-Items:

Item 1 - Neurotizismus/N1 Ängstlichkeit: Ich empfinde selten Furcht oder Angst.

Item 7 - Extraversion/E1 Herzlichkeit: Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.

Item 13 - Offenheit/O1 Phantasie: Ich versuche, mit meinen Gedanken bei der Realität zu bleiben und vermeide Ausflüge ins Reich der Phantasie.

Item 19 - Verträglichkeit/A1 Vertrauen: Ich glaube, dass die meisten Menschen im Grunde gute Absichten haben.

Item 25 - Gewissenhaftigkeit/C1 Kompetenz: Ich halte mich auf dem Laufenden und treffe gewöhnlich intelligente Entscheidungen.

Skala der Normorientierung / SDO-Skala

Die Skala der Normorientierung von Saucier (1994) bildet die Neigung zu konformen Verhalten und Normen ab. Durch die Vorgabe einer Liste mit 20 Adjektiven werden auf einer fünffach abgestuften Skala von „Trifft überhaupt nicht zu“ bis „Trifft sehr zu“ abgebildet, wie sehr das jeweilige Adjektiv auf die eigene Person zutrifft.

Persönlichkeitsattribute kombinieren typischerweise beschreibende und wertende Aspekte, wie die meisten Persönlichkeitskonstrukte und die Faktoren in der „Big-Five-Taxonomie“. In vorangegangenen Studien (Peabody, 1987) wurden über große Sets an Persönlichkeits-Adjektive mehrere Dimensionen erfasst um eine Struktur mit 5 orthogonalen Dimensionen aufzudecken. Diese Dimensionen zeigten eine komplexe Beziehung zur vorherigen Peabody-Faktoren und der Big Five, und sie können bei der Integration einiger altherwürdigen Konstrukte in die Struktur der Persönlichkeit Merkmale hilfreich sein (Saucier, 1994).

Beispiel-Items:

Item 1: altmodisch (-)

Item 7: konventionell (-)

Item 12: rebellisch

Item 17: ungewöhnlich

Je größer die Ausprägungen, desto aufgeschlossener, unkonventioneller und weniger konservativ ist die Person. Niedrige Ausprägungen deuten auf konformes, konventionelles und konservatives Verhalten hin.

Situationsfragebogen

In der vorangegangenen Diplomarbeit von Verena Antes (2008) wurde ein Situationsfragebogen zur Erfassung der Gehorsamkeitsbereitschaft entwickelt, welcher einen erheblichen Beitrag zu dieser Arbeit leistet. Der Fragebogen umfasst 27 Fallbeispiele/Situationen aus verschiedenen Aspekten des Pflegealltags, welchen drei Kategorien (Profession/Patient, Organisatorisch/Patient, Organisatorisch/Sonstiges) zugeordnet werden können. Dabei werden 15 Items der Kategorie Profession/Patient, 9 Items der Kategorie Organisatorisch/Patient und 3 Items der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges zugeordnet. Bei den Kategorien geht es um die Auswirkung (direkte/indirekte/keine) auf den Patienten. Direkte Auswirkungen (Profession/Patient) sind zum Beispiel das Verabreichen von Medikamenten. Indirekte Auswirkungen (Organisatorisch/Patient) betreffen zwar den Patienten, haben jedoch keine unmittelbar gesundheitlichen Folgen (z.B.: Hygiene). Keine Auswirkungen (Organisatorisch/Sonstiges) sind Handlungen oder Umstände, die für den Ablauf des Stationsalltags wichtig sind, jedoch nichts mit dem Patienten an sich zu tun haben (z.B.: Kontrolle der Inventarliste). Jede Situation hat vier Antwortalternativen, a) prinzipiellen Gehorsam, b) abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber, c) abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber und d) Ungehorsam repräsentieren. Die Antwort, die am ehesten auf einen zutrifft soll markiert werden. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Über die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren und der Gehorsamkeitsbereitschaft (über den Situationsfragebogen erfasst) werden die Ausprägungen der Wechselwirkungen abgebildet und ein Rückschluss auf die Wirkfaktoren möglich. Zur Verrechnung dieses Instruments wird einerseits ein Mittwertscore über alle Items und die einzelnen Kategorien berechnet und andererseits ein gewichteter Gehorsamkeits-Gesamtscore gebildet um eine Aussage über die Gehorsamkeitsbereitschaft einer Pflegeperson machen zu können. Die Reliabilität des Gesamtinstruments wird von Antes (2008) mit .691 angegeben und kann somit als akzeptabel hinsichtlich der internen Konsistenz eingestuft werden.

Dieser Fragebogen wird nicht nur dem diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonal, sondern auch dem ärztlichen Personal vorgegeben, um eine Fremdeinschätzung hinsichtlich der Gehorsamkeitsbereitschaft zu geben. Es findet somit eine sprachliche Anpassung an die ärztliche Sichtweise statt indem z.B. statt „Sie werden vom Oberarzt beauftragt...“, „Der Oberarzt beauftragt die Pflegekraft...“ verwendet wird.

Beispiele zu den einzelnen Bereichen:

Profession/Patient

Item 1: Auf Ihrer Station befindet sich ein Patient mit massiven Medikamentennebenwirkungen. Da dieser Patient vom Primar persönlich medikamentös eingestellt worden ist, traut sich niemand von den Ärzten, eine Medikamentenumstellung vorzunehmen. Die verantwortlichen Medikamente sollen auch heute in Ihrem Dienst weiterhin verabreicht werden. Wie verhalten Sie sich?

- a) Da ich als Pflegeperson nicht befugt bin, Medikamentenumstellungen vorzunehmen, muss ich die Medikamente wie vorgeschrieben verabreichen. Jedoch werde ich den Arzt nochmals auf die Nebenwirkungen bei dem Patienten hinweisen.
- b) Ich mache den Arzt nochmals auf die Nebenwirkungen aufmerksam. Wenn keine Änderung der Medikamente vorgenommen wird, werde ich dies in der Kurve dokumentieren und dem Patienten die Medikamente verabreichen.
- c) Ich halte Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt und lege meine Bedenken vor. Anschließend dokumentiere ich das Gespräch.
- d) Ich verabreiche die Medikamente nicht, schreibe meine Gründe in die Dokumentation und informiere den diensthabenden Arzt.

Organisatorisch/Patient

Item 26: Sie arbeiten auf einer neurologischen Station mit Schwerpunkt Insult. Nachdem Sie mit Ihrer Routinearbeit fertig sind, nehmen Sie sich Zeit und unterhalten sich mit den Patienten. Die Stationsleitung fordert Sie höflich, aber bestimmt auf, nicht so viel mit den Patienten zu tratschen, sondern Ihre Arbeit zu machen. Wie reagieren Sie?

- a) Ich beende mein Gespräch mit den Patienten und suche mir Arbeit.
- b) Abwägen, welche vorrangigen Arbeiten ohne Aufschub erledigt werden müssen und wenn dann Zeit ist, den Patienten für deren Sorgen, Ängste und Wünsche mein Ohr leihen.
- c) Ich vereinbare mit der Stationsleitung in 15 Minuten mein Gespräch zu beenden.
- d) Ich erkläre der Stationsleitung, dass Gespräche mit Patienten auch Arbeit ist.

Organisatorisch/Sonstiges

Item 19: Sie arbeiten auf einer Rehabilitationsstation und es gibt die Möglichkeit, Patienten über eine Rufanlage „ausrufen“ zu lassen. Der Stationsarzt/die Stationsärztin Ihrer Abteilung steht neben dem Telefonapparat und bittet Sie, den Patienten Hr. Müller ausrufen zu lassen. Sie sind gerade damit beschäftigt Medikamente herzurichten und müssten diese Tätigkeit unterbrechen. Wie reagieren Sie?

- a) Es spricht nichts dagegen das zu tun.
- b) Da gerade ein Mitpatient vorbeikommt, bitte ich diesen Hrn. Müller zu suchen und ihn zum Stützpunkt zu schicken.
- c) Ich rufe den Patienten aus und mache den Arzt darauf aufmerksam, dass er das auch selber machen darf.
- d) Ich bitte den Arzt, den Patienten selbst auszurufen.

Um eine Aussage über den Gehorsam einer Pflegeperson machen zu können wurden die vier Antwortalternativen, „prinzipiellen Gehorsam“, „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“, „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ und „Ungehorsam“ in einem Gehorsamkeits-Gesamtscore gewichtet. Der Range der Mittelwerte, bezogen auf den Gehorsamkeits-Gesamtscore, wird mit 0 bis 2 angegeben. Das heißt, je größer die Ausprägung des Mittelwerts, desto gehorsamer schätzt sich die Pflegeperson in ihrem Verhalten ein.

Skala der Sozialen Dominanzorientierung (SDO-Skala)

Die SDO-Skala von Sidanius und Pratto (1999) (deutsche Fassung von Six, Wolfradt & Zick, 2001) erfasst über 16 Items, die allgemeine Einstellung gegenüber Beziehungen zwischen Gruppen. Es soll dadurch gezeigt werden, ob jemand eher hierarchische oder egalitäre Beziehungen bevorzugt. Zur Beantwortung der Items liegt eine fünffach abgestufte Skala von „starke Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“ vor, anhand derer die Versuchspersonen einschätzen sollen, wie sehr die beschriebene Aussage auf sie zutrifft.

Beispiel-Items:

Item 5: Wenn bestimmte Gruppen unter sich bleiben würden, hätten wir weniger Probleme.

Item 10: Alle Gruppen sollten eine gleiche Chance im Leben haben.

Hohe Werte auf der vorgelegten SDO-Skala sprechen für die Bevorzugung von hierarchischen Systemen. Niedrige Werte bei Adjektiven der SDO-Skala kann als die Bevorzugung hierarchieflacher Systeme verstanden werden.

Promotion/Prävention – Fragebogen

Dieser Fragebogen von Lockwood, Jordan und Kunda (2002) wird zur Erfassung des regulatorischen Fokus verwendet. Die deutsche Übersetzung wurde von Keller und Bless (2006) übernommen. Es handelt sich dabei um 18 Items, wovon 9 den Promotions- und 9 den Prä-

ventionsfokus versuchen zu beschreiben. Eingeteilt wird der Fragebogen durch eine 7-stufige Skala von „trifft zu“ bis „trifft gar nicht zu“.

Keller et al. (2006) untersuchten in zwei Studien die Auswirkungen von chronischen und situativen Selbstregulationsmechanismen auf die kognitive Testleistung. In beiden Studien wurde die Testleistung verbessert, wenn die situativ induzierten Regulationsmechanismen mit dem chronischen Selbstregulations-Fokus der Testteilnehmer abgestimmt waren. Diese Ergebnisse unterstützen die Hypothese des regulatorischen „Fit’s“, welcher durch die regulatorische Fokus Theorie hervorgebracht wurde und kehrt die Bedeutung der Vereinbarkeit von chronischen und situativ induzierten Selbstregulations-Zuständen hervor, wenn es um kognitive Testleistung geht.

Lockwood et al. (2002) zeigten in ihrer Arbeit, dass Promotions-fokussierte Personen von positiven Vorbildern, welche die Strategien zur Zielerreichung betonen, inspiriert werden. Präventionsfokussierte Personen orientieren sich an der Fehlervermeidung anderer und werden am ehesten von negativen Vorbildern inspiriert, welche die Strategien zur Fehlervermeidung hervorheben und propagieren. Diese Personen zeigen Motivation und Beharrlichkeit bei Aufgaben die als Rahmenbedingungen Verluste oder keine Verluste aufzeigen (Hogg & Vaughan, 2008).

Beispiel-Items:

Item 1 – Prävention: Im Allgemeinen verwende ich viel Energie darauf, negativen Ergebnissen (z.B. Scheitern in einer Prüfung oder gesundheitliche Schäden) in meinem Leben vorzubeugen.

Item 16 – Promotion: Im Allgemeinen verwende ich meine Energie darauf, Positives im Leben (z.B. Erfolg, körperliche Fitness) zu erreichen.

Der gesamte Fragebogen umfasst die Erhebung der demografischen Daten, Fragen zur beruflichen Situation, den KFZA-Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995), die SDO-Skala (Sidanius & Pratto, 1999), die Kurzversion des NEO-PI-R (NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa & McCrae, Revidierte Form; Ostendorf & Angleitner, 2004), die Skala zur Normorientierung (Saucier, 1994), den Situationsfragebogen (Antes, 2008), die Skala der Sozialen Dominanzorientierung (Sidanius et al., 1999) und die Promotion-Prävention-Skala (Lockwood et al., 2002). Der Fragebogen ist vollständig dem Anhang beigelegt.

Empirischer Teil

Stichprobenbeschreibung

Nach Ablauf des Erhebungszeitraumes hatten insgesamt 632 Personen an der Online-Befragung teilgenommen, wovon letztendlich 500 Datensätze zur weiteren Auswertung verwendet werden konnten. Insgesamt bearbeiteten 534 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 98 Personen des ärztlichen Dienstes die vorgegebene Fragenbogenbatterie. Von diesen Datensätzen konnten 434 auf Seiten des Pflegepersonals und 66 auf Seiten des ärztlichen Personals verwendet werden. Es wurden insgesamt 132 Datensätze aufgrund der Nichtbearbeitung oder Falschangaben ausgeschlossen. Diese Verteilung ist in Tabelle 1 schematisch dargestellt.

Berufsgruppe

Im Folgenden werden die Verteilungen der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der österreichischen Bundesländer gezeigt. Hierbei konnten nur Informationen aus Datensätzen berücksichtigt werden, welche die Angabe „Name der Einrichtung“ enthielten, um eine Zuordnung zuzulassen. Das Bundesland Oberösterreich stellt mit insgesamt 110 Angaben das informationsreichste Bundesland dar, gefolgt von Salzburg mit 94 Angaben. Die übrigen Verteilungen werden in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1: Verteilung der Berufsgruppen innerhalb der Bundesländer

	W	NÖ	OÖ	BGL	STMK	KTN	SBG	T	VBG	Gesamt
Ärztliches Personal	0	2	11	3	0	0	32	1	0	49
Pflegepersonal	33	11	99	45	26	22	62	41	19	358
Gesamt	33	13	110	48	26	22	94	42	19	407

Geschlechterverteilung

Bei der Verteilung des Geschlechts zeichnete sich ein klarer Trend ab. Die Mehrheit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals wird durch Frauen repräsentiert. Innerhalb des ärztlichen Personals konnte eine 1:1 Verteilung zwischen Männern und Frauen erreicht werden. Somit zeichnet sich eine 3:1 Verteilung mit 75,4% Frauen zu 24,6% Männern bei der Gesamtstichprobe ab.

Tabelle 2: Verteilung des Geschlechts über die Berufsgruppen

	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ärztliches Personal	33	33	66
Pflegepersonal	90	344	434
Gesamt	123 (24,6%)	377 (75,4%)	500

Altersbereich

Das Durchschnittsalter liegt bei 38,21 Jahren mit einer Standardabweichung von 9,76. Der Altersbereich über die gesamte Stichprobe zeigt sich über ein Minimum von 20 Jahren bis zu einem Maximum von 61 Jahren. Die Spannweite der Altersverteilung zeigt über die Geschlechter keinen signifikanten Unterschied auf. Bei Männern werden diesbezüglich 37 Jahren und bei Frauen 38 Jahre beobachtet. Es gilt festzuhalten, dass die Frauen der Stichprobe durchschnittlich mit 20 Jahren und Männer mit 24 Jahren in das Berufsfeld einsteigen. Der spätere Einstieg bei Männern könnte durch den zu absolvierenden Wehr- oder Zivildienst zu erklären werden.

Herkunftsland

Die Verteilung des Herkunftslandes zeigte ein sehr deutliches Ergebnis. Da es sich um eine österreichweite Studie gaben 90,2% der teilnehmenden Personen „Österreich“ als Herkunftsland an. Als zweitgrößter Prozentsatz kann noch die Angabe „Deutschland“ als Herkunftsland mit 5,4% erwähnt werden. Insgesamt wurden 14 verschiedene Herkunftsländer genannt.

Tabelle 3: Verteilung der Herkunftsländer

Herkunftsländer	Häufigkeit	Prozent
Bolivien	1	0,2 %
Bosnien	1	0,2 %
Deutschland	27	5,4 %
Indien	1	0,2 %
Italien	1	0,2 %
Luxemburg	1	0,2 %
Mazedonien	1	0,2 %
Österreich	451	90,2 %
Philippinen	2	0,4 %
Polen	7	1,4 %
Serbien	2	0,4 %
Slowakei	3	0,6 %
Slowenien	1	0,2 %
USA	1	0,2 %
Gesamt	500	100,0 %

Muttersprache

Bei der Muttersprache zeigte sich ebenfalls eine klare Gewichtung. Aufgrund der Herkunftslandverteilung und des Kontextes dieser Studie ergab sich die Angabe „Deutsch“ als Hauptprozentsatz von 95,8%. Gerade in diesem Berufsfeld gilt die deutsche Sprache als wichtiges Kriterium und Voraussetzung für den täglichen Arbeitsalltag.

Tabelle 4: Verteilung der Muttersprache

Muttersprache	Häufigkeit	Prozente
Albanisch	1	0,2 %
Bosnisch	1	0,2 %
Deutsch	479	95,8 %
Englisch	1	0,2 %
Luxemburgisch	1	0,2 %
Malayalam	1	0,2 %
Polnisch	7	1,4 %
Serbisch	3	0,6 %
Slowakisch	3	0,6 %
Slowenisch	1	0,2 %
Tagalog	2	0,4 %
Gesamt	500	100,0 %

Schulbildung

Die Frage nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung im Berufsfeld der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zeigt eine klare Gewichtung hinsichtlich der am häufigsten genannten Antwortoption „Matura“ mit 36,4%.

Tabelle 5: Verteilung der Schulbildung

	Schulbildung	Häufigkeit	Prozent
	Hauptschule	60	13,8 %
	Lehrabschluss	123	28,3 %
	Matura	158	36,4 %
	Universität/FH	88	20,3 %
	Gesamt	429	98,8 %
Fehlend		5	1,2 %
Gesamt		434	100,0 %

Familienstand

Bei der endgültigen Gesamtstichprobe von 500 Personen zeigte sich eine Antwortverteilung hinsichtlich des Familienstandes von 80,2% (401 Personen) mit der Antwortoption „Partnerschaft“ und 19,4% (97 Personen) wählten die Antwortoption „Ohne Partnerschaft“.

Diplomart

Bei der Diplomart zeigte sich eine klare Verteilung hinsichtlich des „allgemeinen Diploms“. Mit 77% stellt es die größte Antwortgruppe dar. Mit 13,8 % zeigt sich das „psychiatrische Diplom“ als zweithäufigste Antwortausprägung.

Tabelle 6: Verteilung der Diplomart

	Diplomart	Häufigkeiten	Prozente
	Allgemein	334	77,0 %
	Psychiatrisch	60	13,8 %
	Kinder & Jugend	15	3,5 %
	Bachelor der Krankenpflege	5	1,2 %
	Sonstiges	19	4,4 %
Fehlend		1	0,2 %
Gesamt		434	100,0 %

Beruflicher Status

Bei der Verteilung der beruflichen Stati des ärztlichen Personals bildete die Angabe „Assistenzarzt“ die am öftest genannte Antwortoption. Es zeichnet sich ein klarer Verlauf über alle Stati ab, der sich über die im Berufsbild ranggereichte hierarchische Ebene und in Folge geringere Häufigkeiten in den teilnehmenden Personen des ärztlichen Personals manifestiert.

Tabelle 7: Verteilung des beruflichen Status bei Ärzten

Status	Häufigkeiten	Prozent
Turnusarzt	18	27,2 %
Assistenzarzt	24	36,4 %
Facharzt	11	16,7 %
Oberarzt	11	16,7 %
Primar	2	3,0 %
Gesamt	66	100,0 %

Berufsjahre

Die Verteilung der Berufsjahre im aktuellen Berufsbild zeigt eine ausgeglichene Verteilung über die Berufsgruppen hinweg. Beim Pflegepersonal sowie beim ärztlichen Personal zeigt sich ein Minimum von 0,5 Jahren und ein Maximum von 36 Jahren bei ÄrztInnen und 37 Jahren bei Personen der Pflege. Die Spannweite der Berufsjahre kann somit bei ärztlichem Personal mit 35,5 Jahren und bei Pflegepersonal mit 36,5 Jahren als annähernd ident betrachtet werden.

Bei der Verteilung der allgemeinen Berufsjahre (d.h. Berufsjahre jeglicher Profession über die gesamte Lebenspanne) zeigt sich die leichte Tendenz, dass diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen über eine längere allgemeine Berufserfahrung verfügen. Beim Pflegepersonal zeigt sich ein Minimum von 3 Jahren wobei beim ärztlichen Personal das Minimum von 1 Jahr beträgt. Das Maximum von 36 Jahren bei ÄrztInnen und 40 Jahren bei Personen der Pflege resultiert somit in einer Spannweite von 35 Jahren bei ärztlichem Personal und 37 Jahren bei Personen der Pflege.

Die Verteilung der Berufsjahre in der aktuellen Station zeigt eine klare Gewichtung. Das Pflegepersonal gibt hier ein Minimum von 0,2 Jahren und das ärztliche Personal ein Minimum von 0,1 Jahr an. Das Maximum von 30 Jahren bei ÄrztInnen und 39 Jahren bei Personen der Pflege resultiert somit in einer Spannweite von 29,9 Jahren bei ärztlichem Personal und 38,8 Jahren bei Personen der Pflege. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen befinden sich somit im Schnitt länger auf der aktuellen Station. Dies kann dadurch erklärt werden, dass es bei ärztlichem Personal aufgrund der verschiedenen Aufstiegsmöglichkeiten häufiger zu Stationswechsel kommt.

Stundenverteilung

Bei der Verteilung der Stundenanzahl auf der aktuellen Station zeigt sich eine klare Gewichtung. Das Pflegepersonal gibt hier ein Minimum von 6 Stunden und das ärztliche Personal ein Minimum von 25 Stunden an. Das Maximum von 50 Stunden bei Personen der Pflege und 72 Stunden bei ÄrztInnen resultiert somit in einer Spannweite von 47 Stunden bei ärztlichem Personal und 44 Stunden bei Personen der Pflege. Ärztliches Personal arbeitet somit im Schnitt deutlich mehr.

Einrichtungen

Insgesamt nahmen 43 Einrichtungen an der Studie teil welche in folgender Tabelle dargestellt sind.

Tabelle 8: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen

Einrichtungen	Pflegepersonal		Ärztliches Personal	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
AKH Linz	32	6,4 %	-	-
AKH Wien	1	0,2 %	-	-
BB	1	0,2 %	-	-
BB Eisenstadt	45	9,0 %	4	0,8 %
BB Kritzensdorf	8	1,6 %	-	-
BB Wien	11	2,2 %	-	-
BB SBG	-	-	2	0,4 %
BKH Linz	11	2,2 %	-	-
BKH St.Johann	5	1,0 %	-	-
BKH Zams	15	3,0 %	-	-
Caritas Wien	1	0,2 %	-	-
DOKH Friesach	1	0,2 %	-	-
Hartmannspital Wien	1	0,2 %	-	-
Haus der Gespag	4	0,8 %	-	-
Herz-Jesu-KH Wien	1	0,2 %	-	-
KH der Barmh. Schw. Linz	1	0,2 %	-	-
KH der Barmh. Schw. Wien	1	0,2 %	-	-
KH Elisabethinen Linz	22	4,4 %	-	-
KH Haus der Barmh. Wien	14	2,8 %	1	0,2 %
KH Haus der Barmh. SBG	-	-	1	0,2 %
KH Hietzing	2	0,4 %	-	-
Klinikum Peine	1	0,2 %	-	-
KH der Kreuzschw. Sierning	1	0,2 %	-	-
LKH Baden	1	0,2 %	-	-
LKH Bruck	7	1,4 %	-	-
LKH Feldbach	14	2,8 %	-	-
LKH Feldkirch	19	3,8 %	-	-
LKH Graz	2	0,4 %	-	-
LKH Klagenfurt	12	2,4 %	-	-
LKH Leoben	1	0,2 %	-	-
LKH Mödling	1	0,2 %	-	-
LKH Rankweil	10	2,0 %	2	0,4 %
LKH Steyr	27	5,4 %	11	2,2 %
LKH Vöcklabruck	1	0,2 %	-	-
LKH Wiener Neustadt	1	0,2 %	2	0,4 %
LKH Wolfsberg	9	1,8 %	-	-
LSF Graz	1	0,2 %	-	-
Nervenklinik Linz	11	2,2 %	-	-
SALK	28	5,6 %	29	5,8 %
SALK-CDK	34	6,8 %	-	-
SMZ Ost Wien	1	0,2 %	-	-
SZO Oberaich	1	0,2 %	-	-
NICHT ANGEGEBEN	73	14,6 %	14	2,8 %
Gesamt	361	72,2 %	52	10,4 %

Stationen

In Bezug auf die Stationen waren von den angegebenen Informationen ausgehend 28 verschiedene Stationen zu unterscheiden.

Tabelle 9: Verteilung der Stationen

Station	Pflegepersonal		Ärztliches Personal		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Akutstation	2	0,4 %	-	-	2	0,4 %
Anästhesie	-	-	11	2,2 %	11	2,2 %
Augenheilkunde	-	-	2	0,4 %	2	0,4 %
Chirurgie	67	13,4 %	9	1,8 %	76	15,2 %
Demenz	3	0,6 %	-	-	3	0,6 %
Dermatologie	1	0,2 %	1	0,2 %	2	0,4 %
Entzug	1	0,2 %	-	-	1	0,2 %
Geriatrie	42	8,4 %	1	0,2 %	43	8,6 %
Gynäkologie	7	1,4 %	2	0,4 %	9	1,8 %
HNO	15	3,0 %	3	0,6 %	18	3,6 %
Innere Medizin	74	14,8 %	7	1,4 %	81	16,2 %
Intensiv	35	7,0 %	-	-	35	7,0 %
Kardiologie	3	0,6 %	1	0,2 %	4	0,8 %
Kinder- und Jugend	16	3,2 %	9	1,8 %	25	5,0 %
Neurologie	37	7,4 %	-	-	37	7,4 %
Onkologie	4	0,8 %	2	0,4 %	6	1,2 %
OP	6	1,2 %	-	-	6	1,2 %
Orthopädie	6	1,2 %	1	0,2 %	7	1,4 %
Pädiatrie	1	0,2 %	-	-	1	0,2 %
Palliativstation	1	0,2 %	-	-	1	0,2 %
Physikalische	1	0,2 %	2	0,4 %	3	0,6 %
Pneumologie	1	0,2 %	4	0,8 %	5	1,0 %
Psychiatrie	40	8,0 %	2	0,4 %	42	8,4 %
Radioonkologie	1	0,2 %	1	0,2 %	2	0,4 %
Unfall	4	0,8 %	-	-	4	0,8 %
Urologie	3	0,6 %	1	0,2 %	4	0,8 %
Wachkoma	2	0,4 %	-	-	2	0,4 %
ZRI	-	-	1	0,2 %	1	0,2 %
Nicht angegeben	5	1,0 %	3	0,6 %	8	1,6 %
Nicht zuordenbar	56	11,2 %	1	0,2 %	57	11,4 %
Gesamt	434	86,8 %	66	13,2 %	500	100,0 %

Ergebnisdarstellung und Interpretation

Um die Aussagekraft der Items des Gehorsamkeitsfragebogens zu überprüfen wurde eine Reliabilitätsanalyse über alle 27 Situationen des Gehorsamkeitsfragebogens für Krankenpflegepersonen (Antes, 2008) berechnet. Mit einem Chronbachs Alpha von .627 kann die interne Konsistenz des Gehorsamkeitsfragebogens für Krankenpflegepersonen als ausreichend groß beschrieben werden.

Zur Erfassung des Gehorsams wurde ein Gehorsamkeits-Gesamtscore durch die Gewichtung der 4 Antwortalternativen „prinzipieller Gehorsam“, „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“, „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ und „Ungehorsam“ erstellt. Der Range der Mittelwerte, bezogen auf den Gehorsamkeits-Gesamtscore, wird mit 0 bis 2 angegeben. Das heißt, je größer die Ausprägung des Mittelwerts, desto gehorsamer schätzt sich die Pflegeperson in ihrem Verhalten ein.

Hypothese 1a: Weibliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen schätzen sich gehorsamer ein als ihre männlichen Kollegen.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben des Gehorsamkeits-Gesamtscores über das Geschlecht berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen Männern ($M_w=0,88$) und Frauen ($M_w=0,88$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=358)=0.10$; $p=.92$). Männer und Frauen schätzen sich also insgesamt als gleich gehorsam ein.

Zur weiteren Überprüfung wurde ein χ^2 –Test der Variable Geschlecht auf die einzelnen Items des Gehorsamkeitsfragebogens von Antes (2008) berechnet. Bei folgenden Items wurde ein signifikanter Unterschied innerhalb des Geschlechts gefunden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 10 genauer dargestellt.

Item 8:

Sie arbeiten auf einer geriatrischen Station. Hr. Klinger liegt im Sterben. Er hat eine PEG-Sonde und soll laut Patientendokumentation 3x tgl. Sondenernährung verabreicht bekommen. Was machen Sie?

- a) Ich verabreiche die Nahrung laut ärztlicher Anordnung.
- b) Wenn der Patient die Nahrung verträgt, werde ich sie weiterhin verabreichen.
- c) Das Betreuungskonzept für Hrn. Klinger mit Kollegen besprechen und jegliche Pflegemaßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Befindlichkeit des Patienten überprüfen.
- d) Ich werde dies im Team im Beisein der Ärzte besprechen und diese Anordnung hinterfragen.

Bei dieser Situation zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied ($\chi^2(df=3)=8,605$; $p=.035$). 68,3 Prozent der Frauen geben an, die Anordnung zu verweigern, hingegen nur 55,4 Prozent der Männer. 28,4 Prozent der Männer und nur 16,5 Prozent der Frauen wenden sich ans System und würden diese Anordnung mit Kollegen besprechen. 4,9 Prozent der Frauen zeigen „prinzipiellen Gehorsam“, wobei 9,5 Prozent der Männer sich in dieser Situation „prinzipiell gehorsam“ verhalten.

Diese Ausprägungen über die Antwortkategorien können dadurch erklärt werden, dass die Nahrungszufuhr der traditionell geprägten gesellschaftlichen Rollenzuschreibung von Männern und Frauen unterworfen ist. Männer hinterfragen die Anordnung nicht so oft und zeigen sich auch öfter gehorsam der ärztlichen Anordnung gegenüber als das Frauen tun. Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass Frauen schon früh im Sozialisationsprozess in die Rolle der Ernährerin gedrängt werden und sich dadurch auf längere Sicht besser mit Ernährung und dessen Auswirkungen auf den menschlichen Körper Beschaid wissen.

Item 9: Sie arbeiten auf einer Pulmologie und zu Ihren Aufgaben gehört es, Patienten kurz vor ihrer Entlassung auf ein mobiles Inhalationsgerät für den Gebrauch zu Hause einzuschulen. Der Stationsarzt/die Stationsärztin beauftragt Sie Hrn. Meier, einen 80jährigen dementen Patienten auf dieses Gerät einzuschulen. Was machen Sie?

- a) Ich werde versuchen, dem Patienten das Gerät so einfach wie möglich zu erklären.
- b) Ich versuche es und beziehe auf alle Fälle Angehörige bei der Einschulung mit ein.
- c) Ich teile dem Arzt meine Zweifel über die Sinnhaftigkeit der Einschulung mit und schule Angehörige auf das Gerät ein.
- d) Ich erkläre dem Arzt, dass eine solche Schulung nicht erfolgreich wäre.

In Situation 9 zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied ($\chi^2(df=3) = 21,980$; $p = \leq .001$). 6,8 Prozent der Männer zeigen sich hier prinzipiell gehorsam, Frauen hingegen nur zu 1,1 Prozent. Ungehorsam wird in dieser Situation von 8,1 Prozent der Männer, jedoch nur von 1,1 Prozent der Frauen gezeigt. 54,1 Prozent der Männer und 56,1 Prozent der Frauen geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber des Opfers zu zeigen indem Angehörige in die Schulung miteinbezogen werden. Abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System

zeigen 31,1 Prozent der Männer und 41,8 Prozent der Frauen.

Die Ausprägung der Verweigerung über die Geschlechter kann dadurch erklärt werden indem Männer eher den pragmatischen und schnellen Lösungsansatz verfolgen als Frauen. Jedoch wird in dieser Situation die Einbeziehung der Angehörigen der höchste Stellenwert zugeschrieben. Frauen beziehen hierbei öfter die Angehörigen in die Schulung mit ein als Männer.

Item 10: Sie arbeiten auf einer Station für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pulmologie. In Ihrer Gruppe ist ein 70jähriger Patient nach einer Infektion, der 10l Sauerstoff braucht. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet an, dieser Patient soll noch heute mobilisiert werden. Was tun Sie?

- a) Ich werde ihn so weit wie möglich mobilisieren.
- b) Ich werde den Patienten mobilisieren, so gut es mit seiner körperlichen Verfassung möglich ist.
- c) Ich versuche zu mobilisieren, werde aber bei der kleinsten Reaktion des Patienten auf Unwohlsein unterbrechen und dem Arzt Bericht erstatten.
- d) Ich erkläre dem Arzt den Zustand des Patienten und werde ihn nicht mobilisieren.

In Situation 10 zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied (χ^2 (df=3) = 15,851; $p = .001$). Hier zeigen nur 0,7 Prozent der Frauen, jedoch aber 6,8 Prozent der Männer prinzipiellen Gehorsam. Auch beim Ungehorsam zeigen Männer mit 13,5 Prozent eine stärkere Ausprägung, als Frauen mit nur 6,4 Prozent. Sowohl beim abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber als auch beim abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zeigen Frauen tendenziell höhere Werte als Männer auf. Abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber wird von 41,8 Prozent der Frauen aber nur von 23,1 Prozent der Männer beobachtet. Auch in Situation 10 kommt es zu einer ähnlichen Verteilung wie in Situation 9. Männer zeigen höhere Werte in den Antwortkategorien „prinzipiellen Gehorsam“ und „Ungehorsam“. Frauen leisten der Anordnung in abgeschwächter Weise öfter Folge als Männer. Dies kann durch höheres empathisches Vermögen von weiblichen Pflegepersonen dem Patienten gegenüber erklärt werden.

Item 14: Sie waren gerade drei Wochen auf Urlaub und heute ist Ihr erster Dienst. In der Patientendokumentation von Hrn. Berger (ein neuer Patient, den Sie nicht kennen) lesen Sie, dass dieser am Nachmittag eine Infusion mit hoher Medikamentendosierung erhalten soll. Er ist in Ihrer Gruppe und Sie sollen die Infusion anhängen. Eine Venenverweilkanüle (Injektionskanüle)ix hat er bereits. Was tun Sie?

- a) Wenn die Anordnung vom Arzt unterzeichnet ist, führe ich sie durch.
- b) Ich informiere mich, warum der Patient die Infusion erhält. Wenn es auf dieser Station üblich ist, dass Pflegepersonal Infusionen anhängt, werde ich das auch tun.
- c) Ich frage nach, ob diese Anordnung wichtig ist. Erst nach Absicherung durch den Arzt verabreiche ich das Medikament.
- d) Ich richte die Infusion laut Anordnung her und verständige den Beidiensarzt zum Anhängen.

In Situation 14 zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied (χ^2 (df=3) = 9,699; p = .021). Es wurde beobachtet, dass 52,7 Prozent der Männer abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem Opfer, dem entgegen jedoch nur 36,2 Prozent der Frauen selbiges Verhalten zeigten. 34 Prozent der Frauen gaben an sich in dieser Situation abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen, nur 18,9 Prozent der Männer postulierten diesbezüglich das Selbe. Frauen zeigten mit 7,8 Prozent prinzipiellen Gehorsam im Gegensatz zu 4,1 Prozent bei den Männern eine fast doppelt so hohe Ausprägung. Die Anordnung wird von 24,3 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen verweigert.

Für die Hälfte der Männer ist nach Rücksprache mit KollegInnen die Legitimation für die Ausführung der Anordnung gegeben. Ein Drittel der Frauen handelt nach dem selben Schema, jedoch fragen auch ein Drittel der Frauen einen Arzt um die Anordnung absichern zu lassen. Knapp ein Viertel der Frauen und der Männer „verweigern“ die Anordnung, richten aber das Medikament her um es durch einen Arzt verabreichen zu lassen.

Item 23: Die Patientin Frau Berger leidet an einem nicht heilen wollenden Ulcus cruris am rechten Bein. Sie erhält seit drei Wochen eine Lokalthherapie, die keinerlei Veränderung bewirkt und von der Sie denken, dass sie für Frau Berger falsch ist. Sie haben heute Dienst und Frau Berger ist in ihrer Gruppe. Der Stationsarzt/die Stationsärztin will die angeordnete Lokalthherapie nicht verändern. Was tun Sie?

- a) Ich dokumentiere das Geschehen im Pflegebericht, informiere den Arzt und wende die Therapie unverändert weiter an.
- b) Ich frage Fr. Berger, ob sie Schmerzen verspürt und was sie von der Therapie hält. Wenn sie zufrieden ist und keine Schmerzen hat, dann führe ich die Therapie weiter aus wie bisher.
- c) Ich spreche die nicht erfolgreiche Therapie bei der Visite an. Wenn der Stationsarzt die Therapie fortsetzen will, so werde ich sie weiterhin anwenden.
- d) Ich werde mit dem Stationsarzt reden und einen dermatologischen Konsiliardienst vorschlagen.

In Situation 23 zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied (χ^2 (df=3) = 10,522; p = .015). Hier zeigen Männer mit 10,8 Prozent im Gegensatz zu Frauen mit 2,5 Prozent eine signifikant höhere Ausprägung in der Antwortkategorie des prinzipiellen Gehorsams. In den übrigen Antwortkategorien zeigen über die Geschlechter hinweg annähernd die gleichen Ausprägungen. 2,7 Prozent der Männer und 1,8 Prozent der Frauen geben abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber an und fragen die Patientin nach Schmerzen während der Therapie und brechen diese bei Unbehagen oder Schmerzen nicht weiter aus. Knapp ein Drittel (28,2 Prozent) der Frauen und 23 Prozent der Männer zeigen abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber indem sie die nicht erfolgreiche Therapie bei der Visite ansprechen. Die in dieser Situation am stärksten vertretene Antwort stellt bei Männern mit 63,5 Prozent und bei Frauen mit 67,5 Prozent die des Ungehorsams dar.

Bei folgenden Items wurde ein tendenziell signifikanter Unterschied innerhalb des Geschlechts gefunden.

Item 2: Auf Ihrer Station liegt ein multimorbider Patient mit einer PEG-Sonde, die an Zusatzernährung angeschlossen ist, der über Schmerzen in den Beinen und im Rücken klagt. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet Ihnen an, diesen Patienten in einem Lehnstuhl zu mobilisieren. Was tun Sie?

- a) Ich werde ihn mobilisieren.
- b) Ich wäge die Für und Wider einer Mobilisation ab und bespreche das mit dem Patienten. Wenn wir uns gemeinsam dazu entschließen, dann werde ich ihn mobilisieren, zuerst Oberkörper-Hochlagerung und ev. Querbett sitzen versuchen.
- c) Ich konsultiere den Arzt und bitte um eine Schmerztherapie.
- d) Ich informiere den Arzt darüber, dass der Patient über Schmerzen klagt und ich ihn deshalb nicht mobilisieren werde.

In Situation 2 zeigt sich ein tendenzieller Unterschied zwischen den Geschlechtern (χ^2 (df=2) = 5,611; p = .060). Männer zeigen mit 54,1 Prozent abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber, Frauen nur 43,7 Prozent. 34,6 Prozent der Frauen und 20,3 Prozent der Männer zeigen abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber. Keine Person, weder Frauen noch Männer zeigen in dieser Situation prinzipiellen Gehorsam. Ungehorsam wird von 25,7 Prozent der Männer und 21,7 Prozent der Frauen gezeigt.

Item 27: Sie sind mit einer Kollegin alleine im Dienst, da ein weiterer Kollege und die Stationsleitung, die Dienst gehabt hätten, überraschend krank geworden ist. Alle Betten sind belegt und Sie kommen gerade dazu, die wichtigsten und notwendigsten Arbeiten zu erledigen. Von Ihrem Stationsarzt (zusammen mit der Physiotherapeutin) erhalten Sie den Auftrag, bei vier Patienten Bewegungstherapie auszuführen. Was tun Sie?

- a) Ich arbeite noch schneller und führe die Bewegungstherapie aus.
- b) Ich nehme mir für die Grundpflege etwas mehr Zeit und lasse die Bewegungstherapie in abgeschwächter Form hier mit einfließen.
- c) Ich bespreche mit dem Stationsarzt, dass das momentan nicht möglich ist, aber so bald wir mit der wichtigsten Arbeit fertig sind mache ich das.
- d) Ich lehne die Zusatzarbeit mit dem Hinweis auf die knappen Personalressourcen ab.

In Situation 27 zeigt sich ein tendenzieller Geschlechtsunterschied (χ^2 (df=3) = 6,804; p = .078). Die höchste Ausprägung zeigt sich bei Männern mit 47,2 Prozent und bei Frauen mit 46,4 Prozent in der Antwortkategorie abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber. 19,4 Prozent der Männer und 25,2 Prozent der Frauen zeigen abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber. Ungehorsam wird von 33,3 Prozent der Männer und 26,8 Prozent der Frauen postuliert. Die geringste Ausprägung zeigt sich in der Kategorie prinzipieller Gehorsam mit 0 Prozent bei Männern und 1,6 Prozent bei den Frauen.

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Gehorsamkeitsalternativen über das Geschlecht bei
diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Profession/ Patient	Männlich				Weiblich			
	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam
Item 1	4 (5,4%)	11 (14,9%)	39 (52,7%)	20 (27%)	17 (6%)	65 (22,9%)	140 (49,3%)	62 (21,8%)
Item 2	0 (0%)	40 (54,1%)	15 (20,3%)	19 (25,7%)	0 (0%)	125 (43,7%)	99 (34,6%)	62 (21,7%)
Item 3	53 (72,6%)	16 (21,9%)	4 (5,5%)	0 (0%)	200 (70,2%)	73 (25,6%)	12 (4,2%)	0 (0%)
Item 7	3 (4,1%)	21 (28,4%)	46 (62,2%)	4 (5,4%)	4 (1,4%)	82 (29%)	185 (65,4%)	12 (4,2%)
Item 8	7 (9,5%)	5 (6,8%)	21 (28,4%)	41 (55,4%)	14 (4,9%)	29 (10,2%)	47 (16,5%)	194 (68,3%)
Item 10	5 (6,8%)	22 (29,7%)	37 (50%)	10 (13,5%)	2 (0,7%)	101 (35,8%)	161 (57,1%)	18 (6,4%)
Item 11	10 (13,5%)	12 (16,2%)	48 (64,9%)	4 (5,4%)	22 (7,9%)	50 (17,9%)	202 (72,4%)	5 (1,8%)
Item 12	21 (28,4%)	33 (44,6%)	2 (2,7%)	18 (24,3%)	90 (29,8%)	118 (39,1%)	9 (3%)	85 (28,1%)
Item 13	0 (0%)	2 (2,7%)	47 (63,5%)	25 (33,8%)	3 (1,1%)	27 (9,6%)	171 (60,9%)	80 (28,5%)
Item 14	3 (4,1%)	39 (52,7%)	14 (18,9%)	18 (24,3%)	22 (7,8%)	102 (36,2%)	96 (34%)	62 (22%)
Item 18	25 (34,2%)	26 (35,6%)	19 (26%)	3 (4,1%)	80 (29,3%)	134 (49,1%)	45 (16,5%)	14 (5,1%)
Item 20	14 (19,2%)	9 (12,3%)	34 (46,6%)	16 (21,9%)	48 (17,4%)	30 (10,9%)	119 (43,1%)	79 (28,6%)
Item 23	8 (10,8%)	2 (2,7%)	17 (23%)	47 (63,5%)	7 (2,5%)	5 (1,8%)	79 (28,2%)	189 (67,5%)
Item 24	2 (2,7%)	0 (0%)	33 (44,6%)	39 (52,7%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	134 (48%)	143 (51,3%)
Item 25	0 (0%)	17 (16,5%)	13 (12,6%)	73 (70,9%)	3 (1,1%)	42 (14,9%)	46 (16,4%)	190 (67,6%)
Organisatorisch/ Patient	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam
Item 4	23 (31,1%)	25 (33,8%)	2 (2,7%)	24 (32,4%)	96 (33,8%)	97 (34,2%)	10 (3,5%)	81 (28,5%)
Item 5	5 (6,8%)	0 (0%)	68 (91,9%)	1 (1,4%)	12 (4,2%)	4 (1,4%)	267 (94%)	1 (0,4%)
Item 9	5 (6,8%)	40 (54,1%)	23 (31,1%)	6 (8,1%)	3 (1,1%)	160 (56,1%)	119 (41,8%)	3 (1,1%)
Item 15	56 (76,7%)	14 (19,2%)	3 (4,1%)	0 (0%)	224 (79,2%)	41 (14,5%)	18 (6,4%)	0 (0%)
Item 17	0 (0%)	26 (35,1%)	19 (25,7%)	29 (39,2%)	1 (0,4%)	75 (26,8%)	99 (35,4%)	105 (37,5%)
Item 21	18 (24,3%)	11 (14,9%)	44 (59,5%)	1 (1,4%)	51 (18,3%)	60 (21,6%)	167 (60,1%)	0 (0%)
Item 22	41 (55,4%)	20 (27%)	2 (2,7%)	11 (14,9%)	138 (49,6%)	94 (33,8%)	13 (4,7%)	33 (11,9%)
Item 26	2 (2,8%)	30 (41,7%)	5 (6,9%)	35 (48,6%)	7 (2,5%)	129 (45,7%)	10 (3,5%)	136 (48,2%)
Item 27	0 (0%)	14 (19,4%)	34 (47,2%)	24 (33,3%)	5 (1,6%)	77 (25,2%)	142 (46,4%)	82 (26,8%)
Organisatorisch/ Sonstiges	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam
Item 6	2 (2,7%)	14 (18,9%)	26 (35,1%)	32 (43,2%)	32 (11,4%)	55 (19,6%)	95 (33,8%)	99 (35,2%)
Item 16	0 (0%)	12 (16,2%)	31 (41,9%)	31 (41,9%)	2 (0,7%)	41 (14,5%)	155 (55%)	84 (29,8%)
Item 19	8 (10,8%)	3 (4,1%)	16 (21,6%)	47 (63,5%)	37 (10,7%)	13 (3,8%)	78 (22,5%)	218 (63%)
					Geschlechtsunterschiede			
					χ^2 (df=3) = 2,642; p = .450			
					χ^2 (df=2) = 5,611; p = .060			
					χ^2 (df=2) = 0,577; p = .749			
					χ^2 (df=3) = 2,364; p = .500			
					χ^2 (df=3) = 8,605; p = .035			
					χ^2 (df=3) = 15,851; p = .001			
					χ^2 (df=3) = 5,605; p = .133			
					χ^2 (df=3) = 0,359; p = .949			
					χ^2 (df=3) = 4,836; p = .184			
					χ^2 (df=3) = 9,699; p = .021			
					χ^2 (df=3) = 5,681; p = .128			
					χ^2 (df=3) = 1,325; p = .723			
					χ^2 (df=3) = 10,522; p = .015			
					χ^2 (df=3) = 4,217; p = .239			
					χ^2 (df=3) = 3,938; p = .268			
					Geschlechtsunterschiede			
					χ^2 (df=3) = 1,557; p = .906			
					χ^2 (df=3) = 2,912; p = .405			
					χ^2 (df=3) = 21,980; p ≤ .001			
					χ^2 (df=3) = 1,269; p = .504			
					χ^2 (df=3) = 3,384; p = .336			
					χ^2 (df=3) = 6,134; p = .105			
					χ^2 (df=3) = 2,166; p = .539			
					χ^2 (df=3) = 1,797; p = .616			
					χ^2 (df=3) = 6,804; p = .078			
					Geschlechtsunterschiede			
					χ^2 (df=3) = 5,675; p = .129			
					χ^2 (df=3) = 5,212; p = .157			
					χ^2 (df=3) = 0,367; p = .947			

Hypothese 1b: Weibliche Ärzte schätzen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eher gehorsamer ein als ihre männlichen Kollegen.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben des Gehorsamkeits-Gesamtscore über das Geschlecht berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen Männern ($M_w=0,98$) und Frauen ($M_w=0,92$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=0.63$; $p=.53$). Männer und Frauen des ärztlichen Dienstes schätzen somit insgesamt Pflegepersonen als gleich gehorsam ein.

Zur weiteren Überprüfung wurde ein χ^2 –Test der Variable Geschlecht auf die einzelnen Items des Gehorsamkeitsfragebogens von Antes (2008) berechnet. Bei der Überprüfung auf Item-Ebene konnte kein signifikanter Unterschied innerhalb des Geschlechts gefunden werden.

Interpretation:

Dies kann durch die geringe Stichprobengröße erklärt werden, aber auch durch den Fakt, dass das ärztliche Personal ein geeichtes, rollenstereotypes Bild vom Pflegepersonal hat und dieses aufgrund der gleichen Ausbildung unabhängig vom Geschlecht besteht.

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Gehorsamkeitsalternativen über das Geschlecht bei ÄrztInnen

Profession/ Patient	Männlich				Weiblich				Geschlechtsunterschiede
	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	
Item 1	4 (20%)	5 (25%)	10 (50%)	1 (5%)	4 (18,2%)	5 (22,7%)	10 (45,5%)	3 (13,6%)	χ^2 (df=3) = 0,907; p = .824
Item 2	2 (10%)	6 (30%)	9 (45%)	3 (15%)	0 (0%)	6 (27,3%)	13 (59,1%)	3 (13,6%)	χ^2 (df=3) = 2,638; p = .451
Item 3	14 (70%)	6 (30%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	χ^2 (df=1) = 0,053; p = .819
Item 7	4 (20%)	5 (25%)	8 (40%)	3 (15%)	2 (10%)	5 (25%)	13 (65%)	0 (0%)	χ^2 (df=3) = 4,857; p = .183
Item 8	4 (20%)	2 (10%)	3 (15%)	11 (55%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	11 (52,4%)	χ^2 (df=3) = 1,577; p = .665
Item 10	2 (11,1%)	6 (33,3%)	6 (33,3%)	4 (22,2%)	0 (0%)	7 (35%)	10 (50%)	3 (15%)	χ^2 (df=3) = 3,123; p = .373
Item 11	4 (21,1%)	1 (5,3%)	10 (52,6%)	4 (21,1%)	4 (20%)	1 (5%)	13 (65%)	2 (10%)	χ^2 (df=3) = 1,033; p = .793
Item 12	7 (36,8%)	8 (42,1%)	0 (0%)	4 (21,1%)	10 (50%)	6 (30%)	1 (5%)	3 (15%)	χ^2 (df=3) = 1,934; p = .586
Item 13	2 (10,5%)	4 (21,1%)	12 (63,2%)	1 (5,3%)	0 (0%)	6 (30%)	12 (60%)	2 (10%)	χ^2 (df=3) = 2,709; p = .439
Item 14	3 (15,8%)	7 (36,8%)	6 (31,6%)	3 (15,8%)	9 (45%)	6 (30%)	3 (15%)	2 (10%)	χ^2 (df=3) = 4,254; p = .235
Item 18	13 (68,4%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)	0 (0%)	9 (50%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	χ^2 (df=3) = 4,046; p = .257
Item 20	5 (26,3%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	6 (31,6%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	6 (33,3%)	5 (27,8%)	χ^2 (df=3) = 2,351; p = .503
Item 23	1 (5,9%)	1 (5,9%)	10 (58,8%)	5 (29,4%)	1 (5,6%)	0 (0%)	9 (50%)	8 (44,4%)	χ^2 (df=3) = 1,718; p = .633
Item 24	2 (11,8%)	0 (0%)	10 (58,8%)	5 (29,4%)	1 (5,6%)	0 (0%)	12 (66,7%)	5 (27,8%)	χ^2 (df=2) = 0,487; p = .784
Item 25	2 (11,8%)	3 (17,6%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)	9 (52,9%)	4 (23,5%)	χ^2 (df=3) = 0,694; p = .875
Organisatorisch/ Patient	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Geschlechtsunterschiede
Item 4	10 (50%)	3 (15%)	0 (0%)	7 (35%)	8 (38,1%)	5 (23,8%)	0 (0%)	8 (38,1%)	χ^2 (df=2) = 0,765; p = .682
Item 5	3 (15%)	0 (0%)	17 (85%)	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	17 (81%)	1 (4,8%)	χ^2 (df=3) = 2,177; p = .537
Item 9	4 (20%)	4 (20%)	8 (40%)	4 (20%)	1 (5%)	9 (45%)	6 (30%)	4 (20%)	χ^2 (df=3) = 4,009; p = .261
Item 15	12 (63,2%)	6 (31,6%)	0 (0%)	1 (5,3%)	13 (65%)	6 (30%)	0 (0%)	1 (5%)	χ^2 (df=2) = 0,014; p = .993
Item 17	0 (0%)	2 (10,5%)	12 (63,2%)	5 (26,3%)	1 (5,6%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	3 (16,7%)	χ^2 (df=3) = 1,474; p = .688
Item 21	6 (33,3%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)	0 (0%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	χ^2 (df=3) = 5,104; p = .164
Item 22	12 (70,6%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	14 (73,7%)	2 (10,5%)	0 (0%)	3 (15,8%)	χ^2 (df=3) = 2,461; p = .482
Item 26	5 (29,4%)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	6 (35,3%)	4 (22,2%)	10 (55,6%)	1 (5,6%)	3 (16,7%)	χ^2 (df=3) = 2,751; p = .432
Item 27	0 (0%)	0 (0%)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	20 (58,8%)	12 (35,3%)	χ^2 (df=3) = 2,200; p = .532
Organisatorisch/ Sonstiges	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Geschlechtsunterschiede
Item 6	1 (5%)	2 (10%)	11 (55%)	6 (30%)	4 (20%)	4 (20%)	9 (45%)	3 (15%)	χ^2 (df=3) = 3,667; p = .300
Item 16	2 (10,5%)	1 (5,3%)	9 (47,4%)	7 (36,8%)	0 (0%)	2 (10%)	9 (45%)	9 (45%)	χ^2 (df=3) = 2,559; p = .465
Item 19	3 (16,7%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	4 (22,2%)	9 (50%)	χ^2 (df=3) = 2,193; p = .533

Hypothese 2a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und der Berufserfahrung.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine bivariate Korrelation nach Pearson zwischen den 3 Situationskategorien der Gehorsamkeitsalternativen und den Berufsjahren der Pflegeperson. Die Berufsjahre gliedern sich in die Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung, die Berufsjahre über die komplette Lebensspanne und die Berufsjahre auf der aktuellen Station. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 13 bezüglich der unterschiedlichen Situationskategorien dargestellt.

Tabelle 12: Korrelation des Gehorsamkeits-Gesamtscores und den Berufsjahrkategorien

		Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung	Berufsjahre über komplette Lebensspanne	Berufsjahre auf aktueller Station
Gehorsam-Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-,230**	-,244**	-,132*
	Signifikanz (2-seitig)	≤ .001	≤ .001	.013
	N	356	359	356

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Es zeigen sich zahlreiche signifikante Ergebnisse. In der Kategorie Profession/Patient und der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ können negative Zusammenhänge hinsichtlich aller Berufsjahrkategorien gefunden werden. Es zeigen sich negative Zusammenhänge bei den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=-.145$; $p=.006$), den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=-.177$; $p=.001$) und den Berufsjahren auf der aktuellen Station ($r=-.104$; $p=.049$). Auch in der Kategorie Organisatorisch/Patient und der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ zeigen sich über alle Berufskategorien negative Zusammenhänge, bei den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=-.180$; $p=.001$), den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=-.178$; $p=.001$) und den Berufsjahren auf der aktuellen Station ($r=-.124$; $p=.018$). Weitere negative Zusammenhänge können in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges und der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam gegenüber dem System“ in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=-.137$; $p=.009$), den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=-.153$; $p=.004$) beobachtet werden. Positive Zusammenhänge können hingegen in der Kategorie Organisatorisch/Patient und der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam gegenüber dem System“ in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=.166$; $p=.002$), den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=.134$; $p=.011$) gefunden werden. Weitere positive Zusammenhänge lassen sich in der Kategorie

Profession/Patient und der Antwortkategorie „Ungehorsam“ in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=.128$; $p=.015$), den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=.141$; $p=.007$) finden. Auch in der Kategorie Organisatorisch/Patient und der Antwortkategorie „Ungehorsam“ zeigen sich positive Zusammenhänge in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=.10$; $p=.059$; tendenziell signifikant) und den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=.132$; $p=.012$). In der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges und der Antwortkategorie „Ungehorsam“ zeigen sich ebenso positive Zusammenhänge in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=.157$; $p=.003$) und den Berufsjahren über die komplette Lebensspanne ($r=.173$; $p=.001$). Ein tendenziell signifikantes Ergebnis mit negativen Zusammenhang zeigt sich in der Kategorie Profession/Patient und der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ in den Berufsjahren seit Abschluss der Ausbildung ($r=-.094$; $p=.076$).

Interpretation:

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass es bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den Bereichen in denen sie direkt oder indirekt mit den Patienten zu tun haben über alle Berufskategorien immer seltener „prinzipiellen Gehorsam“ zeigen je größer die Berufserfahrung ist. Schon Krackow et al. (1995) zeigten eine leichte Tendenz zwischen Berufserfahrung und Gehorsamkeit in ihrer Fragebogenstudie auf. Personen mit mehr Berufserfahrung beschrieben sich selbst als weniger gehorsam im Vergleich zu Personen mit weniger Berufserfahrung. Dies wurde durch den Expertisengewinn über die Berufsjahre erklärt, welcher die Pflegepersonen immer selbstbewusster und selbstsicherer werden lässt.

Im Umkehrschluss zeigt sich über die steigenden Berufsjahre öfter eine Anordnungsverweigerung. Jedoch kann das nur innerhalb der Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung und der Berufsjahre über die komplette Lebensspanne gezeigt werden. Das Ausbleiben dieses Effekts in den Berufsjahren auf der aktuellen Station kann dadurch erklärt werden, dass die teilnehmenden Personen womöglich noch nicht allzu lange auf der aktuellen Station beschäftigt sind.

Tabelle 13: Korrelation des Gehorsamkeitsalternativen und den Berufsjahrkategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien		Pflegepersonal		
		Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung	Berufsjahre über komplette Lebensspanne	Berufsjahre auf aktueller Station
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,145** 0,006 360	-,177** 0,001 363	-,104* 0,049 360
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,094 0,076 360	-0,084 0,109 363	-0,072 0,175 360
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,052 0,321 360	0,063 0,229 363	0,034 0,526 360
Profession/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,128* 0,015 360	,141** 0,007 363	0,026 0,628 360
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,180** 0,001 360	-,178** 0,001 363	-,124* 0,018 360
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,051 0,337 360	-0,039 0,46 363	-0,001 0,983 360
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,166** 0,002 360	,134* 0,011 363	0,055 0,297 360
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,1 0,059 360	,132* 0,012 363	0,007 0,9 360
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,021 0,693 360	-0,044 0,407 363	-0,043 0,417 360
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,046 0,38 360	-0,02 0,705 363	-0,039 0,456 360
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,137** 0,009 360	-,153** 0,004 363	-0,068 0,196 360
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,157** 0,003 360	,173** 0,001 363	0,06 0,257 360

Hypothese 2b: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal und der Berufserfahrung.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine bivariate Korrelation nach Pearson zwischen den 3 Situationskategorien der Gehorsamkeitsalternativen und den Berufsjahren des Arztes/der Ärztin. Die Berufsjahre gliedern sich in die Berufsjahre seit Abschluss des Studiums, die Berufsjahre über die komplette Lebensspanne und die Berufsjahre auf der aktuellen Station. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 15 bezüglich der unterschiedlichen Situationskategorien dargestellt.

Tabelle 14: Korrelation des Gehorsamkeits-Gesamtscores und den Berufsjahrkategorien

		Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung	Berufsjahre über komplette Lebensspanne	Berufsjahre auf aktueller Station
Gehorsam-Gesamtscore	Korrelation nach Pearson	-0,117	-0,086	-0,182
	Signifikanz (2-seitig)	0,462	0,599	0,275
	N	42	40	38

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

In Tabelle 15 zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang und einige weitere tendenziell signifikante Zusammenhänge. In der Kategorie Organisatorisch/Patient und der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang in den Berufsjahren auf der aktuellen Station ($r=-.316$; $p=.037$). In der Kategorie Profession/Patient können 2 tendenziell signifikante Zusammenhänge in der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ ($r=-.265$; $p=.069$) und der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($r=.264$; $p=.007$) über die Berufsjahre seit Abschluss des Studiums. In der Kategorie Organisatorisch/Patient können weitere tendenziell signifikante Zusammenhänge beobachtet werden. In der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($r=.249$; $p=.088$), der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($r=.272$; $p=.061$) über die Berufsjahre seit Abschluss des Studiums und der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($r=.286$; $p=.054$) über die Berufsjahre der kompletten Lebensspanne. In der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges kann ein tendenziell signifikanter Zusammenhang in der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($r=.268$; $p=.071$) über die Berufsjahre der kompletten Lebensspanne.

Tabelle 15: Korrelation des Gehorsamkeitsalternativen und den Berufsjahrkategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien		Ärztliches Personal		
		Berufsjahre seit Abschluss des Studiums	Berufsjahre über komplette Lebensspanne	Berufsjahre auf aktueller Station
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,265 0,069 48	-0,129 0,391 46	-0,184 0,231 44
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,066 0,654 48	-0,135 0,37 46	-0,143 0,355 44
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,264 0,07 48	0,195 0,194 46	0,056 0,717 44
Profession/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,194 0,186 48	0,245 0,1 46	0,147 0,34 44
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,208 0,156 48	-0,182 0,227 46	-0,316* 0,037 44
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,249 0,088 48	0,049 0,748 46	0,13 0,401 44
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,272 0,061 48	0,286 0,054 46	0,054 0,728 44
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,005 0,971 48	0,091 0,546 46	0,058 0,71 44
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,062 0,677 48	-0,071 0,641 46	-0,104 0,504 44
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,139 0,346 48	0,071 0,639 46	0,131 0,397 44
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,003 0,982 48	0,268 0,071 46	0,126 0,415 44
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	0,122 0,41 48	-0,11 0,467 46	-0,154 0,317 44

Interpretation:

Ärzte schätzen mit steigender Berufserfahrung auf der aktuellen Station, Pflegepersonen als seltener „prinzipiell gehorsam“ ein. Das kann damit zusammenhängen, dass sich die Einstellung der ÄrztInnen hinsichtlich der Fremdeinschätzung von Pflegepersonen dahingehend ändert, dass über die Jahre eine realistischere Sichtweise bezüglich des Verhaltens einer Pflegeperson gewonnen wird und die Einschätzung nicht mehr aufgrund rollenstereotyper Vorurteile gefällt wird.

Hypothese 3: Es gibt einen Unterschied in der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zwischen allgemeinen und psychiatrischen Diplom.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine einfaktorielle Anova zwischen den 3 Situationskategorien der Gehorsamkeitsalternativen und der Diplomart der Pflegeperson berechnet.

Interpretation:

Hier können zwei signifikante Ergebnisse beobachtet werden. In der Antwortkategorie Ungehorsam der Kategorie Profession/Patient kommt es zu einem signifikanten Unterschied ($F=2,86$; $p=0,023$) zwischen den Diplomarten. In der Antwortkategorie Ungehorsam der Kategorie Organisatorisch/Patient kommt es zu einem signifikanten Unterschied ($F=5,37$; $p=>0,001$).

Die Ergebnisse sind in den folgenden Tabellen (Tab.16/17/18) einsehbar.

Tabelle 16: Unterschied der Diplomarten über die Situationskategorie „Profession/Patient“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Diplomart	N	Mw	SD	F	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Allgemein	286	1,87	1,334	1,891	0,112
	Psychiatrisch	47	1,62	1,36		
	Kinder&Jugend	13	1,15	1,281		
	Bachelor der Krankenpflege	4	3	2,16		
	Sonstiges	13	1,92	1,977		
	Gesamt	363	1,83	1,378		
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Allgemein	286	3,41	1,637	0,889	0,471
	Psychiatrisch	47	3,38	1,636		
	Kinder&Jugend	13	4,08	1,656		
	Bachelor der Krankenpflege	4	3	1,414		
	Sonstiges	13	2,92	1,801		
	Gesamt	363	3,41	1,64		
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam (System)	Allgemein	286	5,38	1,895	0,875	0,479
	Psychiatrisch	47	5,02	1,836		
	Kinder&Jugend	13	5,54	2,106		
	Bachelor der Krankenpflege	4	4,5	1,291		
	Sonstiges	13	4,77	1,787		
	Gesamt	363	5,31	1,886		
Profession/Patient Ungehorsam	Allgemein	286	3,94	1,909	2,861	0,023
	Psychiatrisch	47	4,96	1,876		
	Kinder&Jugend	13	4	2,483		
	Bachelor der Krankenpflege	4	4,25	2,5		
	Sonstiges	13	3,92	1,754		
	Gesamt	363	4,07	1,948		

Tabelle 17: Unterschied der Diplomarten über die Situationskategorie „Organisatorisch/Patient“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Diplomart	N	Mw	SD	F	Sig.
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Allgemein	286	1,94	1,194	1,152	0,332
	Psychiatrisch	47	1,66	0,891		
	Kinder & Jugend	13	1,46	0,967		
	Bachelor der Krankenpflege	4	2,25	1,708		
	Sonstiges	13	1,85	1,144		
	Gesamt	363	1,89	1,157		
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Allgemein	286	2,54	1,435	0,638	0,636
	Psychiatrisch	47	2,57	1,485		
	Kinder & Jugend	13	2,69	1,109		
	Bachelor der Krankenpflege	4	2	1,414		
	Sonstiges	13	2	1,354		
	Gesamt	363	2,52	1,426		
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam (System)	Allgemein	286	2,91	1,188	0,939	0,441
	Psychiatrisch	47	2,62	0,922		
	Kinder & Jugend	13	2,85	1,068		
	Bachelor der Krankenpflege	4	3,5	1,291		
	Sonstiges	13	2,85	1,068		
	Gesamt	363	2,87	1,15		
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Allgemein	286	1,38	1,022	5,367	≤0,001
	Psychiatrisch	47	2,13	1,227		
	Kinder & Jugend	13	1,77	1,235		
	Bachelor der Krankenpflege	4	1,25	1,258		
	Sonstiges	13	1,62	0,65		
	Gesamt	363	1,5	1,076		

Tabelle 18: Unterschied der Diplomarten über die Situationskategorie „Organisatorisch/Sonstiges“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Diplomart	N	Mw	SD	F	Sig.
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Allgemein	286	0,22	0,507	1,539	0,19
	Psychiatrisch	47	0,19	0,449		
	Kinder & Jugend	13	0,08	0,277		
	Bachelor der Krankenpflege	4	0,75	0,957		
	Sonstiges	13	0,31	0,48		
	Gesamt	363	0,22	0,5		
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Allgemein	286	0,37	0,544	0,621	0,648
	Psychiatrisch	47	0,43	0,617		
	Kinder & Jugend	13	0,38	0,506		
	Bachelor der Krankenpflege	4	0	0		
	Sonstiges	13	0,31	0,48		
	Gesamt	363	0,37	0,548		
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam (System)	Allgemein	286	1,12	0,856	1,89	0,112
	Psychiatrisch	47	0,87	0,824		
	Kinder & Jugend	13	0,77	0,599		
	Bachelor der Krankenpflege	4	0,75	0,5		
	Sonstiges	13	0,77	0,832		
	Gesamt	363	1,06	0,845		
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Allgemein	286	1,22	0,884	1,652	0,161
	Psychiatrisch	47	1,51	0,953		
	Kinder & Jugend	13	1,62	0,768		
	Bachelor der Krankenpflege	4	1,5	1,291		
	Sonstiges	13	1,31	0,947		
	Gesamt	363	1,28	0,899		

Um eine Aussage über den Unterschied innerhalb der Diplomarten machen zu können wurde ein Post-Hoc-Test durchgeführt der in beiden Fällen einen signifikanten Unterschied zwischen dem Allgemeinen Diplom und dem Psychiatrischen Diplom gezeigt hat (Tabelle 19).

Tabelle 19: Post-hoc Test über die Diplomarten

Abhängige Variable	Diplomart	Diplomart	mittl.Diff.	SE	Sig.
Profession/Patient Ungehorsam	Allgemein	Psychiatrisch	-1,020*	0,303	.008
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Allgemein	Psychiatrisch	-,743*	0,165	≤ .001

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Die Diagramme 1 und das Diagramm 2 dienen zur Verdeutlichung dieses signifikanten Unterschieds.

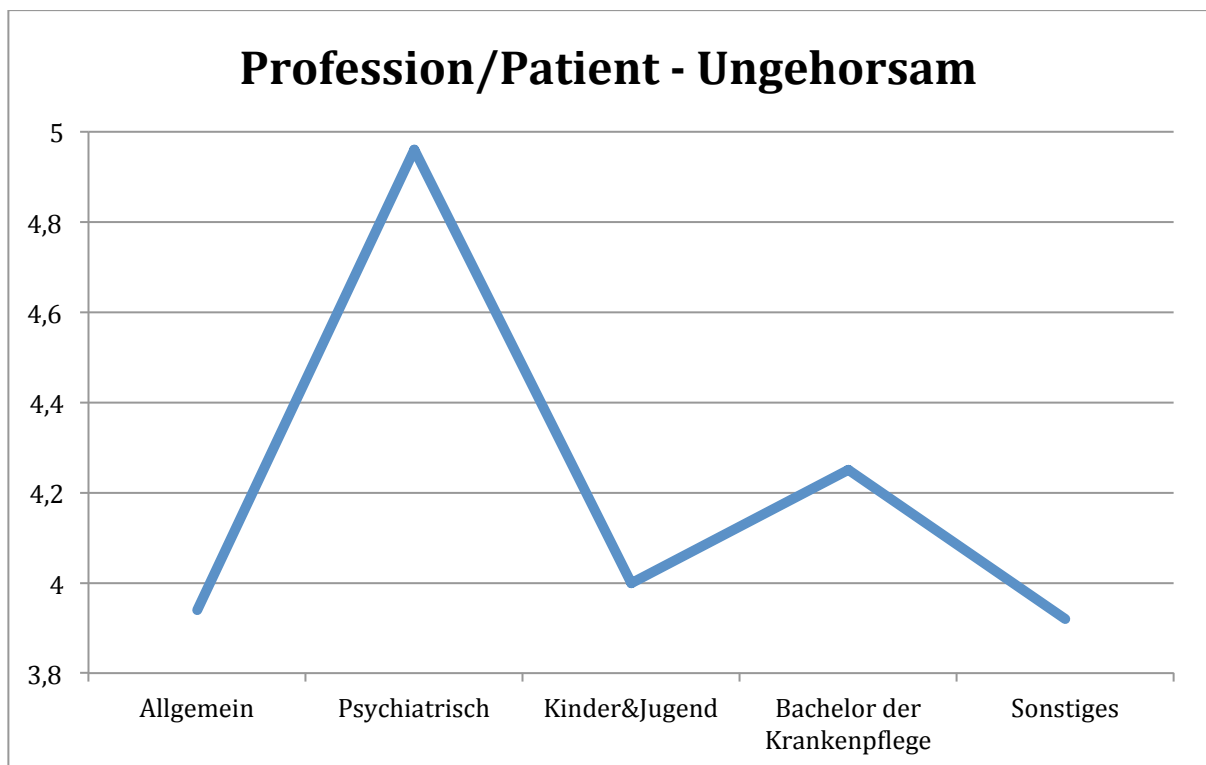


Diagramm 1: Antwortkategorie „Ungehorsam“ der Kategorie Profession/Patient über alle Diplomarten

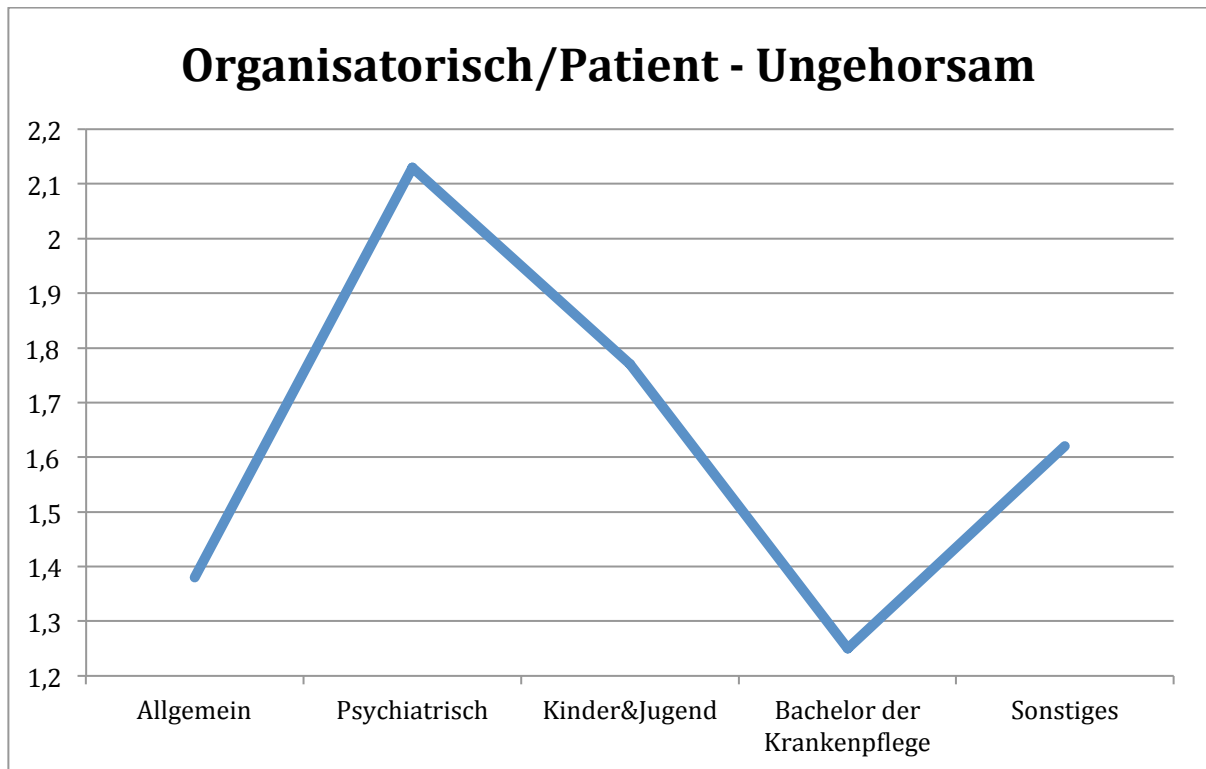


Diagramm 2: Antwortkategorie „Ungehorsam“ der Kategorie Organisatorisch/Patient über alle Diplomarten

Zur zusätzlich Bestätigung der Signifikanz wurde ein t-Test der zwei signifikanten Diplomarten über den Gehorsamkeits-Gesamtscore berechnet.

Ergebnis:

Es besteht ein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen Personen mit Allgemeinen Diplom ($M_w=0,89$) und Personen mit Psychiatrischen Diplom ($M_w=0,81$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=327)=3.38$; $p=.001$).

Interpretation:

Diese Unterschiede können auf die unterschiedlichen Ausbildungsgänge und deren Schwerpunktsetzung zurückgeführt werden. Das allgemeine Pflegediplom befähigt die Pflegeperson in mehreren Abteilungen ihren Dienst zu tun, wobei hingegen beim psychiatrischen Diplom sich das Arbeitsfeld auf Stationen beschränkt in dem psychiatrische Pflege von Nöten ist.

Bei folgenden Items wurde ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom gefunden. Dabei handelt es sich um die selben Items welche schon bei Hypothese 1a näher beschrieben wurden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 20 genauer dargestellt.

Item 8:

Sie arbeiten auf einer geriatrischen Station. Hr. Klinger liegt im Sterben. Er hat eine PEG-Sonde und soll laut Patientendokumentation 3x tgl. Sondenernährung verabreicht bekommen. Was machen Sie?

- a) Ich verabreiche die Nahrung laut ärztlicher Anordnung.
- b) Wenn der Patient die Nahrung verträgt, werde ich sie weiterhin verabreichen.
- c) Das Betreuungskonzept für Hr. Klinger mit Kollegen besprechen und jegliche Pflegemaßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Befindlichkeit des Patienten überprüfen.
- d) Ich werde dies im Team im Beisein der Ärzte besprechen und diese Anordnung hinterfragen.

Bei dieser Situation zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 7,877; p = .049). 12,8 Prozent der Personen mit psychiatrischem Diplom geben an in Situation 8 prinzipiellen Gehorsam zu zeigen, hingegen nur 4,6 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom. In der Antwortkategorie „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ zeigt sich über die Geschlechter die gleiche Verteilung mit 8,5 Prozent. 18,4 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 25,5 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 68,4 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 53,2 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Item 9: Sie arbeiten auf einer Pulmologie und zu Ihren Aufgaben gehört es, Patienten kurz vor ihrer Entlassung auf ein mobiles Inhalationsgerät für den Gebrauch zu Hause einzuschulen. Der Stationsarzt/die Stationsärztin beauftragt Sie Hr. Meier, einen 80jährigen dementen Patienten auf dieses Gerät einzuschulen. Was machen Sie?

- a) Ich werde versuchen, dem Patienten das Gerät so einfach wie möglich zu erklären.
- b) Ich versuche es und beziehe auf alle Fälle Angehörige bei der Einschulung mit ein.
- c) Ich teile dem Arzt meine Zweifel über die Sinnhaftigkeit der Einschulung mit und schule Angehörige auf das Gerät ein.
- d) Ich erkläre dem Arzt, dass eine solche Schulung nicht erfolgreich wäre.

In Situation 9 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 17,298; p = .001). 2,5 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 2,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom geben an prinzipiellen Gehorsam zu zeigen. Weiters zeigen 54,3 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 57,4 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“. 41,5 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 34 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 1,8 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom

und 6,4 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Item 10: Sie arbeiten auf einer Station für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pulmologie. In Ihrer Gruppe ist ein 70-jähriger Patient nach einer Infektion, der 10l Sauerstoff braucht. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet an, dieser Patient soll noch heute mobilisiert werden. Was tun Sie?

- a) Ich werde ihn so weit wie möglich mobilisieren.
- b) Ich werde den Patienten mobilisieren, so gut es mit seiner körperlichen Verfassung möglich ist.
- c) Ich versuche zu mobilisieren, werde aber bei der kleinsten Reaktion des Patienten auf Unwohlsein unterbrechen und dem Arzt Bericht erstatten.
- d) Ich erkläre dem Arzt den Zustand des Patienten und werde ihn nicht mobilisieren.

In Situation 10 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 21,213; $p = \leq .001$). Hier geben 2,2 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und keine Person mit allgemeinen Diplom an prinzipiellen Gehorsam in dieser Situation zu zeigen. 35,5 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 31,9 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom zeigen „abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber“. Weiters geben 55,9 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 57,4 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich in dieser Situation 6,5 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 10,6 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Item 14: Sie waren gerade drei Wochen auf Urlaub und heute ist Ihr erster Dienst. In der Patientendokumentation von Hrn. Berger (ein neuer Patient, den Sie nicht kennen) lesen Sie, dass dieser am Nachmittag eine Infusion mit hoher Medikamentendosierung erhalten soll. Er ist in Ihrer Gruppe und Sie sollen die Infusion anhängen. Eine Venenverweilkanüle (Injektionskanüle)ix hat er bereits. Was tun Sie?

- a) Wenn die Anordnung vom Arzt unterzeichnet ist, führe ich sie durch.
- b) Ich informiere mich, warum der Patient die Infusion erhält. Wenn es auf dieser Station üblich ist, dass Pflegepersonal Infusionen anhängt, werde ich das auch tun.
- c) Ich frage nach, ob diese Anordnung wichtig ist. Erst nach Absicherung durch den Arzt verabreiche ich das Medikament.
- d) Ich richte die Infusion laut Anordnung her und verständige den Beidienstarzt zum Anhängen.

In Situation 14 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 7,990; $p = .046$). Prinzipiellen Gehorsam zeigen in dieser Situation 7,5 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 8,5 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom. 40,1 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 40,4 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom geben an „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ zu zeigen. 31,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen, hingegen zeigen nur 23,4 Pro-

zent der Personen mit psychiatrischen Diplom dieses Verhalten. Ungehorsam zeigen sich 21,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 27,7 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Item 23: Die Patientin Frau Berger leidet an einem nicht heilen wollenden Ulcus cruris am rechten Bein. Sie erhält seit drei Wochen eine Lokalthherapie, die keinerlei Veränderung bewirkt und von der Sie denken, dass sie für Frau Berger falsch ist. Sie haben heute Dienst und Frau Berger ist in ihrer Gruppe. Der Stationsarzt/die Stationsärztin will die angeordnete Lokalthherapie nicht verändern. Was tun Sie?

- a) Ich dokumentiere das Geschehen im Pflegebericht, informiere den Arzt und wende die Therapie unverändert weiter an.
- b) Ich frage Fr. Berger, ob sie Schmerzen verspürt und was sie von der Therapie hält. Wenn sie zufrieden ist und keine Schmerzen hat, dann führe ich die Therapie weiter aus wie bisher.
- c) Ich spreche die nicht erfolgreiche Therapie bei der Visite an. Wenn der Stationsarzt die Therapie fortsetzen will, so werde ich sie weiterhin anwenden.
- d) Ich werde mit dem Stationsarzt reden und einen dermatologischen Konsiliardienst vorschlagen.

In Situation 23 zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 8,663; $p = .034$). 4,7 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 2,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom geben an prinzipiellen Gehorsam zu zeigen. Weiters zeigen 1,4 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 2,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“. 28,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 21,3 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 65,8 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 74,5 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Bei folgenden Items wurde ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischem Diplom gefunden.

Item 2: Auf Ihrer Station liegt ein multimorbider Patient mit einer PEG-Sonde, die an Zusatzernährung angeschlossen ist, der über Schmerzen in den Beinen und im Rücken klagt. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet Ihnen an, diesen Patienten in einem Lehnstuhl zu mobilisieren. Was tun Sie?

- a) Ich werde ihn mobilisieren.
- b) Ich wäge die Für und Wider einer Mobilisation ab und bespreche das mit dem Patienten. Wenn wir uns gemeinsam dazu entschließen, dann werde ich ihn mobilisieren, zuerst Oberkörper-Hochlagerung und ev. Querbettsetzen versuchen.
- c) Ich konsultiere den Arzt und bitte um eine Schmerztherapie.
- d) Ich informiere den Arzt darüber, dass der Patient über Schmerzen klagt und ich ihn deshalb nicht mobilisieren werde.

In Situation 2 zeigt sich ein tendenzieller Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=2) = 5,104; $p = .078$). Hier zeigen keine Personen mit psychiatrischen Diplom und keine Personen mit allgemeinen Diplom prinzipiellen Gehorsam. Weiters

zeigen 45,7 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 48,9 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“. 35,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 14,9 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 19,1 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 36,2 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Item 18: Sie arbeiten auf einer psychiatrischen Aufnahmestation. Zur Aufnahme kommt ein unruhiger, uneinsichtiger, sehr angespannter Patient. Der Stationsarzt ordnet Ihnen an, noch 4 weitere Ampullen Valium herzurichten. Was machen Sie?

- a) Ich richte die Ampullen her.
- b) Ich richte sie her und suche mit dem Patienten eine Gesprächsbasis.
- c) Ich schlage dem Arzt vor, zwei Ampullen vorzubereiten.
- d) Da ich mit meinen Patienten sehr viel zu tun habe, sage ich dem Arzt, dass ich das Valium nicht herrichten kann.

In Situation 18 zeigt sich ein tendenzieller Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 6,677; $p = .083$). 29,9 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 29,8 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom geben an prinzipiellen Gehorsam zu zeigen. Weiters zeigen 45,8 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 57,4 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“. 19,2 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 12,8 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 5,2 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und keine Person mit psychiatrischen Diplom. Der Unterschied innerhalb der Ausprägung des Ungehorsams kann daran liegen, dass sich Personen mit psychiatrischen Diplom wegen ihrer Arbeitsschwerpunktes eher in eine solche Situation versetzen können und Personen mit allgemeinen Diplom aufgrund der mangelnden Erfahrung in dieser Situation eher dazu neigen Ungehorsam zu zeigen.

Item 27: Sie sind mit einer Kollegin alleine im Dienst, da ein weiterer Kollege und die Stationsleitung, die Dienst gehabt hätten, überraschend krank geworden ist. Alle Betten sind belegt und Sie kommen gerade dazu, die wichtigsten und notwendigsten Arbeiten zu erledigen. Von Ihrem Stationsarzt (zusammen mit der Physiotherapeutin) erhalten Sie den Auftrag, bei vier Patienten Bewegungstherapie auszuführen. Was tun Sie?

- a) Ich arbeite noch schneller und führe die Bewegungstherapie aus.
- b) Ich nehme mir für die Grundpflege etwas mehr Zeit und lasse die Bewegungstherapie in abgeschwächter Form hier mit einfließen.
- c) Ich bespreche mit dem Stationsarzt, dass das momentan nicht möglich ist, aber so bald wir mit der wichtigsten Arbeit fertig sind mache ich das.
- d) Ich lehne die Zusatzarbeit mit dem Hinweis auf die knappen Personalressourcen ab.

In Situation 27 zeigt sich ein tendenzieller Unterschied zwischen allgemeinen Diplom und psychiatrischen Diplom (χ^2 (df=3) = 6,450; p = .092). 1,8 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und keine Person mit allgemeinen Diplom geben an prinzipiellen Gehorsam zu zeigen. Weiters zeigen 26,2 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom und 28,3 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“. 50,5 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 32,6 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom geben an abgeschwächten Gehorsam gegenüber dem System zu zeigen. Ungehorsam zeigen sich 21,5 Prozent der Personen mit allgemeinen Diplom und 39,1 Prozent der Personen mit psychiatrischen Diplom.

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit allgemeinen Diplom und Personen mit psychiatrischen Diplom nahezu gleich oft prinzipiellen Gehorsam zeigen. Jedoch zeigen die Ergebnisse weiters, dass Personen mit psychiatrischen Diplom, eher ärztliche Anordnungen verweigern als Personen mit allgemeinen Diplom. Wenn es um das Kontaktieren von Kollegen geht zeigen Personen mit allgemeinen Pflegediplom einen tendenziell höhere Ausprägung als Personen mit psychiatrischen Pflegediplom.

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Gehorsamkeitsalternativen bei allgemeinem und psychiatrischem Diplom

Profession/ Patient	Allgemeines Diplom				Psychiatrisches Diplom				Geschlechtsunterschiede
	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	
Item 1	17 (6%)	63 (22,4%)	137 (48,8%)	64 (22,8%)	2 (4,3%)	4 (8,5%)	28 (59,6%)	13 (27,7%)	χ^2 (df=3) = 2,698; p = .441
Item 2	0	129 (45,7%)	99 (35,1%)	54 (19,1%)	0	23 (48,9%)	7 (14,9%)	17 (36,2%)	χ^2 (df=2) = 5,104; p = .078
Item 3	200 (71%)	71 (25,3%)	10 (3,6%)	0	35 (74,6%)	9 (19,1%)	3 (6,4%)	0	χ^2 (df=2) = 0,775; p = .679
Item 7	5 (1,8%)	78 (27,7%)	184 (65,2%)	14 (5,0%)	1 (2,2%)	15 (32,6%)	28 (60,9%)	2 (4,3%)	χ^2 (df=3) = 0,668; p = .881
Item 8	13 (4,6%)	24 (8,5%)	52 (18,4%)	193 (68,4%)	6 (12,8%)	4 (8,5%)	12 (25,5%)	25 (53,2%)	χ^2 (df=3) = 7,877; p = .049
Item 10	6 (2,2%)	99 (35,5%)	156 (55,9%)	18 (6,5%)	0	15 (31,9%)	27 (57,4%)	5 (10,6%)	χ^2 (df=3) = 21,213; p = <.001
Item 11	21 (7,6%)	50 (18%)	201 (72,6%)	5 (1,8%)	4 (8,5%)	8 (17,0%)	31 (66,0%)	4 (8,5%)	χ^2 (df=3) = 3,465; p = .325
Item 12	96 (34,4%)	124 (44,4%)	5 (1,8%)	54 (19,4%)	8 (17,0%)	17 (36,2%)	2 (4,3%)	20 (42,6%)	χ^2 (df=3) = 1,222; p = .748
Item 13	3 (1,1%)	18 (6,5%)	183 (65,8%)	74 (26,6%)	0	6 (12,8%)	18 (38,3%)	23 (48,9%)	χ^2 (df=3) = 5,836; p = .120
Item 14	21 (7,5%)	112 (40,1%)	87 (31,1%)	59 (21,1%)	4 (8,5%)	19 (40,4%)	11 (23,4%)	13 (27,7%)	χ^2 (df=3) = 7,990; p = .046
Item 18	81 (29,9%)	124 (45,8%)	52 (19,2%)	14 (5,2%)	14 (29,8%)	27 (57,4%)	6 (12,8%)	0	χ^2 (df=3) = 6,677; p = .083
Item 20	55 (20%)	33 (12%)	112 (40,9%)	74 (27,0%)	1 (2,1%)	3 (6,4%)	29 (61,7%)	14 (29,8%)	χ^2 (df=3) = 1,830; p = .608
Item 23	13 (4,7%)	4 (1,4%)	78 (28,1%)	183 (65,8%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)	10 (21,3%)	35 (74,5%)	χ^2 (df=3) = 8,663; p = .034
Item 24	3 (1,1%)	1 (0,4%)	132 (47,7%)	141 (50,9%)	0	0	18 (39,1%)	28 (60,9%)	χ^2 (df=3) = 3,993; p = .262
Item 25	2 (0,7%)	46 (16,7%)	51 (18,5%)	176 (64,0%)	0	8 (17,0%)	5 (10,6%)	34 (72,3%)	χ^2 (df=3) = 3,059; p = .383
Organisatorisch/ Patient	Allgemeines Diplom				Psychiatrisches Diplom				Geschlechtsunterschiede
	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	
Item 4	98 (35,4%)	91 (32,9%)	12 (4,3%)	76 (27,4%)	13 (27,7%)	18 (38,3%)	0	16 (34,0%)	χ^2 (df=3) = 1,400; p = .706
Item 5	15 (5,4%)	1 (0,4%)	263 (93,9%)	1 (0,4%)	0	3 (6,4%)	43 (91,5%)	1 (2,1%)	χ^2 (df=3) = 2,271; p = .518
Item 9	7 (2,5%)	153 (54,3%)	117 (41,5%)	5 (1,8%)	1 (2,1%)	27 (57,4%)	16 (34,0%)	3 (6,4%)	χ^2 (df=3) = 17,298; p = .001
Item 15	217 (77,8%)	45 (16,1%)	17 (6,1%)	0	40 (85,1%)	5 (10,6%)	2 (4,3%)	0	χ^2 (df=3) = 1,004; p = .605
Item 17	1 (0,36%)	89 (32,0%)	99 (35,6%)	89 (32,0%)	0	8 (17,0%)	8 (17,0%)	31 (66,0%)	χ^2 (df=3) = 5,032; p = .169
Item 21	59 (21,4%)	59 (21,4%)	157 (56,9%)	1 (0,4%)	5 (10,6%)	7 (14,9%)	35 (74,5%)	0	χ^2 (df=3) = 5,421; p = .143
Item 22	146 (52,9%)	89 (32,2%)	11 (4,0%)	30 (10,9%)	19 (40,4%)	19 (40,4%)	3 (6,38%)	6 (12,8%)	χ^2 (df=3) = 3,503; p = .320
Item 26	7 (2,5%)	126 (45,3%)	14 (5,0%)	131 (47,1%)	0	21 (44,7%)	1 (2,1%)	25 (53,2%)	χ^2 (df=3) = 2,396; p = .494
Item 27	5 (1,8%)	73 (26,2%)	141 (50,5%)	60 (21,5%)	0	13 (28,3%)	15 (32,6%)	18 (39,1%)	χ^2 (df=3) = 6,450; p = .092
Organisatorisch/ Sonstiges	Allgemeines Diplom				Psychiatrisches Diplom				Geschlechtsunterschiede
	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	Prinzipieller Gehorsam	Abgeschw. Gehorsam (Opfer)	Abgeschw. Gehorsam (System)	Ungehorsam	
Item 6	27 (9,7%)	53 (19,1%)	97 (34,9%)	101 (36,3%)	3 (6,4%)	9 (19,1%)	15 (31,9%)	20 (42,6%)	χ^2 (df=3) = 5,588; p = .133
Item 16	0	43 (15,4%)	152 (54,3%)	85 (30,6%)	1 (2,1%)	7 (14,9%)	21 (44,7%)	18 (38,3%)	χ^2 (df=3) = 4,891; p = .180
Item 19	36 (12,9%)	9 (3,2%)	72 (25,8%)	162 (58,1%)	5 (10,6%)	4 (8,5%)	5 (10,6%)	33 (70,2%)	χ^2 (df=3) = 0,252; p = .969

Hypothese 4: Es gibt einen Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von ärztlichen Personal und dem beruflichen Status.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine einfaktorielle Anova zwischen den 3 Situationskategorien der Gehorsamkeitsalternativen über den Status des ärztlichen Personals berechnet.

In Tabelle 22 kann ein signifikantes Ergebnis beobachtet werden. In der Antwortkategorie, „Abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“, der Kategorie Organisatorisch/Patient kommt es zu einem signifikanten Unterschied ($F=2,61$; $p=0,049$) zwischen den Anstellungsverhältnissen.

Tabelle 21 zeigt ein tendenziell signifikantes Ergebnis ($F=2,13$; $p=0,094$) in der Antwortkategorie, „Abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“, der Kategorie Profession/Patient.

Tabelle 21: Korrelation des ärztlichen beruflichen Status mit den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorie „Profession/Patient“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Status	N	Mw	SD	F	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Turnusarzt	8	5	3,295	2,054	0,104
	Assistenzarzt	20	2,45	2,089		
	Facharzt	9	2,11	1,364		
	Oberarzt	9	2,67	3,202		
	Primar	2	1,5	0,707		
	Gesamt	48	2,81	2,549		
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Turnusarzt	8	2,63	2,264	0,497	0,738
	Assistenzarzt	20	2,2	1,642		
	Facharzt	9	3	1,803		
	Oberarzt	9	2,44	1,59		
	Primar	2	3,5	0,707		
	Gesamt	48	2,52	1,726		
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam (System)	Turnusarzt	8	4,75	3,24	2,129	0,094
	Assistenzarzt	20	3,35	2,519		
	Facharzt	9	5,33	2,398		
	Oberarzt	9	4,56	3,283		
	Primar	2	8,5	0,707		
	Gesamt	48	4,4	2,886		
Profession/Patient Ungehorsam	Turnusarzt	8	2	1,512	0,336	0,852
	Assistenzarzt	20	2,2	2,546		
	Facharzt	9	2,33	1,581		
	Oberarzt	9	3	2,55		
	Primar	2	1,5	0,707		
	Gesamt	48	2,31	2,155		

Tabelle 22: Korrelation des ärztlichen beruflichen Status mit den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorie „Organisatorisch/Patient“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Status	N	Mw	SD	F	Sig.
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Turnusarzt	8	3,25	1,581	0,828	0,515
	Assistenzarzt	20	2,05	1,959		
	Facharzt	9	1,89	1,537		
	Oberarzt	9	2	1,803		
	Primar	2	2	1,414		
	Gesamt	48	2,21	1,774		
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Turnusarzt	8	1,5	0,926	0,46	0,765
	Assistenzarzt	20	1,1	1,518		
	Facharzt	9	1,56	1,333		
	Oberarzt	9	1,56	0,882		
	Primar	2	2	0		
	Gesamt	48	1,38	1,248		
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Turnusarzt	8	2	1,195	2,61	0,049
	Assistenzarzt	20	1,6	1,353		
	Facharzt	9	3,22	1,641		
	Oberarzt	9	2,56	2,068		
	Primar	2	4	0		
	Gesamt	48	2,25	1,631		
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Turnusarzt	8	1,63	1,408	0,515	0,725
	Assistenzarzt	20	1,2	1,361		
	Facharzt	9	0,78	0,667		
	Oberarzt	9	1,33	1,323		
	Primar	2	1	1,414		
	Gesamt	48	1,21	1,237		

Tabelle 23: Korrelation des ärztlichen beruflichen Status mit den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorie „Organisatorisch/Sonstiges“

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Status	N	Mw	SD	F	Sig.
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Turnusarzt	8	0,13	0,354	0,435	0,782
	Assistenzarzt	20	0,3	0,571		
	Facharzt	9	0,33	0,707		
	Oberarzt	9	0,44	0,726		
	Primar	2	0	0		
	Gesamt	48	0,29	0,582		
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Turnusarzt	8	0,38	0,518	0,744	0,567
	Assistenzarzt	20	0,25	0,444		
	Facharzt	9	0,11	0,333		
	Oberarzt	9	0,44	0,726		
	Primar	2	0	0		
	Gesamt	48	0,27	0,494		
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Turnusarzt	8	1	0,756	0,753	0,561
	Assistenzarzt	20	0,9	0,912		
	Facharzt	9	1	1		
	Oberarzt	9	0,89	0,601		
	Primar	2	2	1,414		
	Gesamt	48	0,98	0,863		
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Turnusarzt	8	1,25	0,886	0,898	0,474
	Assistenzarzt	20	0,6	0,883		
	Facharzt	9	1,11	1,269		
	Oberarzt	9	0,78	0,667		
	Primar	2	1	1,414		
	Gesamt	48	0,85	0,945		

Um eine Aussage über den Unterschied innerhalb der Stati machen zu können wurde ein Post-Hoc-Test durchgeführt der einen tendenziell signifikanten Unterschied zwischen dem Status Assistenzarzt und dem Status Facharzt gezeigt hat (vgl. Tab.24)

Tabelle 24: Post-hoc Test der Kategorie Organisatorisch/Patient

	Status 1	Status 2	mittl. Diff.	Standardfehler	Sig.
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam (System)	Assistenzarzt	Facharzt	-1,622	0,614	0,08

Zur zusätzlich Bestätigung der Signifikanz wurde ein t-Test der zwei signifikanten Stati über den Gehorsamkeits-Gesamtscore berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen AssistenzärztInnen (Mw=0,88) und FachärztInnen (Mw=0,95) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=22)=-0,51$; $p=.61$).

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen einen tendenziell signifikanten Unterschied in der Schätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zwischen den Stati „Assistenzarzt“ und „Facharzt“. Assistenzärzte schätzen hierbei den Gehorsam der Pflegepersonen niedriger ein als Fachärzte.

Dies kann aufgrund der Tatsache erklärt werden, dass Assistenzärzte hierarchisch noch nicht so gefestigt in der Krankenhausstruktur stehen wie Fachärzte. Es muss außerdem bedacht werden, dass Assistenzärzte in stärkerem Ausmaß im beruflichen Alltag mit Pflegepersonen interagieren und damit womöglich eine bessere Einschätzung des tatsächlichen Verhaltens dieser prognostizieren können.

Hypothese 5a: Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die hierarchische Systeme bevorzugen zeigen sich gehorsamer als Personen die hierarchieflache Systeme präferieren.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung (Sidanius & Pratto, 1999) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen Personen die hierarchieflache Systeme bevorzugen ($M_w=0,88$) und Personen die hierarchische Systeme bevorzugen ($M_w=0,87$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=352)=0,49$; $p=.62$).

In Tabelle 25 kann ein signifikanter Unterschied in der Kategorie Profession/Patient und der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($t(df=352)=2,40$; $p=.017$) beobachtet werden.

Tabelle 25: t-Tests des Summenscores der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Soziale Dominanzorientierung (Median=1,94)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	hierarchiefach	182	1,76	1,30			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	172	1,98	1,45	-1,46	352	0,146
Profession/Patient	hierarchiefach	182	3,41	1,49			
abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	dominanzorientiert	172	3,48	1,73	-0,44	352	0,658
Profession/Patient	hierarchiefach	182	5,6	1,80			
abgeschwächter Gehorsam (System)	dominanzorientiert	172	5,15	1,80	2,40	352	0,017
Profession/Patient	hierarchiefach	182	4,15	1,82			
Ungehorsam	dominanzorientiert	172	4,13	1,97	0,10	352	0,919
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	182	1,97	1,21			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	172	1,84	1,06	1,07	352	0,286
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	182	2,46	1,39			
abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	dominanzorientiert	172	2,67	1,44	-1,42	352	0,157
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	182	2,96	1,15			
abgeschwächter Gehorsam (System)	dominanzorientiert	172	2,87	1,05	0,76	352	0,446
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	182	1,55	1,02			
Ungehorsam	dominanzorientiert	172	1,51	1,13	0,33	352	0,741
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	182	0,27	0,54			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	172	0,19	0,47	1,55	352	0,122
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	182	0,35	0,53			
abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	dominanzorientiert	172	0,4	0,57	-0,85	352	0,399
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	182	1,08	0,83			
abgeschwächter Gehorsam (System)	dominanzorientiert	172	1,05	0,85	0,28	352	0,784
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	182	1,28	0,9			
Ungehorsam	dominanzorientiert	172	1,31	0,89	-0,36	352	0,723

Tabelle 26 zeigt einen signifikanten Unterschied in der Antwortalternative „Abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($t(df=352)=2,19$; $p=.029$) über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 26: t-Tests des Summenscores der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Soziale Dominanzorientierung (Median=1,94)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	hierarchiefach	182	4	2,334			
	dominanzorientiert	172	4	2,2	0	352	1
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hierarchiefach	182	6,21	2,372			
	dominanzorientiert	172	6,55	2,676	-1,259	352	0,209
Abgeschwächter Gehorsam(System)	hierarchiefach	182	9,64	2,413			
	dominanzorientiert	172	9,07	2,514	2,188	352	0,029
Ungehorsam	hierarchiefach	182	6,98	2,761			
	dominanzorientiert	172	6,95	3,068	0,079	352	0,937

Tabelle 27 gibt die Zusammenhänge der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($r=-1.26$; $p=.018$).

Tabelle 27: Korrelation der Skala der Sozialen Dominanzorientierung mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Skala der Sozialen Dominanzorientierung	Korrelation nach Pearson	0,02	0,06	-,126*	-0,01
	Signifikanz (2-seitig)	0,76	0,28	0,018	0,80
	N	354	354	354	354

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Anhand der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sozialen Dominanzorientierung und dem abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber gibt. Das heißt, Pflegepersonen die eher hierarchieflache Systeme bevorzugen zeigen eher abgeschwächten Gehorsam und wenden sich bezüglich der Anordnungen öfter an das System als Personen die hierarchische Strukturen mögen.

Hypothese 5b: Ärztliche Personen, die hierarchische Systeme bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gehorsamer ein als Personen die hierarchieflache Systeme präferieren.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung (Sidanius & Pratto, 1999) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Skala der Sozialen Dominanzorientierung berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen Personen des ärztlichen Dienstes die hierarchieflache Systeme bevorzugen ($M_w=1,00$) und Personen des ärztlichen Dienstes die hierarchische Systeme bevorzugen ($M_w=1,03$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=35)=-0,33$; $p=.75$).

In Tabelle 28 kann ein signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=35)=-2.57$; $p=.015$) beobachtet werden.

Tabelle 28: t-Tests des Summenscores der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Soziale Dominanzorientierung (Median=1,94)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	hierarchiefach	21	3,24	2,343			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	16	3,38	2,579	-0,169	35	0,867
Profession/Patient	hierarchiefach	21	2,76	1,48			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	dominanzorientiert	16	3,5	1,366	-1,553	35	0,129
Profession/Patient	hierarchiefach	21	5,62	2,729			
abgeschwächter Gehorsam(System)	dominanzorientiert	16	5,19	1,834	0,545	35	0,589
Profession/Patient	hierarchiefach	21	2,86	2,476			
Ungehorsam	dominanzorientiert	16	2,63	1,586	0,327	35	0,746
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	21	2,67	1,826			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	16	2,88	1,36	-0,382	35	0,705
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	21	1,57	1,287			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	dominanzorientiert	16	1,81	1,167	-0,587	35	0,561
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	21	3,05	1,359			
abgeschwächter Gehorsam(System)	dominanzorientiert	16	2,5	1,414	1,193	35	0,241
Organisatorisch/Patient	hierarchiefach	21	1,38	0,973			
Ungehorsam	dominanzorientiert	16	1,56	1,59	-0,429	35	0,67
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	21	0,43	0,676			
prinzipieller Gehorsam	dominanzorientiert	16	0,31	0,602	0,542	35	0,591
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	21	0,14	0,359			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	dominanzorientiert	16	0,56	0,629	-2,565	35	0,015
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	21	1,24	0,944			
abgeschwächter Gehorsam(System)	dominanzorientiert	16	1,06	0,68	0,629	35	0,533
Organisatorisch/Sonstiges	hierarchiefach	21	1,1	1,044			
Ungehorsam	dominanzorientiert	16	1	0,894	0,292	35	0,772

Tabelle 29 zeigt ein signifikantes Ergebnis der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=35)=-2.09$; $p=.044$) über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 29: t-Tests des Summenscores der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Soziale Dominanzorientierung (Median=1,94)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	hierarchiefach	21	6,33	4,115			
	dominanzorientiert	16	6,56	3,14	-0,19	35	0,85
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hierarchiefach	21	4,48	2,136			
	dominanzorientiert	16	5,88	1,857	-2,09	35	0,044
Abgeschwächter Gehorsam(System)	hierarchiefach	21	9,9	3,534			
	dominanzorientiert	16	8,75	2,817	1,07	35	0,29
Ungehorsam	hierarchiefach	21	5,33	3,44			
	dominanzorientiert	16	5,19	2,786	0,14	35	0,89

Tabelle 30 gibt die Zusammenhänge der Skala der Sozialen Dominanzorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann über die gesamte Skala kein Zusammenhang zwischen normorientierten oder aufgeschlossenem Verhalten und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 30: Korrelation der Skala der Sozialen Dominanzorientierung mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Skala der Sozialen Dominanzorientierung	Korrelation nach Pearson	0,09	0,05	-0,12	-0,04
	Signifikanz (2-seitig)	0,61	0,79	0,50	0,81
	N	37	37	37	37

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen auf kategorieller Ebene signifikante Ergebnisse, welche auch über alle Situationskategorien hinweg beobachtet werden konnten. Jedoch kann letztendlich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala der sozialen Dominanzorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen postuliert werden.

Hypothese 6a: Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die konformes Verhalten bevorzugen beschreiben sich gehorsamer als Personen die sich eher offen beschreiben.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Normorientierung (Saucier, 1994) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Normorientierung berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Skala der Normorientierung berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied der Gehorsamkeitsbereitschaft zwischen Personen die konformes Verhalten bevorzugen ($M_w=0,88$) und Personen die sich in ihrem Verhalten als offen beschreiben ($M_w=0,87$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=358)=0,55$; $p=.58$).

Tabelle 31 zeigt ein tendenziell signifikantes Ergebniss in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=361)=1.79$; $p=.074$).

Tabelle 31: t-Tests des Summenscores der Skala der Normorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Normorientierung (Median=2,9)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	normorientiert	168	1,82	1,378			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	195	1,86	1,383	-0,317	361	0,752
Profession/Patient	normorientiert	168	3,27	1,614			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	195	3,54	1,647	-1,575	361	0,116
Profession/Patient	normorientiert	168	5,46	2,003			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	195	5,2	1,734	1,348	361	0,179
Profession/Patient	normorientiert	168	3,98	1,988			
Ungehorsam	aufgeschlossen	195	4,18	1,89	-1,023	361	0,307
Organisatorisch/Patient	normorientiert	168	1,81	1,153			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	195	1,96	1,15	-1,275	361	0,203
Organisatorisch/Patient	normorientiert	168	2,59	1,432			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	195	2,47	1,415	0,784	361	0,433
Organisatorisch/Patient	normorientiert	168	2,88	1,126			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	195	2,88	1,156	0,034	361	0,973
Organisatorisch/Patient	normorientiert	168	1,42	1,058			
Ungehorsam	aufgeschlossen	195	1,59	1,087	-1,532	361	0,126
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	168	0,27	0,533			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	195	0,18	0,469	1,793	361	0,074
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	168	0,36	0,572			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	195	0,38	0,528	-0,476	361	0,635
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	168	1,04	0,864			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	195	1,08	0,831	-0,396	361	0,693
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	168	1,24	0,906			
Ungehorsam	aufgeschlossen	195	1,31	0,89	-0,674	361	0,501

Tabelle 32 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 32: t-Tests des Summenscores der Skala der Normorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Normorientierung (Median=2,9)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	normorientiert	165	3,97	2,221			
	aufgeschlossen	195	4,01	2,294	-0,148	358	0,882
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	normorientiert	165	6,33	2,457			
	aufgeschlossen	195	6,39	2,593	-0,252	358	0,801
Abgeschwächter Gehorsam(System)	normorientiert	165	9,56	2,445			
	aufgeschlossen	195	9,15	2,509	1,539	358	0,125
Ungehorsam	normorientiert	165	6,76	2,947			
	aufgeschlossen	195	7,08	2,903	-1,049	358	0,295

Tabelle 33 gibt die Zusammenhänge der Skala der Normorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Ungehorsam“ ($r=0,114$; $p=.03$).

Tabelle 33: Korrelation der Skala der Normorientierung mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Skala der Normorientierung	Korrelation nach Pearson	-0,07	-0,01	-0,06	,114*
	Signifikanz (2-seitig)	0,21	0,82	0,30	0,03
	N	360	360	360	360

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Obwohl auf kategorieller Ebene nur ein tendenziell signifikantes Ergebnis beobachtet werden kann, bildet sich am Ende ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Normorientierung einer Person und dem Ungehorsam ab. Das heißt, je aufgeschlossener sich eine Pflegeperson beschreibt, desto öfter zeigt sie ungehorsames Verhalten.

Hypothese 6b: Ärztliche Personen, die konformes Verhalten bevorzugen schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gehorsamer ein als Personen die sich eher offen beschreiben.

Es gibt einen Unterschied zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und der Neigung zu konformen Verhalten

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Normorientierung (Saucier, 1994) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Skala der Normorientierung berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Skala der Normorientierung berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen Personen des ärztlichen Dienstes die konformes Verhalten bevorzugen ($M_w=0,95$) und Personen des ärztlichen Dienstes die sich in ihrem Verhalten als offen beschreiben ($M_w=0,95$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=-0,06$; $p=.95$).

Tabelle 34 bildet ein signifikantes Ergebnis in der Kategorie Profession/Patient in der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=46)=-2.12$; $p=.039$) ab. Weiters kann ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Patient in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=46)=-1.84$; $p=.072$) beobachtet werden.

Tabelle 34: t-Tests des Summenscores der Skala der Normorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Normorientierung (Median=2,9)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	normorientiert	27	2,15	1,994			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	21	3,67	2,955	-2,123	46	0,039
Profession/Patient	normorientiert	27	2,44	1,761			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	21	2,62	1,717	-0,344	46	0,732
Profession/Patient	normorientiert	27	4,3	3,16			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	21	4,52	2,562	-0,268	46	0,79
Profession/Patient	normorientiert	27	2,3	2,267			
Ungehorsam	aufgeschlossen	21	2,33	2,058	-0,058	46	0,954
Organisatorisch/Patient	normorientiert	27	2,41	1,845			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	21	1,95	1,687	0,879	46	0,384
Organisatorisch/Patient	normorientiert	27	1,15	1,262			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	21	1,67	1,197	-1,444	46	0,156
Organisatorisch/Patient	normorientiert	27	2,07	1,796			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	21	2,48	1,401	-0,845	46	0,403
Organisatorisch/Patient	normorientiert	27	0,93	1,328			
Ungehorsam	aufgeschlossen	21	1,57	1,028	-1,838	46	0,072
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	27	0,3	0,542			
prinzipieller Gehorsam	aufgeschlossen	21	0,29	0,644	0,062	46	0,951
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	27	0,26	0,447			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	aufgeschlossen	21	0,29	0,561	-0,182	46	0,856
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	27	0,89	0,801			
abgeschwächter Gehorsam(System)	aufgeschlossen	21	1,1	0,944	-0,819	46	0,417
Organisatorisch/Sonstiges	normorientiert	27	0,78	0,934			
Ungehorsam	aufgeschlossen	21	0,95	0,973	-0,631	46	0,531

Tabelle 35 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 35: t-Tests des Summenscores der Skala der Normorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Normorientierung (Median=2,9)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	normorientiert	22	5,95	3,359			
	aufgeschlossen	20	6,2	4,2	-0,21	40	0,835
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	normorientiert	22	4,73	2,251			
	aufgeschlossen	20	4,8	2,308	-0,103	40	0,918
Abgeschwächter Gehorsam(System)	normorientiert	22	8,91	4,011			
	aufgeschlossen	20	8,5	3,38	0,356	40	0,724
Ungehorsam	normorientiert	22	4,91	3,365			
	aufgeschlossen	20	5,1	2,936	-0,195	40	0,846

Tabelle 36 gibt die Zusammenhänge der Skala der Normorientierung und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann über die gesamte Skala kein Zusammenhang zwischen normorientierten oder aufgeschlossenem Verhalten und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 36: Korrelation der Skala der Normorientierung mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Skala der Normorientierung	Korrelation nach Pearson	-0,05	0,09	-0,02	0,14
	Signifikanz (2-seitig)	0,77	0,55	0,90	0,39
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen, dass auf kategoriemäßiger Ebene signifikante und tendenziell signifikante Unterschiede bestehen. Es lässt sich beobachten, je aufgeschlossener sich Ärztliches Personal beschreibt, desto seltener schätzen sie die Pflegeperson in der Situationskategorie Profession/Patient als gehorsam ein.

Insgesamt kann jedoch kein Zusammenhang zwischen emotionaler Stabilität des ärztlichen Personals und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen hergestellt werden.

Hypothese 7a: Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit niedriger Arbeitszufriedenheit verhält sich ungehorsamer als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse –„KFZA“ (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit niedriger Arbeitszufriedenheit ($M_w=0,87$) und Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit ($M_w=0,88$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=358)=-0,56; p=.58$).

Interpretation:

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen

In Tabelle 37 kann kein signifikantes Ergebnis zwischen dem Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse abgebildet werden.

Tabelle 37: t-Tests des Summenscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Arbeitszufriedenheit (Median=3,58)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	unzufrieden	159	1,77	1,327	-0,826	362	0,41
	zufrieden	205	1,89	1,422			
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	unzufrieden	159	3,37	1,667	-0,335	362	0,738
	zufrieden	205	3,43	1,627			
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	unzufrieden	159	5,38	1,848	0,621	362	0,535
	zufrieden	205	5,25	1,913			
Profession/Patient Ungehorsam	unzufrieden	159	4,14	1,941	0,53	362	0,596
	zufrieden	205	4,03	1,953			
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	unzufrieden	159	1,9	1,202	0,174	362	0,862
	zufrieden	205	1,88	1,12			
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	unzufrieden	159	2,5	1,466	-0,189	362	0,85
	zufrieden	205	2,53	1,399			
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	unzufrieden	159	2,82	1,152	-0,779	362	0,437
	zufrieden	205	2,91	1,147			
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	unzufrieden	159	1,6	1,125	1,536	362	0,125
	zufrieden	205	1,43	1,034			
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	unzufrieden	159	0,21	0,491	-0,502	362	0,616
	zufrieden	205	0,23	0,509			
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	unzufrieden	159	0,41	0,598	1,164	362	0,245
	zufrieden	205	0,34	0,505			
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	unzufrieden	159	1,01	0,815	-1,021	362	0,308
	zufrieden	205	1,1	0,869			
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	unzufrieden	159	1,31	0,934	0,626	362	0,532
	zufrieden	205	1,25	0,87			

Tabelle 38 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 38: t-Tests des Summenscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Arbeitszufriedenheit (Median=3,58)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	unzufrieden	157	3,92	2,258	-0,482	358	0,63
	zufrieden	203	4,04	2,262			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	unzufrieden	157	6,36	2,644	-0,005	358	0,996
	zufrieden	203	6,36	2,442			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	unzufrieden	157	9,32	2,481	-0,137	358	0,891
	zufrieden	203	9,35	2,494			
Ungehorsam	unzufrieden	157	7,14	2,901	1,181	358	0,238
	zufrieden	203	6,77	2,938			

Tabelle 39 gibt die Zusammenhänge des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 39: Korrelation des Gesamtscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
KFZA – Arbeitsanalyse	Korrelation nach Pearson	-0,03	-0,01	0,00	0,01
	Signifikanz (2-seitig)	0,61	0,85	0,96	0,92
	N	360	360	360	360

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Da es weder auf kategoriemäßiger Ebene noch innerhalb der Antwortalternativen zu signifikanten Ergebnissen kommt kann davon ausgegangen werden, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit diplomierter Pflegepersonen und der Gehorsamkeitsbereitschaft gibt. Dies wird in Tabelle 39 nochmals anhand der einzelnen Zusammenhänge der Antwortalternativen gegenüber der Arbeitszufriedenheit dargestellt.

Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass Pflegepersonen rein situativ nicht über ihre Arbeitszufriedenheit reflektieren bevor sie eine Handlung setzen und deshalb der Effekt nicht gezeigt werden kann.

Hypothese 7b: Ärztliche Personen mit niedriger Arbeitszufriedenheit .schätzen diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ungehorsamer ein als Personen mit hoher Arbeitszufriedenheit.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse –„KFZA“ (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen Personen des ärztlichen Dienstes mit niedriger Arbeitszufriedenheit ($M_w=0,96$) und Personen des ärztlichen Dienstes mit hoher Arbeitszufriedenheit ($M_w=0,92$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=0,47$; $p=.64$).

Tabelle 40 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 40: t-Tests des Summenscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	KFZA (Median=3,58)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	unzufrieden	28	6,43	3,511	0,873	40	0,388
	zufrieden	14	5,36	4,199			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	unzufrieden	28	4,71	2,088	-0,192	40	0,849
	zufrieden	14	4,86	2,627			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	unzufrieden	28	8,46	3,834	-0,617	40	0,541
	zufrieden	14	9,21	3,446			
Ungehorsam	unzufrieden	28	5,29	3,077	0,833	40	0,41
	zufrieden	14	4,43	3,275			

Tabelle 41 bildet insgesamt drei ein signifikante Ergebnisse ab. In der Kategorie Profession/Patient in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=46)=2.28$; $p=.027$), in der Kategorie Organisatorisch/Patient in der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=46)=2.85$; $p=.007$) und in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges in der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($t(df=46)=2.78$; $p=.008$).

Tabelle 41: t-Tests des Summenscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	KFZA (Median=3,58)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	unzufrieden	29	3,24	2,628			
prinzipieller Gehorsam	zufrieden	19	2,16	2,34	1,457	46	0,152
Profession/Patient	unzufrieden	29	2,79	1,59			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	zufrieden	19	2,11	1,883	1,363	46	0,18
Profession/Patient	unzufrieden	29	4,59	2,822			
abgeschwächter Gehorsam(System)	zufrieden	19	4,11	3,035	0,56	46	0,578
Profession/Patient	unzufrieden	29	2,86	2,117			
Ungehorsam	zufrieden	19	1,47	1,982	2,278	46	0,027
Organisatorisch/Patient	unzufrieden	29	2,76	1,596			
prinzipieller Gehorsam	zufrieden	19	1,37	1,739	2,849	46	0,007
Organisatorisch/Patient	unzufrieden	29	1,45	1,088			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	zufrieden	19	1,26	1,485	0,498	46	0,621
Organisatorisch/Patient	unzufrieden	29	2,34	1,421			
abgeschwächter Gehorsam(System)	zufrieden	19	2,11	1,941	0,494	46	0,624
Organisatorisch/Patient	unzufrieden	29	1,31	1,257			
Ungehorsam	zufrieden	19	1,05	1,224	0,702	46	0,486
Organisatorisch/Sonstiges	unzufrieden	29	0,21	0,491			
prinzipieller Gehorsam	zufrieden	19	0,42	0,692	-1,254	46	0,216
Organisatorisch/Sonstiges	unzufrieden	29	0,31	0,541			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	zufrieden	19	0,21	0,419	0,68	46	0,5
Organisatorisch/Sonstiges	unzufrieden	29	1,24	0,872			
abgeschwächter Gehorsam(System)	zufrieden	19	0,58	0,692	2,782	46	0,008
Organisatorisch/Sonstiges	unzufrieden	29	0,93	0,799			
Ungehorsam	zufrieden	19	0,74	1,147	0,692	46	0,492

Tabelle 42 gibt die Zusammenhänge des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 42: Korrelation des Gesamtscores des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
KFZA – Arbeitsanalyse	Korrelation nach Pearson	-0,07	0,02	0,11	-0,11
	Signifikanz (2-seitig)	0,67	0,89	0,49	0,51
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Auf kategorieller Ebene zeigt sich jeweils in einer der drei Situationskategorien ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit hoher und niedriger Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die Einschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Pflegepersonen. Je niedriger die Arbeitszufriedenheit einer Person des ärztlichen Personals ist, desto ungehorsamer wird die Pflegeperson in Situationen eingeschätzt die direkt den Patienten betreffen, desto gehorsamer werden Pflegepersonen in Situationen eingeschätzt die indirekt den Patienten betreffen und desto eher wird geschätzt, dass sich Pflegepersonen in Situationen die keinen Patienten betreffen sich öfter ans System, also zum Beispiel einen Arzt/eine Ärztin wenden.

Es kann jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit des ärztlichen Personals und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft diplomierter Pflegepersonen hergestellt werden.

Hypothese 8a: Präventionsorientierte diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen zeigen sich gehorsamer als promotionsorientierte Personen.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala (Lockwood, Jordan & Kunda, 2002) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen präventionsorientierten Pflegepersonen ($M_w=0,89$) und promotionsorientierten Pflegepersonen ($M_w=0,86$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=327)=1,42; p=.16$).

Tabelle 43 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 43: t-Tests des Summenscores der Promotion-Prävention-Skala und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

	Promotion/ Prävention (Median=12)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Gehorsamkeitsalternativen	Prävention	171	4,12	2,29	1,59	327	0,113
	Promotion	158	3,74	2,05			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	171	6,41	2,61	0,245	327	0,806
	Promotion	158	6,34	3,62			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	171	9,35	2,33	-0,538	327	0,591
	Promotion	158	9,49	2,45			
Ungehorsam	Prävention	171	6,81	2,91	-1,264	327	0,207
	Promotion	158	7,21	3,02			

In Tabelle 44 wird ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Profession/Patient der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=327)=1.89$; $p=.06$) abgebildet.

Tabelle 44: t-Tests des Summenscores der Promotion-Prävention-Skala und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Promotion/ Prävention (Median=12)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Prävention	171	1,97	1,391			
	Promotion	158	1,7	1,235	1,887	327	0,06
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	171	3,49	1,639			
	Promotion	158	3,38	1,521	0,605	327	0,546
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	171	5,35	1,72			
	Promotion	158	5,47	1,808	-0,667	327	0,506
Profession/Patient Ungehorsam	Prävention	171	4,01	1,826			
	Promotion	158	4,32	1,886	-1,517	327	0,13
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Prävention	171	1,94	1,179			
	Promotion	158	1,8	1,031	1,076	327	0,283
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	171	2,56	1,406			
	Promotion	158	2,61	1,372	-0,381	327	0,704
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	171	2,88	1,142			
	Promotion	158	2,97	1,055	-0,702	327	0,483
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Prävention	171	1,54	1,08			
	Promotion	158	1,55	1,086	-0,057	327	0,955
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Prävention	171	0,22	0,503			
	Promotion	158	0,24	0,522	-0,427	327	0,67
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	171	0,37	0,53			
	Promotion	158	0,35	0,564	0,337	327	0,736
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	171	1,12	0,825			
	Promotion	158	1,04	0,847	0,788	327	0,431
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Prävention	171	1,26	0,897			
	Promotion	158	1,34	0,887	-0,858	327	0,392

Tabelle 45 gibt die Zusammenhänge des Gesamtscores der Promotion-Prävention-Skala und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Prinzipieller Gehorsam“ ($r=-.120$; $p=.03$). Das heißt, je präventionsorientierter sich eine Person beschreibt, desto eher zeigt sie sich als prinzipiell gehorsam.

Tabelle 45: Korrelation des Gesamtscores der Promotion-Prävention Skala mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Promotion/ Prävention	Korrelation nach Pearson	-,120*	0,017	0,007	0,096
	Signifikanz (2-seitig)	0,03	0,762	0,896	0,082
	N	329	329	329	329

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Zur zusätzlichen Ergebnisüberprüfung wurden die Zusammenhänge der einzelnen Kategorien mit dem Präventions- und dem Promotionsfaktor separat überprüft.

Tabelle 46: Korrelation des Gehorsamkeits-Gesamtscores mit dem Präventionsfokus und dem Promotionsfokus

		Präventionsfokus	Promotionsfokus
Gehorsamkeitsscore	Korrelation nach Pearson	,259**	,168**
	Signifikanz	>.001	0,002
	N	338	335

Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge in beiden Foki.

Tabelle 47: Korrelation der Antwortalternativen mit dem Präventionsfokus und dem Promotionsfokus

Gehorsamkeitsalternativen		Präventionsfokus	Promotionsfokus
Prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson	,222**	0,092
	Signifikanz	>.001	0,093
	N	338	335
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson	0,054	0,102
	Signifikanz	0,325	0,063
	N	338	335
Abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson	0,016	0,037
	Signifikanz	0,776	0,502
	N	338	335
Ungehorsam	Korrelation nach Pearson	-,211**	-,129*
	Signifikanz	>.001	0,018
	N	338	335

Hier können drei signifikante Zusammenhänge beobachtet werden. In der Antwortkategorie „Prinzipieller Gehorsam“ des Präventionsfokus ($r = .222$; $p = >.001$), der Antwortkategorie „Ungehorsam“ des Präventionsfokus ($r = -.211$; $p = >.001$) und der Antwortkategorie „Ungehorsam“ des Promotionsfokus ($r = -.129$; $p = .018$).

Tabelle 48: Korrelation der Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien mit dem Präventionsfokus und dem Promotionsfokus

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien		Präventionsfokus	Promotionsfokus
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson	,194**	0,032
	Signifikanz	>.001	0,559
	N	338	335
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson	0,05	0,075
	Signifikanz	0,359	0,171
	N	338	335
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson	0,02	0,061
	Signifikanz	0,716	0,262
	N	338	335
Profession/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson	-,181**	-0,085
	Signifikanz	0,001	0,121
	N	338	335
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson	,185**	,116*
	Signifikanz	0,001	0,035
	N	338	335
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson	0,009	0,086
	Signifikanz	0,862	0,117
	N	338	335
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson	-0,079	-0,077
	Signifikanz	0,15	0,158
	N	338	335
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Korrelation nach Pearson	-,118*	-,114*
	Signifikanz	0,03	0,038
	N	338	335
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Korrelation nach Pearson	0,045	0,061
	Signifikanz	0,406	0,268
	N	338	335
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Korrelation nach Pearson	0,073	0,028
	Signifikanz	0,179	0,615
	N	338	335
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Korrelation nach Pearson	0,106	0,078
	Signifikanz	0,052	0,156
	N	338	335
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Korrelation nach Pearson	-,162**	-0,105
	Signifikanz	0,003	0,056
	N	338	335

Hier können mehrere signifikante Zusammenhänge beobachtet werden. Im Präventionsfokus zeigen sich signifikante Zusammenhänge in der Kategorie Profession/Patient der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($r = .194$; $p = >.001$) und „Ungehorsam“ ($r = -.181$; $p = .001$), der Kategorie Organisatorisch/Patient der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($r = .185$; $p = .001$) und „Ungehorsam“ ($r = -.118$; $p = .03$) und der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($r = -.162$; $p = .003$).

Im Promotionsfokus zeigen sich signifikante Zusammenhänge in der Kategorie Organisatorisch/Patient der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($r = .116$; $p = .035$) und „Ungehorsam“ ($r = -.114$; $p = .038$).

Interpretation:

Innerhalb der Situationskategorien zeigt sich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen präventions- und promotionsorientierten Personen in Bezug auf den prinzipiellen Gehorsam bei Situationen die direkt den Patienten betreffen. Präventionsorientierte Personen geben an sich häufiger in solchen Situationen prinzipiell gehorsam zu zeigen als promotionsorientierte. Bei der Korrelation des Faktors Prävention-Promotion und den Antwortalternativen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang der Antwort „prinzipieller Gehorsam“ über alle Situationen. Bei separater Überprüfung der Präventionsfokus und dem Promotionsfokus zeigen sich signifikante Zusammenhänge bezogen auf den Gehorsam einer Pflegeperson (Tabelle 46). Auch innerhalb der Gehorsamkeitsalternativen (Tabelle 47) und innerhalb der Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien (Tabelle 48) zeigen sich signifikante Zusammenhänge.

Hinsichtlich der Zusammenhänge kann geschlussfolgert werden, dass sich präventionsorientierte Personen in Situation, welche direkt oder indirekt mit dem Patienten zu tun haben eher gehorsam zeigen und seltener ungehorsam. Promotionsorientierte Personen zeigen in Situationen welche indirekte Auswirkungen auf den Patienten haben ebenfalls Gehorsam und seltener Ungehorsam.

Hypothese 8b: Präventionsorientiertes ärztliches Personal schätzt diplomiertes Gesundheits- und Pflegepersonen gehorsamer ein als dies promotionsorientierte Personen tun.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien, den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala (Lockwood, Jordan & Kunda, 2002) geprüft. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala berechnet.

Zur ersten Ergebnisdarstellung wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala berechnet.

Ergebnis:

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen präventionsorientierten Personen des ärztlichen Dienstes ($M_w=1,06$) und promotionsorientierten Personen des ärztlichen ($M_w=0,99$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=34)=0,84$; $p=.41$).

Tabelle 49 zeigt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der Antwortkategorien über alle Situationskategorien hinweg.

Tabelle 49: t-Tests des Summenscores der Promotion-Prävention-Skala und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Promotion/ Prävention (Median=12)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	Prävention	15	7	3,854	0,714	34	0,48
	Promotion	21	6,1	3,673			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	15	5,2	2,242	0,208	34	0,836
	Promotion	21	5,05	2,109			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	15	9,4	3,376	-0,11	34	0,913
	Promotion	21	9,52	3,281			
Ungehorsam	Prävention	15	5,33	2,944	0,087	34	0,931
	Promotion	21	5,24	3,404			

In Tabelle 50 kann kein signifikantes Ergebnis zwischen dem Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien und dem Summenscore der Promotion-Prävention-Skala abgebildet werden.

Tabelle 50: t-Tests des Summenscores der Promotion-Prävention-Skala und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Promotion/ Prävention (Median=12)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	Prävention	15	3,8	2,678			
	Promotion	21	2,9	2,256	1,086	34	0,285
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	15	2,87	1,457			
	Promotion	21	3,19	1,504	-0,645	34	0,523
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	15	5,8	2,426			
	Promotion	21	5,38	2,202	0,54	34	0,593
Profession/Patient Ungehorsam	Prävention	15	2,53	1,959			
	Promotion	21	2,9	2,3	-0,507	34	0,615
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	Prävention	15	2,8	1,612			
	Promotion	21	2,81	1,662	-0,017	34	0,986
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	15	1,93	1,28			
	Promotion	21	1,57	1,165	0,882	34	0,384
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	15	2,6	1,183			
	Promotion	21	2,9	1,546	-0,64	34	0,526
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	Prävention	15	1,6	1,454			
	Promotion	21	1,38	1,161	0,502	34	0,619
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	Prävention	15	0,4	0,632			
	Promotion	21	0,38	0,669	0,086	34	0,932
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Prävention	15	0,4	0,507			
	Promotion	21	0,29	0,561	0,627	34	0,535
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	Prävention	15	1	0,845			
	Promotion	21	1,24	0,831	-0,842	34	0,406
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	Prävention	15	1,2	1,082			
	Promotion	21	0,95	0,921	0,74	34	0,465

Tabelle 51 gibt die Zusammenhänge des Gesamtscores der Promotion-Prävention-Skala und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 51: Korrelation des Gesamtscores der Promotion-Prävention Skala mit den Scores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Promotion/ Prävention	Korrelation nach				
	Pearson	-0,18	0,02	0,03	0,01
	Signifikanz (2-seitig)	0,31	0,93	0,88	0,97
	N	36	36	36	36

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Da es weder auf kategorieller Ebene noch innerhalb der Antwortalternativen zu signifikanten Ergebnissen kommt kann davon ausgegangen werden, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Promotions- und Präventionsfaktor diplomierter Pflegepersonen und der Gehorsamkeitsbereitschaft gibt. Dies wird in Tabelle 51 nochmals anhand der einzelnen Zusammenhänge der Antwortalternativen gegenüber der Promotion-Prävention-Skala dargestellt.

Hypothese 9a: Es gibt einen Unterschied zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Bezug auf die fünf Dimension des NEO-PI-R.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien und den Summenscores der fünf Persönlichkeitsfaktoren des NEO-PI-R (Ostendorf & Angleitner, 2004) berechnet. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und den Summenscores der fünf Persönlichkeitsdimensionen berechnet.

Für eine Überblicksdarstellung der Ergebnisse wurden t-Tests zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und den fünf Dimensionen des NEO-PI-R berechnet.

Ergebnisse:

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit niedrigen Neurotizismuswerten ($M_w=0,86$) und Pflegepersonen mit hohen Neurotizismuswerten ($M_w=0,90$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=358)=-2,31$; $p=.022$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit niedrigen Extraversionswerten ($M_w=0,87$) und Pflegepersonen mit hohen Extraversionswerten ($M_w=0,89$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=357)=-1,57$; $p=.12$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit niedrigen Offenheitswerten ($M_w=0,89$) und Pflegepersonen mit hohen Offenheitswerten ($M_w=0,87$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=357)=0,68$; $p=.50$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit niedrigen Verträglichkeitswerten ($M_w=0,89$) und Pflegepersonen mit hohen Verträglichkeitswerten ($M_w=0,87$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=357)=1,21$; $p=.23$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegepersonen mit niedrigen Gewissenhaftigkeitswerten ($M_w=0,88$) und Pflegepersonen mit hohen Gewissenhaftigkeitswerten ($M_w=0,88$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=357)=0,29$; $p=.77$).

Neurotizismus

Die folgenden Tabellen (Tabelle 52 – Tabelle 54) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 52 werden drei signifikante Ergebnisse in der Kategorie Profession/Patient gezeigt. In den Antwortalternativen „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=362)=-2,23$; $p=.027$), „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($t(df=362)=-2,06$; $p=.041$) und „Ungehorsam“ ($t(df=362)=3,49$; $p=.001$). Das heißt, je instabiler sich eine Person hinsichtlich ihrer Emotionalität beschreibt, desto öfter gibt sie „abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($M_w=3,61$; $SD=1,62$) oder „abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber“ an ($M_w=5,53$; $SD=1,82$) und je stabiler sich eine Person beschreibt, desto weniger oft gibt sie „abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($M_w=3,23$; $SD=1,64$) oder „abgeschwächten gehorsam dem System gegenüber“ an ($M_w=5,12$; $SD=1,92$). In der Antwortalternative „Ungehorsam“ verhält es sich in entgegengesetzter Weise. Je stabiler sich eine Person beschreibt, desto ungehorsamer beschreibt sie sich ($M_w=4,4$; $SD=2,03$) und je instabiler sich eine Person beschreibt, desto seltener zeigt sie ungehorsames Verhalten ($M_w=3,7$; $SD=1,78$).

Weiters wird ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges der Antwortalternativen „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=362)=-1,73$; $p=.082$) beobachtet. Das bedeutet, je instabiler sich eine Person beschreibt, desto öfter zeigt sie „abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($M_w=0,43$; $SD=0,58$).

In Tabelle 53 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Ungehorsam“ ($t(df=358)=2,61$; $p=.01$) und ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=358)=-1,88$; $p=.06$). Somit zeigen die Ergebnisse, dass Personen die sich als emotional stabil beschreiben, eher ungehorsames Verhalten zeigen und je instabiler sich Personen in ihrer Emotionalität beschreiben zeigen häufiger abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber.

Tabelle 52: t-Test des Summenscores der Dimension Neurotizismus des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Neurotizismus (Median=2,5)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	197	1,84	1,375			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	1,83	1,391	0,036	362	0,971
Profession/Patient	niedrig	197	3,23	1,642			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	3,61	1,624	-2,227	362	0,027
Profession/Patient	niedrig	197	5,12	1,923			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	5,53	1,816	-2,064	362	0,041
Profession/Patient	niedrig	197	4,4	2,029			
Ungehorsam	hoch	167	3,7	1,775	3,487	362	0,001
Organisatorisch/Patient	niedrig	197	1,88	1,086			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	1,9	1,235	-0,163	362	0,869
Organisatorisch/Patient	niedrig	197	2,52	1,376			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	2,52	1,488	-0,021	362	0,983
Organisatorisch/Patient	niedrig	197	2,87	1,16			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	2,87	1,138	0,04	362	0,968
Organisatorisch/Patient	niedrig	197	1,49	1,109			
Ungehorsam	hoch	167	1,53	1,04	-0,351	362	0,727
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	197	0,19	0,477			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	0,26	0,526	-1,218	362	0,22
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	197	0,32	0,521			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	0,43	0,575	-1,731	362	0,082
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	197	1,06	0,882			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	1,06	0,804	-0,046	362	0,964
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	197	1,34	0,915			
Ungehorsam	hoch	167	1,2	0,873	1,518	362	0,131

Tabelle 53: t-Test des Summenscores der Dimension Neurotizismus des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Neurotizismus (Median=2,5)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	195	3,95	2,136			
	hoch	165	4,04	2,399	-0,363	358	0,714
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	195	6,13	2,456			
	hoch	165	6,64	2,592	-1,879	358	0,06
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	195	9,14	2,606			
	hoch	165	9,57	2,32	-1,641	358	0,105
Ungehorsam	niedrig	195	7,3	3,042			
	hoch	165	6,5	2,724	2,613	358	0,01

Tabelle 54 gibt die Zusammenhänge der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 54: Korrelation der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Neurotizismus	Korrelation nach Pearson	0,00	0,04	0,09	-0,09
	Signifikanz (2-seitig)	0,98	0,47	0,11	0,09
	N	360	360	360	360

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ auf kategorieller Ebene signifikante Unterschiede zwischen emotional stabilen und emotional instabilen Persönlichkeitszuschreibungen in Bezug auf die Gehorsamkeitsbereitschaft abbildet.

Dies kann dadurch erklärt werden, dass emotional stabile Personen eher selbstbewusst an verschiedene Sachverhalte herantreten und dadurch in Situationen, welche den eigenen Vorstellungen und Werte zuwiderlaufen, sich eher ungehorsam verhalten um diese Diskrepanz nicht weiter zu verstärken.

Extraversion

Die folgenden Tabellen (Tabelle 55 – Tabelle 57) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 55 werden ein signifikantes und ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Patient gezeigt. Das signifikante Ergebnis zeigt sich in der Antwortalternative „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=361)=-2,61$; $p=.009$) und das tendenziell signifikante Ergebnis in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=361)=1,68$; $p=.093$).

Tabelle 55: t-Test des Summenscores der Dimension Extraversion des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Extraversion (Median=3,17)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	196	1,84	1,353			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	1,84	1,414	-0,052	361	0,958
Profession/Patient	niedrig	196	3,34	1,661			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	3,49	1,624	-0,827	361	0,409
Profession/Patient	niedrig	196	5,33	2,067			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	5,29	1,65	0,222	361	0,824
Profession/Patient	niedrig	196	4,06	1,918			
Ungehorsam	hoch	167	4,07	1,965	-0,052	361	0,959
Organisatorisch/Patient	niedrig	196	1,74	1,089			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	2,06	1,211	-2,608	361	0,009
Organisatorisch/Patient	niedrig	196	2,46	1,426			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	2,59	1,432	-0,814	361	0,416
Organisatorisch/Patient	niedrig	196	2,91	1,216			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	2,83	1,068	0,626	361	0,532
Organisatorisch/Patient	niedrig	196	1,59	1,126			
Ungehorsam	hoch	167	1,4	1,012	1,683	361	0,093
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	196	0,21	0,477			
prinzipieller Gehorsam	hoch	167	0,24	0,529	-0,574	361	0,566
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	196	0,34	0,517			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	167	0,4	0,581	-1,03	361	0,304
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	196	1,04	0,879			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	167	1,09	0,805	-0,607	361	0,544
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	196	1,33	0,931			
Ungehorsam	hoch	167	1,21	0,856	1,237	361	0,217

In Tabelle 56 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 56: t-Test des Summenscores der Dimension Extraversion des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Extraversion (Median=3,17)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	193	3,85	2,166			
	hoch	166	4,17	2,35	-1,337	357	0,182
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	193	6,24	2,485			
	hoch	166	6,51	2,584	-1,002	357	0,317
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	193	9,42	2,713			
	hoch	166	9,27	2,189	0,588	357	0,557
Ungehorsam	niedrig	193	7,09	2,874			
	hoch	166	6,72	2,96	1,184	357	0,237

Tabelle 57 gibt die Zusammenhänge der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Ungehorsam“ ($r=-.107$; $p=.043$).

Tabelle 57: Korrelation der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam(System)	Ungehorsam
Extraversion	Korrelation	0,08	0,05	0,00	-,107*
	nach Pearson				
	Signifikanz (2-seitig)	0,13	0,33	0,95	0,043
	N	359	359	359	359

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Persönlichkeitsdimension „Extraversion“ einen Einfluss auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von Krankenpflegepersonen hat. Es besteht ein negativer Zusammenhang in der Antwortkategorie „Ungehorsam“. Das heißt, je introvertierter sich eine Person beschreibt, desto eher zeigt sie ungehorsames Verhalten über die Situationen hinweg. Introvertierte Personen verhalten sich sehr zurückhaltend, ruhig, schüchtern, nachdenklich und geben nicht viel von sich preis, wobei hingegen extravertierte Personen sich sehr lebhaft, offen und temperamentvoll verhalten und viel reden.

Offenheit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 58 – Tabelle 60) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Offenheit des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 58 werden zwei tendenziell signifikante Ergebnisse in der Kategorie Organisatorisch/Patient beobachtet. Diese zeigen sich in den Antwortalternativen „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=361)=1,74$; $p=.083$) und „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=361)=-1,808$; $p=.071$).

Tabelle 58: t-Test des Summenscores der Dimension Offenheit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Offenheit (Median=3,33)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	142	1,86	1,452			
prinzipieller Gehorsam	hoch	221	1,83	1,334	0,209	361	0,834
Profession/Patient	niedrig	142	3,39	1,641			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	221	3,42	1,648	-0,124	361	0,901
Profession/Patient	niedrig	142	5,36	1,987			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	221	5,28	1,82	0,387	361	0,699
Profession/Patient	niedrig	142	4	1,845			
Ungehorsam	hoch	221	4,11	1,997	-0,521	361	0,603
Organisatorisch/Patient	niedrig	142	2,02	1,127			
prinzipieller Gehorsam	hoch	221	1,81	1,169	1,74	361	0,083
Organisatorisch/Patient	niedrig	142	2,35	1,338			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	221	2,63	1,476	-1,808	361	0,071
Organisatorisch/Patient	niedrig	142	2,87	1,214			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	221	2,87	1,109	-0,001	361	1
Organisatorisch/Patient	niedrig	142	1,51	1,141			
Ungehorsam	hoch	221	1,5	1,038	0,041	361	0,967
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	142	0,23	0,486			
prinzipieller Gehorsam	hoch	221	0,22	0,512	0,282	361	0,778
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	142	0,34	0,557			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	221	0,39	0,542	-0,868	361	0,386
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	142	1,04	0,846			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	221	1,08	0,847	-0,458	361	0,647
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	142	1,31	0,885			
Ungehorsam	hoch	221	1,25	0,908	0,631	361	0,529

In Tabelle 59 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 59: t-Test des Summenscores der Dimension Offenheit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Offenheit (Median=3,33)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	140	4,17	2,231	1,171	357	0,242
	hoch	219	3,89	2,269			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	140	6,17	2,464	-1,175	357	0,241
	hoch	219	6,49	2,571			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	140	9,4	2,493	0,316	357	0,752
	hoch	219	9,32	2,48			
Ungehorsam	niedrig	140	6,91	2,87	-0,026	357	0,98
	hoch	219	6,92	2,95			

Tabelle 60 gibt die Zusammenhänge der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Offenheit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 60: Korrelation der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Offenheit	Korrelation nach Pearson	-0,06	0,02	0,01	0,04
	Signifikanz (2-seitig)	0,26	0,69	0,82	0,50
	N	359	359	359	359

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Persönlichkeitsdimension „Offenheit“ auf kategorieller Ebene tendenziell signifikante Unterschiede zwischen Personen, welche sich als offen und anderen die sich als nicht offen beschreiben in Bezug auf die Gehorsamkeitsbereitschaft abbildet. Personen welche sich als offen beschreiben zeigen tendenziell weniger oft prinzipiellen Gehorsam, jedoch öfter abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber, als Personen mit geringeren Ausprägungen in der Dimension Offenheit.

Verträglichkeit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 61 - Tabelle 63) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 61 wird ein signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges gezeigt. Das signifikante Ergebnis zeigt sich in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=361)=-2,44$; $p=.015$).

Tabelle 61: t-Test des Summenscores der Dimension Verträglichkeit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Verträglichkeit (Median=2,83)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	152	1,84	1,367			
prinzipieller Gehorsam	hoch	211	1,84	1,391	0,022	361	0,982
Profession/Patient	niedrig	152	3,38	1,771			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	211	3,43	1,549	-0,322	361	0,748
Profession/Patient	niedrig	152	5,24	1,946			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	211	5,36	1,842	-0,582	361	0,561
Profession/Patient	niedrig	152	4,11	2,03			
Ungehorsam	hoch	211	4,04	1,872	0,326	361	0,744
Organisatorisch/Patient	niedrig	152	1,92	1,177			
prinzipieller Gehorsam	hoch	211	1,87	1,143	0,437	361	0,663
Organisatorisch/Patient	niedrig	152	2,53	1,527			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	211	2,52	1,357	0,064	361	0,949
Organisatorisch/Patient	niedrig	152	2,87	1,211			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	211	2,88	1,106	-0,068	361	0,946
Organisatorisch/Patient	niedrig	152	1,43	1,125			
Ungehorsam	hoch	211	1,56	1,042	-1,148	361	0,252
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	152	0,27	0,552			
prinzipieller Gehorsam	hoch	211	0,19	0,46	1,506	361	0,133
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	152	0,37	0,572			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	211	0,37	0,531	-0,021	361	0,983
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	152	1,13	0,897			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	211	1,01	0,805	1,359	361	0,175
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	152	1,14	0,921			
Ungehorsam	hoch	211	1,37	0,871	-2,439	361	0,015

In Tabelle 62 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 62: t-Test des Summenscores der Dimension Verträglichkeit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Verträglichkeit (Median=2,83)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	149	4,11	2,192			
	hoch	210	3,91	2,301	0,827	357	0,409
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	149	6,4	2,703			
	hoch	210	6,35	2,408	0,178	357	0,859
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	149	9,43	2,456			
	hoch	210	9,29	2,505	0,523	357	0,602
Ungehorsam	niedrig	149	6,81	3,066			
	hoch	210	7	2,808	-0,623	357	0,534

Tabelle 63 gibt die Zusammenhänge der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 63: Korrelation der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Verträglichkeit	Korrelation	-0,02	-0,06	-0,02	0,07
	nach Pearson	0,68	0,30	0,78	0,19
	Signifikanz (2-seitig)	359	359	359	359

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Persönlichkeitsdimension „Verträglichkeit“ auf kategorialer Ebene einen signifikanten Unterschied abbildet, dieser jedoch auf den anderen Ebenen keinerlei Effekt zeigt. Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Kategorie Organisatorisch/Sonstiges ausschließlich 3 Items enthält weshalb der Effekt über alle Kategorien aufgrund der mangelnden Stärke verloren geht.

Gewissenhaftigkeit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 64 – Tabelle 66) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 64 kann kein signifikantes Ergebnis ausgemacht werden.

Tabelle 64: t-Test des Summenscores der Dimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Gewissenhaftigkeit (Median4,0)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient prinzipieller Gehorsam	niedrig	200	1,92	1,413	1,145	361	0,253
	hoch	163	1,75	1,335			
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	200	3,4	1,543	-0,099	361	0,921
	hoch	163	3,42	1,763			
Profession/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	200	5,28	1,865	-0,35	361	0,727
	hoch	163	5,35	1,913			
Profession/Patient Ungehorsam	niedrig	200	4,07	1,894	-0,012	361	0,99
	hoch	163	4,07	1,994			
Organisatorisch/Patient prinzipieller Gehorsam	niedrig	200	1,88	1,147	-0,27	361	0,787
	hoch	163	1,91	1,17			
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	200	2,54	1,452	0,212	361	0,833
	hoch	163	2,5	1,403			
Organisatorisch/Patient abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	200	2,87	1,166	-0,06	361	0,952
	hoch	163	2,88	1,132			
Organisatorisch/Patient Ungehorsam	niedrig	200	1,54	1,065	0,604	361	0,546
	hoch	163	1,47	1,096			
Organisatorisch/Sonstiges prinzipieller Gehorsam	niedrig	200	0,21	0,463	-0,763	361	0,446
	hoch	163	0,25	0,545			
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	200	0,36	0,54	-0,352	361	0,725
	hoch	163	0,38	0,558			
Organisatorisch/Sonstiges abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	200	1,1	0,827	0,983	361	0,326
	hoch	163	1,01	0,868			
Organisatorisch/Sonstiges Ungehorsam	niedrig	200	1,27	0,917	-0,064	361	0,949
	hoch	163	1,28	0,877			

In Tabelle 65 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Gewissenhaftigkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 65: t-Test des Summenscores der Dimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Gewissenhaftigkeit (Median=4,0)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	198	4,04	2,234	0,355	357	0,723
	hoch	161	3,95	2,288			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	198	6,36	2,457	-0,075	357	0,94
	hoch	161	6,38	2,627			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	198	9,34	2,351	-0,04	357	0,968
	hoch	161	9,35	2,642			
Ungehorsam	niedrig	198	6,94	2,855	0,145	357	0,885
	hoch	161	6,89	2,997			

Tabelle 66 gibt die Zusammenhänge der Dimension Gewissenhaftigkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 66: Korrelation der Dimension Gewissenhaftigkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Gewissenhaftigkeit	Korrelation nach	-0,08	0,03	-0,03	0,03
	Pearson				
	Signifikanz (2-seitig)				
	N	0,14	0,57	0,57	0,54
		359	359	359	359

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die auf keiner Ebene signifikanten Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit keinerlei Auswirkung auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zu haben scheint.

Hypothese 9b: Es gibt einen Unterschied zwischen der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von ärztlichen Personal in Bezug auf die fünf Dimensionen des NEO-PI-R.

Die Hypothese wurde durch die jeweilige Berechnung von t-Tests mit den Scores und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen über die drei Situationskategorien und den Summenscores der fünf Persönlichkeitsfaktoren des NEO-PI-R (Ostendorf & Angleitner, 2004) berechnet. Um eine zusätzliche Interpretation der Zusammenhänge zu gewährleisten wurden Korrelationen zwischen den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen und den Summenscores der fünf Persönlichkeitsdimensionen berechnet.

Für eine Überblicksdarstellung der Ergebnisse wurde ein t-Test zwischen dem Gehorsamkeits-Gesamtscores und den fünf Dimensionen des NEO-PI-R berechnet.

Ergebnisse:

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen ÄrztInnen mit niedrigen Neurotizismuswerten ($M_w=0,96$) und ÄrztInnen mit hohen Neurotizismuswerten ($M_w=0,93$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=0,30$; $p=.76$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen ÄrztInnen mit niedrigen Extraversionswerten ($M_w=1,00$) und ÄrztInnen mit hohen Extraversionswerten ($M_w=0,89$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=1,23$; $p=.23$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen ÄrztInnen mit niedrigen Offenheitswerten ($M_w=0,99$) und ÄrztInnen mit hohen Offenheitswerten ($M_w=0,92$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=0,85$; $p=.40$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen ÄrztInnen mit niedrigen Verträglichkeitswerten ($M_w=0,89$) und ÄrztInnen mit hohen Verträglichkeitswerten ($M_w=0,99$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=-1,07$; $p=.29$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zwischen ÄrztInnen mit niedrigen Gewissenhaftigkeitswerten ($M_w=0,97$) und ÄrztInnen mit hohen Gewissenhaftigkeitswerten ($M_w=0,89$) über den Gesamtscore des Gehorsamkeitsfragebogens ($t(df=40)=0,73$; $p=.47$).

Neurotizismus

Die folgenden Tabellen (Tabelle 67 – Tabelle 69) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 67 werden zwei signifikante Ergebnisse, zum Einen in der Kategorie Profession/Patient in der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=46)=2,58$; $p=.013$) und zum Anderen in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges in der Antwortalternative „abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber“ ($t(df=46)=2,26$; $p=.028$) gezeigt. Weiters wird ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Patient und der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=46)=1,92$; $p=.062$) beobachtet.

Tabelle 67: t-Test des Summenscores der Dimension Neurotizismus des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Neurotizismus (Median=2,5)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	22	2,77	2,369			
prinzipieller Gehorsam	hoch	26	2,85	2,738	-0,098	46	0,92
Profession/Patient	niedrig	22	3,18	1,622			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	26	1,96	1,637	2,584	46	0,013
Profession/Patient	niedrig	22	4,64	2,574			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	26	4,19	3,163	0,527	46	0,60
Profession/Patient	niedrig	22	2,41	2,175			
Ungehorsam	hoch	26	2,23	2,178	0,283	46	0,78
Organisatorisch/Patient	niedrig	22	2,73	1,956			
prinzipieller Gehorsam	hoch	26	1,77	1,505	1,917	46	0,062
Organisatorisch/Patient	niedrig	22	1,41	1,26			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	26	1,35	1,263	0,172	46	0,86
Organisatorisch/Patient	niedrig	22	2,45	1,711			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	26	2,08	1,573	0,796	46	0,43
Organisatorisch/Patient	niedrig	22	1,09	1,109			
Ungehorsam	hoch	26	1,31	1,35	-0,601	46	0,551
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	22	0,27	0,55			
prinzipieller Gehorsam	hoch	26	0,31	0,618	-0,205	46	0,84
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	22	0,32	0,477			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	26	0,23	0,514	0,606	46	0,55
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	22	1,27	0,883			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	26	0,73	0,778	2,262	46	0,028
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	22	0,73	0,883			
Ungehorsam	hoch	26	0,96	0,999	-0,853	46	0,4

In Tabelle 68 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 68: t-Test des Summenscores der Dimension Neurotizismus des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Neurotizismus (Median=2,5)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	21	6,05	4,307	-0,041	40	0,97
	hoch	21	6,1	3,177			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	21	5,14	2,372	1,1	40	0,28
	hoch	21	4,38	2,109			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	21	8,76	3,807	0,083	40	0,93
	hoch	21	8,67	3,651			
Ungehorsam	niedrig	21	4,43	3,28	-1,189	40	0,24
	hoch	21	5,57	2,942			

Tabelle 69 gibt die Zusammenhänge der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 69: Korrelation der Dimension Neurotizismus und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Neurotizismus	Korrelation nach Pearson	0,22	-0,20	0,09	0,09
	Signifikanz (2-seitig)	0,16	0,22	0,58	0,59
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Signifikante Ergebnisse können nur auf kategorialer Ebene beobachtet werden. Hier zeigt sich, je mehr sich Ärzte selbst als emotional stabil beschreiben, desto eher schätzen sie Pflegepersonen in Situationen die direkt den Patienten betreffen als abgeschwächt gehorsam dem Opfer gegenüber ein. In der Kategorie Organisatorisch/Patient zeigt sich diese Struktur in Bezug auf den prinzipiellen Gehorsam von Pflegepersonen. In Situationen die nicht direkt oder indirekt den Patienten betreffen schätzen Ärzte die sich als emotional stabil beschreiben,

dass sich Pflegepersonen öfter abgeschwächt gehorsam verhalten und sich ans System wenden. Insgesamt besteht jedoch kein Zusammenhang.

Extraversion

Die folgenden Tabellen (Tabelle 70 – Tabelle 72) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Extraversion des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 70 kann kein signifikantes Ergebnis ausgemacht werden.

Tabelle 70: t-Test des Summenscores der Dimension Extraversion des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Extraversion (Median=3,17)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	26	3	2,315			
prinzipieller Gehorsam	hoch	21	2,71	2,849	0,38	45	0,706
Profession/Patient	niedrig	26	2,65	1,672			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	21	2,48	1,778	0,352	45	0,726
Profession/Patient	niedrig	26	4,73	2,987			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	21	4,19	2,695	0,644	45	0,523
Profession/Patient	niedrig	26	2,38	1,791			
Ungehorsam	hoch	21	2,33	2,576	0,08	45	0,936
Organisatorisch/Patient	niedrig	26	2,27	1,614			
prinzipieller Gehorsam	hoch	21	2,24	1,972	0,06	45	0,953
Organisatorisch/Patient	niedrig	26	1,58	1,419			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	21	1,19	0,981	1,059	45	0,295
Organisatorisch/Patient	niedrig	26	2,42	1,724			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	21	2,14	1,493	0,588	45	0,56
Organisatorisch/Patient	niedrig	26	1,19	1,327			
Ungehorsam	hoch	21	1,29	1,146	-0,255	45	0,8
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	26	0,35	0,629			
prinzipieller Gehorsam	hoch	21	0,24	0,539	0,624	45	0,536
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	26	0,23	0,43			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	21	0,33	0,577	-0,698	45	0,489
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	26	1,04	0,824			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	21	0,95	0,921	0,338	45	0,737
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	26	0,92	0,891			
Ungehorsam	hoch	21	0,81	1,03	0,405	45	0,687

In Tabelle 71 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 71: t-Test des Summenscores der Dimension Extraversion des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternative

Gehorsamkeitsalternativen	Extraversion (Median=3,17)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	23	6,35	3,242	0,523	40	0,604
	hoch	19	5,74	4,331			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	23	5,04	2,246	0,89	40	0,379
	hoch	19	4,42	2,269			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	23	9,26	3,57	1,059	40	0,296
	hoch	19	8,05	3,808			
Ungehorsam	niedrig	23	5,09	2,466	0,196	40	0,846
	hoch	19	4,89	3,857			

Tabelle 72 gibt die Zusammenhänge der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Extraversion und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 72: Korrelation der Dimension Extraversion und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam(System)	Ungehorsam
Extraversion	Korrelation nach	-0,05	-0,18	-0,17	-0,04
	Pearson				
	Signifikanz (2-seitig)				
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

In der Persönlichkeitsdimension Extraversion lässt sich kein signifikantes Ergebnis beobachten. Das spricht dafür, dass die ärztliche Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Pflegepersonen unabhängig vom Grad ihrer Extraversion abläuft.

Offenheit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 73 – Tabelle 75) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Offenheit des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 73 lässt sich ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Profession/Patient in der Antwortkategorie „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=45)=1,85$; $p=.071$) beobachten.

Tabelle 73: t-Test des Summenscores der Dimension Offenheit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Offenheit (Median=3,33)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	20	3,65	2,87			
prinzipieller Gehorsam	hoch	27	2,3	2,145	1,852	45	0,071
Profession/Patient	niedrig	20	2,5	1,762			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	27	2,63	1,69	-0,255	45	0,8
Profession/Patient	niedrig	20	3,95	2,704			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	27	4,89	2,926	-1,123	45	0,268
Profession/Patient	niedrig	20	2,3	2,055			
Ungehorsam	hoch	27	2,41	2,258	-0,167	45	0,868
Organisatorisch/Patient	niedrig	20	2,25	1,803			
prinzipieller Gehorsam	hoch	27	2,26	1,767	-0,018	45	0,986
Organisatorisch/Patient	niedrig	20	1,45	1,234			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	27	1,37	1,275	0,215	45	0,831
Organisatorisch/Patient	niedrig	20	2,25	1,251			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	27	2,33	1,861	-0,173	45	0,863
Organisatorisch/Patient	niedrig	20	1,25	1,118			
Ungehorsam	hoch	27	1,22	1,34	0,075	45	0,94
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	20	0,4	0,681			
prinzipieller Gehorsam	hoch	27	0,22	0,506	1,028	45	0,31
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	20	0,35	0,587			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	27	0,22	0,424	0,868	45	0,39
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	20	1,05	0,887			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	27	0,96	0,854	0,34	45	0,736
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	20	0,7	0,657			
Ungehorsam	hoch	27	1	1,109	-1,076	45	0,288

In Tabelle 74 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 74: t-Test des Summenscores der Dimension Offenheit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Offenheit (Median=3,33)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	18	7	3,773	1,411	40	0,166
	hoch	24	5,38	3,633			
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	18	4,78	2,074	0,039	40	0,969
	hoch	24	4,75	2,418			
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	18	8,06	3,404	-1,004	40	0,322
	hoch	24	9,21	3,878			
Ungehorsam	niedrig	18	4,72	2,718	-0,493	40	0,625
	hoch	24	5,21	3,451			

Tabelle 75 gibt die Zusammenhänge der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Offenheit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 75: Korrelation der Dimension Offenheit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Offenheit	Korrelation nach Pearson	-0,19	-0,10	0,24	0,04
	Signifikanz (2-seitig)	0,23	0,54	0,13	0,82
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Es können auf kategorialer Ebene (Profession/Patient) tendenziell signifikante Ergebnisse beobachtet werden. Hier zeigt sich, je niedriger die ärztlichen Offenheitswerte sind, desto öfter schätzen sie Pflegepersonen in diesen Situationen als prinzipiell gehorsam ein.

Insgesamt kann jedoch kein Zusammenhang zwischen den Offenheitswerten des ärztlichen Personals und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen hergestellt werden.

Verträglichkeit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 76 – Tabelle 78) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit des NEO-PI-R wieder.

In Tabelle 76 wird ein signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges in den Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=45)=-2,14$; $p=.038$) gezeigt.

Weiters werden drei tendenziell signifikante Ergebnisse in der Kategorie Profession/Patient der Antwortalternativen „abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber“ ($t(df=45)=-1,77$; $p=.084$), in der Kategorie Organisatorisch/Patient der Antwortalternativen „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=45)=-1,67$; $p=.097$) und der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges der Antwortalternativen „prinzipieller Gehorsam“ ($t(df=45)=1,73$; $p=.091$) beobachtet.

Tabelle 76: t-Test des Summenscores der Dimension Verträglichkeit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Verträglichkeit (Median=2,83)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	19	2,89	2,644			
prinzipieller Gehorsam	hoch	28	2,86	2,52	0,049	45	0,961
Profession/Patient	niedrig	19	2,05	1,87			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	28	2,93	1,514	-1,77	45	0,084
Profession/Patient	niedrig	19	3,68	2,605			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	28	5,04	2,912	-1,628	45	0,111
Profession/Patient	niedrig	19	1,95	2,272			
Ungehorsam	hoch	28	2,64	2,059	-1,09	45	0,282
Organisatorisch/Patient	niedrig	19	1,74	1,661			
prinzipieller Gehorsam	hoch	28	2,61	1,771	-1,695	45	0,097
Organisatorisch/Patient	niedrig	19	1,05	1,311			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	28	1,64	1,162	-1,623	45	0,112
Organisatorisch/Patient	niedrig	19	2,05	1,615			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	28	2,46	1,621	-0,856	45	0,397
Organisatorisch/Patient	niedrig	19	1,21	1,316			
Ungehorsam	hoch	28	1,25	1,206	-0,106	45	0,916
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	19	0,47	0,772			
prinzipieller Gehorsam	hoch	28	0,18	0,39	1,729	45	0,091
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	19	0,32	0,478			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	28	0,25	0,518	0,441	45	0,662
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	19	0,79	0,713			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	28	1,14	0,932	-1,397	45	0,169
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	19	0,53	0,612			
Ungehorsam	hoch	28	1,11	1,066	-2,143	45	0,038

In Tabelle 77 werden t-Tests des Summenscores der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen dargestellt. Es zeigt sich kein signifikantes Ergebnis im Gesamtscore zwischen den vier Antwortkategorien.

Tabelle 77: t-Test des Summenscores der Dimension Verträglichkeit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Verträglichkeit (Median=2,83)	Verträglichkeit					
		N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	16	6,06	3,941			
	hoch	26	6,08	3,687	-0,012	40	0,99
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	16	4,06	2,792			
	hoch	26	5,19	1,767	-1,611	40	0,115
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	16	7,75	3,531			
	hoch	26	9,31	3,718	-1,344	40	0,187
Ungehorsam	niedrig	16	4,38	3,403			
	hoch	26	5,38	2,954	-1,015	40	0,316

Tabelle 78 gibt die Zusammenhänge der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 78: Korrelation der Dimension Verträglichkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam (Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam (System)	Ungehorsam
Verträglichkeit	Korrelation nach Pearson	0,16	0,21	0,12	0,23
	Signifikanz (2-seitig)	0,31	0,18	0,45	0,14
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Signifikante Ergebnisse können nur auf kategorialer Ebene beobachtet werden. Hier zeigt sich, je mehr sich Ärzte selbst hohe Verträglichkeitswerte zuschreiben, desto seltener schätzen sie Pflegepersonen in Situationen die eher organisatorischer Art sind und keine Auswirkungen auf den Patienten haben als ungehorsam ein.

Insgesamt kann jedoch kein Zusammenhang zwischen den Verträglichkeitswerten des ärztlichen Personals und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen hergestellt werden.

Gewissenhaftigkeit

Die folgenden Tabellen (Tabelle 79 – Tabelle 81) geben die Ergebnisse für die Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R wieder.

Tabelle 79 zeigt ein signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Sonstiges in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=45)=-2,49$; $p=.016$). Weiters wird ein tendenziell signifikantes Ergebnis in der Kategorie Organisatorisch/Patient in der Antwortalternative „Ungehorsam“ ($t(df=45)=-1,98$; $p=.054$) beobachtet werden.

Tabelle 79: t-Test des Summenscores der Dimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R und den Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien

Gehorsamkeitsalternativen der Situationskategorien	Gewissenhaftigkeit (Median=4,0)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Profession/Patient	niedrig	37	2,73	2,567			
prinzipieller Gehorsam	hoch	10	3,4	2,503	-0,736	45	0,465
Profession/Patient	niedrig	37	2,54	1,82			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	10	2,7	1,252	-0,26	45	0,796
Profession/Patient	niedrig	37	4,46	3,024			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	10	4,6	2,171	-0,137	45	0,891
Profession/Patient	niedrig	37	2,11	2,17			
Ungehorsam	hoch	10	3,3	1,889	-1,58	45	0,121
Organisatorisch/Patient	niedrig	37	2,19	1,898			
prinzipieller Gehorsam	hoch	10	2,5	1,179	-0,491	45	0,626
Organisatorisch/Patient	niedrig	37	1,41	1,301			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	10	1,4	1,075	0,012	45	0,99
Organisatorisch/Patient	niedrig	37	2,32	1,717			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	10	2,2	1,229	0,214	45	0,832
Organisatorisch/Patient	niedrig	37	1,05	1,079			
Ungehorsam	hoch	10	1,9	1,595	-1,978	45	0,054
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	37	0,35	0,633			
prinzipieller Gehorsam	hoch	10	0,1	0,316	1,208	45	0,233
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	37	0,27	0,45			
abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	hoch	10	0,3	0,675	-0,166	45	0,869
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	37	1,05	0,911			
abgeschwächter Gehorsam(System)	hoch	10	0,8	0,632	0,826	45	0,413
Organisatorisch/Sonstiges	niedrig	37	0,7	0,845			
Ungehorsam	hoch	10	1,5	1,08	-2,493	45	0,016

In Tabelle 80 wird ein signifikantes Ergebnis in der Antwortkategorie „Ungehorsam“ ($t(df=40)=-2,041$; $p=.048$) beobachtet.

Tabelle 80: t-Test des Summenscores der Dimension Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

Gehorsamkeitsalternativen	Gewissenhaftigkeit (Median=4,0)	N	Mw	SD	T	df	Sig.
Prinzipieller Gehorsam	niedrig	32	6,09	4,051			
	hoch	10	6	2,667	0,068	40	0,946
Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	niedrig	32	4,88	2,379			
	hoch	10	4,4	1,838	0,578	40	0,567
Abgeschwächter Gehorsam(System)	niedrig	32	9,06	3,809			
	hoch	10	7,6	3,169	1,098	40	0,279
Ungehorsam	niedrig	32	4,47	2,951			
	hoch	10	6,7	3,234	-2,041	40	0,048

Tabelle 81 gibt die Zusammenhänge der Dimension Gewissenhaftigkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen an. Es gibt kein signifikantes Ergebnis. Somit kann kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit und den vier Gehorsamkeitsalternativen festgestellt werden.

Tabelle 81: Korrelation der Dimension Gewissenhaftigkeit und den Summenscores der Gehorsamkeitsalternativen

		Prinzipieller Gehorsam	Abgeschwächter Gehorsam(Opfer)	Abgeschwächter Gehorsam(System)	Ungehorsam
Gewissenhaftigkeit	Korrelation nach				
	Pearson	0,01	0,01	-0,04	0,19
	Signifikanz (2-seitig)	0,98	0,95	0,82	0,22
	N	42	42	42	42

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Die Ergebnisse können zum Einen auf der kategoriellen Ebene (Tabelle 98) und zum Anderen über alle Antwortalternativen (Tabelle 99) beobachtet werden. Je höher die Gewissenhaftkeitszuschreibung des ärztlichen Personals ausfällt, desto seltener schätzen sie Pflegepersonen in solchen Situationen als ungehorsam ein.

Es kann jedoch kein allgemeiner Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Verträglichkeit des ärztlichen Personal und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen gezeigt werden.

Regressionsanalyse

Zur zusätzlichen Überprüfung der bereits gefundenen Zusammenhänge / Unterschiede der einzelnen Extrema der Kategorien wurde eine lineare Regression der unabhängigen Variablen „Normorientierung“, „Neurotizismus“, „Prävention“, „Promotion“, „Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung“, „Berufsjahre über komplette Lebensspanne“, „Berufsjahre auf aktueller Station“ und „Alter“ über die abhängige Variable „Gehorsamkeits-Gesamtscore“ berechnet. Die erklärte Varianz wird durch R^2 mit .132 als nicht gerade gut beschrieben. Es werden also nur 13 % der Varianz der Kriteriumsvariable durch die acht Prädiktoren aufgeklärt. Die restlichen 87 % sind unbekannt.

Es bilden sich in den Variablen „Alter“ ($t=-5,10$; $p= >.001$), „Präventionsfokus“ ($t=2,86$; $p=.005$) und „Normorientierung“ ($t=-2,52$; $p=.012$) signifikante Ergebnisse ab. Die standardisierten Regressionskoeffizienten, in folgender Tabelle unter „Beta“ dargestellt, geben die Stärke des Prädiktors, welche zur Varianzaufklärung beitragen, an. Hier scheint das Alter der Pflegepersonen die wichtigste Rolle zu spielen, gefolgt vom Präventionsfokus und der Normorientierung einer Person.

Tabelle 82: Lineare Regression

Variablen	SE	Beta	T	Sig.
Alter	0,00	-0,28	-5,10	> .001
Prävention	0,00	0,16	2,86	.005
Normorientierung	0,02	-0,14	-2,52	.012

Tabelle 83: Lineare Regression – Ausgeschlossene Variablen

Ausgeschlossene Variablen	SE	Beta	T	Sig.
Neurotizismus	0,02	-0,02	-0,42	0,68
Promotion	0,00	0,06	1,05	
Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung	0,00	0,01	0,04	0,97
Berufsjahre über komplette Lebensspanne	0,00	-0,04	-0,24	0,81
Berufsjahre auf aktueller Station	0,00	0,06	0,79	0,43

Um eine Aussage über die Zusammenhänge dieser signifikanten Ergebnisse machen zu können wurde eine Korrelation über die Signifikanten Variablen berechnet. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge in der Variable „Alter“ ($r= -.287$; $p= >.001$) und der Variable „Präventionsfokus“ ($r= .245$; $p= >.001$). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Normorientierung einer Person

Tabelle 84: Korrelation des Gehorsamkeitsscores mit der Variable Alter, Präventionsfokus und der Normorientierung

		Alter	Präventionsfokus	Normorientierung
Gehorsamkeitsscore	Korrelation nach Pearson	-.287**	.245**	-.073
	Signifikanz (2-seitig)	> .001	> .001	.168
	N	360	338	360

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

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

Interpretation:

Aus den Ergebnissen geht klar hervor, dass nur 2 Faktoren einen Einfluss auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zu haben scheinen. Die Variable Alter bildet innerhalb der Regressionsanalyse ein signifikantes Ergebnis hinsichtlich des Einflusses auf die abhängige Variable des Gehorsams einer Pflegeperson ab. Schon in Hypothese 3 konnte ein Zusammenhang der Berufserfahrung, welche natürlich hoch mit dem Alter korreliert, auf die Gehorsamkeitsbereitschaft beobachtet werden. Jedoch scheint in Bezug auf alle Faktoren die Berufserfahrung kein ausreichend starker Faktor zu sein um hier ebenso signifikant zu werden. Die Variable Präventionsfokus bildet ebenso ein signifikantes Ergebnis innerhalb der Regressionsanalyse ab, was somit für einen Einfluss auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen zu haben scheint. Schon auf kategoriieller Ebene zeigen sich in Hypothese 8a signifikante Zusammenhänge die einen Zusammenhang zwischen Präventionsfokus und der Gehorsamkeitsbereitschaft herstellen. Die Variable Normorientierung bildet ein signifikantes Ergebnis innerhalb der Regressionsanalyse ab, was für einen Einfluss der Normorientierung auf die Gehorsamkeitsbereitschaft schließen lässt. Jedoch zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zum Gehorsamkeits-Gesamtscore sowie nur ein tendenziell signifikantes Ergebnis auf kategoriieller Ebene (Hypothese 6a). Dies spricht dafür, dass die Variable Normorientierung hier als Supressorvariable fungiert und keinen Einfluss auf die abhängige Variable Gehorsamkeit hat.

Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Krankenhauskontext. Es sollen genauer die bedingenden Faktoren für den Gehorsam ermittelt werden um eine Aussage über den Verlauf, innerhalb dieses Arbeitsfeldes treffen zu können.

Bereits im Jahr 1966 fand durch den Psychiater Charles Hofling und Kollegen eine Experimentalstudie zum Thema Gehorsamkeit von Pflegepersonal statt. Hierbei wurden 22 Krankenschwestern von einem unbekannten Anrufer, der sich als Arzt der Station ausgab, aufgefordert einem Patienten ein unbekanntes, nicht in der Medikamentenliste aufgeführtes Medikament namens Astroten zu verabreichen. Die Ergebnisse zeigten, dass 21 der 22 Krankenschwestern das Medikament verabreicht hätten ohne dessen genaue Wirkungsweise zu kennen. 1977 wurde eine Replikation von Hoflings Arbeit durch Rank und Jacobsen durchgeführt. Hierbei wurden 2 Hauptabbruchkriterien der ursprünglichen Studie verändert. Zum Einen durfte mit den Kollegen Kontakt aufgenommen werden und zum Anderen handelte es sich bei dem Medikament um Valium, ein in seiner Wirkungsweise durchaus sehr vertrautes. Hier kam es zu ganz anderen Ergebnissen. Nur 2 der 18 Teilnehmer hätten das Medikament verabreicht. Weiterführend wurde in einer Fragebogenerhebung von Krackow und Blass (1995) diese Thematik des Gehorsams von Pflegepersonen wieder aufgenommen. Es konnte hierbei gezeigt werden, dass die Hälfte der Personen eine unsachgemäße Anordnung dennoch ausführen würden.

Den Kernpunkt dieser Arbeit bildet der Gehorsamkeitsfragebogen von Antes (2008) aus einer vorangegangenen Diplomarbeit. Dieser soll die Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen abbilden. Es handelt sich hierbei um einen Fragebogen mit 27 Alltagssituationen aus dem Krankenhaus. Es werden hierbei 3 verschiedene Kategorien unterschieden. Die erste Kategorie „Profession/Patient“ spiegelt Situationen wieder die direkte Auswirkungen auf den Patienten haben, zum Beispiel die Verabreichung eines Medikaments. In der zweiten Kategorie „Organisatorisch/Patient“ handelt es sich um Situationen mit indirekten gesundheitlichen Auswirkungen für den Patienten, zum Beispiel eine Bewegungstherapie durchführen oder sich einfach nur mit dem Patienten unterhalten. Die dritte Kategorie „Organisatorisch/Sonstiges“ bezieht sich auf Situationen die nichts mit dem Patienten zu tun haben, zum Beispiel einen Patienten ausrufen zu lassen oder die Handschuhe zu sortieren. Die Items der 3 Situationskategorien sind jeweils mit 4 Antwortalternativen zu

beantworten,. a) Prinzipieller Gehorsam, b) abgeschwächter Gehorsam dem Opfer gegenüber, c) abgeschwächter Gehorsam dem System gegenüber, und d) Ungehorsam. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Antwort ausgewählt werden soll die am ehesten auf die eigene Person zutrifft.

Weiters wurde ein Gehorsamkeits-Gesamtscore erstellt, welcher den Gehorsam einer Pflegeperson adäquat abbilden soll. Dieser wurde durch eine Gewichtung der vier Antwortalternativen in Richtung des Gehorsams berechnet. Da sich die Auswertung hauptsächlich auf Mittelwertsvergleiche mittel t-Tests stützt kann hiermit der Unterschied im Gehorsam zwischen Gruppen sowie die Ausprägung des Gehorsams über die Mittelwerte erfasst werden.

Zusätzlich zur Erfassung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Personen der Pflege wurde auch eine Fremdeinschätzung des Gehorsams von Pflegepersonen über die zeitgleiche Befragung von ärztlichem Personal abgegeben. Diese erhielten ebenso den Gehorsamkeitsfragebogen von Antes (2008) jedoch in leicht modifizierter Form, da die Fragestellung an den ärztlichen Blickwinkel angepasst werden musste.

Die gesamte Befragung umfasste somit für alle Teilnehmer die Erhebung der demografischen Daten, Fragen zur beruflichen Situation, den KFZA-Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995), die SDO-Skala (Sidanius & Pratto, 1999), die Kurzversion des NEO-PI-R (NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa & McCrae, Revidierte Form; Ostendorf & Angleitner, 2004), die Skala zur Normorientierung (Saucier, 1994), den Situationsfragebogen (Antes, 2008), die Skala der Sozialen Dominanzorientierung (Sidanius et al., 1999) und die Promotion-Prävention-Skala (Lockwood et al., 2002).

Die Stichprobe umfasste 434 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 66 Personen des ärztlichen Dienstes. Insgesamt nahmen 43 Einrichtungen aller Bundesländer an der Studie teil.

Ergebnisse

Geschlecht

In der ersten Testung dieser Arbeit wurde ein möglicher Geschlechtsunterschied bei der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Pflegepersonal untersucht und in weiterer Folge wurden auch die Geschlechtsunterschiede bei ärztlichem Personal hinsichtlich der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen abgebildet.

In den Ergebnissen zeigt sich kein signifikanter Unterschied im Gehorsam zwischen Männern und Frauen beim Pflegepersonal. Lediglich auf Situations-Ebene scheinen sich Frauen von Männern in spezifischen Situationen zu unterscheiden. Männer scheinen sich in Situationen welche nach höherem Empathievermögen verlangen eher gehorsam zu verhalten, wobei hingegen Frauen diese eher in Frage stellen. Es kann auch beobachtet werden, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich der gesellschaftlich sozialisierten stereotypen Rollenbilder innerhalb einzelner Situationen unterscheiden. Bei ärztlichem Personal können ebenso keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Ärzten gefunden werden, auch nicht innerhalb der Situationen.

Berufserfahrung

Weiters wurde in dieser Arbeit wurde die Frage des Zusammenhangs von Berufserfahrung auf die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen und weiterführend auch die Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen durch das ärztliche Personal in Bezug auf die Berufsjahre untersucht. Es wird beobachtet, dass es bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Bereichen in denen sie direkt oder indirekt mit Patienten zu tun haben über alle Berufskategorien immer seltener „prinzipiellen Gehorsam“ zeigen je größer die Berufserfahrung ist. Schon Krackow et al. (1995) zeigten eine leichte Tendenz zwischen Berufserfahrung und Gehorsamkeit in ihrer Fragebogenstudie auf. Personen mit mehr Berufserfahrung beschrieben sich selbst als weniger gehorsam im Vergleich zu Personen mit weniger Berufserfahrung. Dies wurde durch den Expertisengewinn über die Berufsjahre erklärt, welcher die Pflegepersonen immer selbstbewusster und selbstsicherer werden lässt. Im Umkehrschluss zeigt sich über die steigenden Berufsjahre öfter eine Anordnungsverweigerung. Jedoch kann das nur innerhalb der Berufsjahre seit Abschluss der Ausbildung und der Berufsjahre über die komplette Lebensspanne gezeigt werden. Das Ausbleiben dieses Effekts in den Berufsjahren auf der aktuellen Station kann dadurch erklärt werden, dass die teilnehmenden Personen womöglich noch nicht allzu lange auf der aktuellen Station beschäftigt sind. Ärztliches Personal schätzt mit steigender Berufserfahrung auf der aktuellen Station,

in Situationen in denen Pflegepersonen nur indirekt mit Patienten zu tun haben als seltener „prinzipiell gehorsam“ ein. Die steigende Berufserfahrung geht zwangsläufig mit steigendem Alter der Pflegepersonen einher, was wiederum als bedingender Faktor für die Gehorsamkeitsbereitschaft beobachtet werden konnte.

Diplomart

Auch die unterschiedlichen fachspezifischen Ausbildungen von diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonen wurden in Bezug auf die Gehorsamkeitsbereitschaft untersucht. Es kann beobachtet werden, dass Pflegepersonen mit allgemeinen Diplom und Personen mit psychiatrischen Diplom nahezu gleich oft prinzipiellen Gehorsam zeigen. Weiters verweigern Personen mit psychiatrischen Diplom eher ärztliche Anordnungen als Personen mit allgemeinen Diplom. Wenn es jedoch um das Kontaktieren von Kollegen geht zeigen Personen mit allgemeinen Pflegediplom einen tendenziell höhere Ausprägung als Personen mit psychiatrischen Pflegediplom. Diese Unterschiede können auf die unterschiedlichen Ausbildungsgänge und deren Schwerpunktsetzung zurückgeführt werden. Das allgemeine Pflegediplom befähigt die Pflegeperson in mehreren Abteilungen ihren Dienst zu tun, wobei hingegen beim psychiatrischen Diplom sich das Arbeitsfeld auf Stationen beschränkt in dem psychiatrische Pflege von Nöten ist.

Beruflicher Status

Die unterschiedlichen beruflichen Stati ärztlichen Personals wurden hinsichtlich der Fremdeinschätzung des Gehorsams diplomierten Pflegepersonals untersucht. Es kann ein tendenziell signifikanter Unterschied in der Schätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zwischen dem beruflichen Status „Assistenzarzt“ und dem Status „Facharzt“ beobachtet werden. AssistenzärztInnen schätzen hierbei den Gehorsam der Pflegepersonen niedriger ein als Fachärzte. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Assistenzärzte hierarchisch noch nicht so gefestigt in der Krankenhausstruktur stehen wie Fachärzte. Es muss außerdem bedacht werden, dass Assistenzärzte in stärkerem Ausmaß im beruflichen Alltag mit Pflegepersonen interagieren und damit womöglich eine bessere Einschätzung des tatsächlichen Verhaltens dieser prognostizieren können.

Soziale Dominanzorientierung

Der Unterschied zwischen der Gehorsamkeitsbereitschaft und Personen, die hierarchische Systeme bevorzugen ist signifikant. Auch auf kategorieller Ebene kommt es zu signifikanten

Unterschieden bezüglich des abgeschwächten Gehorsams gegenüber dem System. Das heißt, Pflegepersonen die eher hierarchieflechte Systeme bevorzugen zeigen eher abgeschwächten Gehorsam und wenden sich bezüglich der Anordnungen öfter an das System als Personen die hierarchische Strukturen mögen. Bei ärztlichem Personal kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala der sozialen Dominanzorientierung und den Gehorsamkeitsalternativen postuliert werden. Auf kategorieller Ebene zeigen sich signifikante Ergebnisse, welche auch über alle Situationskategorien hinweg beobachtet werden. Hier kann Folgendes gezeigt werden. Je eher hierarchische Strukturen vom ärztlichen Personal präferiert werden, desto seltener schätzen sie die Pflegepersonen als abgeschwächt gehorsam gegenüber dem System ein.

Normorientierung

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Normorientierung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und der Gehorsamkeitsbereitschaft kann kein signifikanter Unterschied zwischen Personen, welche Normen bevorzugen und solchen die das nicht tun und sich selbst als aufgeschlossen beschreiben gefunden werden. Es wurde jedoch ein signifikanter Zusammenhang innerhalb der Antwortkategorien beobachtet werden. Je aufgeschlossener sich eine Pflegeperson beschreibt, desto öfter zeigt sie ungehorsames Verhalten. Bei ärztlichem Personal kommt es auf kategorieller Ebene zu signifikanten und tendenziell signifikanten Unterschieden. Es lässt sich beobachten, je aufgeschlossener sich ärztliches Personal beschreibt, desto eher schätzen sie die Pflegeperson in der Situationskategorie Profession/Patient, also Situationen in denen sie direkt mit dem Patienten zu tun haben als gehorsam ein. Insgesamt kann jedoch kein Zusammenhang zwischen Normorientierung des ärztlichen Personals und der Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen hergestellt werden.

Arbeitszufriedenheit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen konnte nicht gefunden werden. Weder auf kategorieller Ebene noch innerhalb der Antwortalternativen kommt es zu signifikanten Ergebnissen. Das Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass Pflegepersonen rein situativ nicht über ihre Arbeitszufriedenheit reflektieren bevor sie eine Handlung setzen und deshalb der Effekt nicht gezeigt werden kann. Beim ärztlichen Personal kann ebenso kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit des ärztlichen Personals und der Frem-

deinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft diplomierter Pflegepersonen hergestellt werden. Jedoch kann hier auf kategorieller Ebene jeweils immer in einer der drei Situationskategorien ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit hoher und niedriger Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die Einschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Pflegepersonen beobachtet werden. Je niedriger die Arbeitszufriedenheit einer Person des ärztlichen Personals ist, desto ungehorsamer wird die Pflegeperson in Situationen eingeschätzt die direkte Auswirkungen auf den Patienten haben, desto gehorsamer werden Pflegepersonen in Situationen eingeschätzt die indirekte Auswirkungen auf den Patienten haben und desto eher wird geschätzt, dass sich Pflegepersonen in Situationen die keine Auswirkungen auf den Patienten haben sich öfter ans System, also zum Beispiel einen Arzt/eine Ärztin wenden.

Präventions-Promotionsfokus

Weiters wurde untersucht ob sich präventions- und promotionsorientierte Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Gehorsamkeitsbereitschaft unterscheiden. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen präventions- und promotionsorientierten Personen hinsichtlich der Gehorsamkeitsbereitschaft gefunden werden. Jedoch wurden zahlreiche signifikante Zusammenhänge in separaten Testungen zwischen dem Gehorsamkeitsbereitschaft der Pflegeperson, dem Präventions- und Promotionsfaktor gefunden. In den Situationskategorien konnte bei Pflegepersonen ein tendenziell signifikanter Unterschied beobachtet werden. In Bezug auf den prinzipiellen Gehorsam in Situationen die direkte Auswirkungen für den Patienten haben geben präventionsorientierte Personen an sich häufiger prinzipiell gehorsam zu zeigen als promotionsorientierte Personen. Die Antwort „prinzipieller Gehorsam“ wies über alle Situationen einen signifikanten Zusammenhang zum Prävention-Promotion-Faktor auf.

Auch die Frage nach einem Unterschied in der Schätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft diplomierter Pflegepersonen von ärztlichem Personal wurde untersucht. Hier konnten keine Zusammenhänge gefunden werden.

Persönlichkeitsdimensionen

Diese Arbeit versucht auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Gehorsamkeitsbereitschaft einer Person zu machen. Bei Pflegepersonen zeigt sich in den Ergebnissen, dass es einen Zusammenhang der Persönlichkeitsdimension „Extraversion“ und der Gehorsamkeitsbereitschaft gibt. Es besteht ein negativer Zusammenhang in der Antwortkategorie „Ungehorsam“. Das heißt, je introvertierter sich eine Person beschreibt, desto eher zeigt sie ungehorsames Verhalten über die Situationen hinweg. In der Dimension „Ge-

wissenhaftigkeit“ konnte keine Signifikanz beobachtet werden, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass hier kein Zusammenhang zum Gehorsam einer Pflegeperson besteht. In den übrigen 3 Persönlichkeitsdimensionen, „Neurotizismus“, „Offenheit“ und „Verträglichkeit“ kann nur auf kategoriemäßiger Ebene Signifikanz in den Ergebnissen postuliert werden. Es wird beobachtet, dass emotional stabile Personen in der Dimension Neurotizismus seltener „abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber“ oder „abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber“ zeigen, sich jedoch öfter als ungehorsam beschreiben. Personen, welche sich als offen beschreiben, zeigen tendenziell weniger oft prinzipiellen Gehorsam, jedoch öfter abgeschwächten Gehorsam dem Opfer gegenüber, als Personen mit geringeren Ausprägungen in der Dimension Offenheit. Personen mit hoher Verträglichkeit schätzen sich seltener als ungehorsam ein in Situationen, die nicht direkt den Patienten betreffen und eher organisatorischer Art sind.

Auch die Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Pflegepersonen von ärztlichem Personal wurde hinsichtlich der Persönlichkeitsdimensionen untersucht. Also die Frage, ob die Persönlichkeit einer Person einen Einfluss auf die Fremdeinschätzung des Gehorsams einer anderen Person hat. Es wird gezeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen des ärztlichen Dienstes mit hohen und niedrigen Ausprägungen auf den 5 Persönlichkeitsdimensionen in Bezug auf die Fremdeinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft gibt. Jedoch kann auf kategoriemäßiger Ebene in 4 Dimensionen signifikante und tendenziell signifikante Unterschiede beobachtet werden.

Es kann gezeigt werden, je mehr sich ÄrztInnen selbst als emotional stabil beschreiben, desto eher schätzen sie Pflegepersonen in Situationen, die direkte Auswirkungen auf den Patienten haben, als abgeschwächt gehorsam dem Opfer gegenüber und in Situationen, die indirekte Auswirkungen auf den Patienten haben, als prinzipiell gehorsam ein. In Situationen, die keine direkten oder indirekten Auswirkungen auf den Patienten haben, schätzen ÄrztInnen, die sich als emotional stabil beschreiben, dass sich Pflegepersonen öfter abgeschwächt gehorsam verhalten und sich ans System wenden. Außerdem kann beobachtet werden, je weniger Offenheitswerte sich ÄrztInnen zuschreiben, desto öfter schätzen sie Pflegepersonen in Situationen, die direkte Auswirkungen auf den Patienten haben, als prinzipiell gehorsam ein. Je mehr sich Ärzte selbst hohe Verträglichkeitswerte zuschreiben, desto seltener schätzen sie Pflegepersonen in Situationen, die eher organisatorischer Art sind und keine Auswirkungen auf den Patienten haben, als ungehorsam ein. Außerdem wird gezeigt, je höher die Gewissenhaftkeitszuschrei-

bung des ärztlichen Personals ausfällt, desto seltener schätzen sie Pflegepersonen über alle Situationen hinweg als ungehorsam ein.

Regressionsanalyse

Die durchgeführte Regressionsanalyse konnte den Einfluss von 3 unabhängigen Variablen, „Alter“, „Präventionsfokus“ und „Normorientierung“, auf die Gehorsamkeitsbereitschaft hinsichtlich des Gehorsamkeits-Gesamtscores als abhängige Variable zeigen. Weiters wurde jedoch beobachtet, dass nur das Alter und der Präventionsfokus einen signifikanten Zusammenhang zur Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal aufwiesen. Die Variable Alter kann hierbei mit der Berufserfahrung, welche in den vorangehenden Berechnungen signifikante Zusammenhänge aufzeigte, in Verbindung gesetzt werden. Da üblicherweise mit steigendem Alter zum einen die Berufserfahrung und auch das Selbstbewusstsein oder ganz allgemein die Lebensexpertise steigt, verhalten sich Personen mit steigendem Alter oder wachsender Berufserfahrung eher ungehorsamer und stellen unübliche Anordnungen in Frage. Der Präventionsfokus einer Person beinhaltet auch die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus, welche ebenso signifikante Ergebnisse auf kategoriemäßiger Ebene zeigt. Präventionsorientierte Personen legen den Fokus auf das Vermeiden von Versagen in spezifischen Situationen und gehen lieber auf Nummer sicher. Das Selbe kann hinsichtlich der Dimension Neurotizismus von emotional instabilen Personen gesagt werden.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht den Aspekt der Gehorsamkeitsbereitschaft von diplomierten Gesundheits- und Pflegepersonen im Krankenhauskontext. Außerdem wird eine Fremdeinschätzung des Gehorsams von Pflegepersonen durch ärztliches Personal erhoben.

Die Erkenntnisse der dieser Arbeit spiegeln sich in den zugrundeliegenden Studien zur Gehorsamkeit von Milgram (1963, 1974), Hofling et al. (1966), Rank et al. (1977), Krackow et al. (1995), Antes (2008) wieder.

Der Hauptkritikpunkt an den zugrundeliegenden Gehorsamkeitsstudien war der fehlende Konnex zu Alltagssituationen. Antes (2008) verwendete in ihrer Arbeit einen Fragebogen mit 27 Alltagssituation, welche durch die Befragung von Personen des Pflegestandes erhoben wurden. Sie zeigte mit ihrer Arbeit, dass Pflegepersonen mit steigender Berufserfahrung sich seltener „prinzipiell gehorsam“ zeigten, wenn es sich um Anordnungen handelte die direkte oder indirekte Auswirkungen auf den Patienten haben. Wenn eine Pflegeperson eher hierarchiefache Systeme bevorzugt, zeigt sie öfter „abgeschwächten Gehorsam dem System gegenüber“. Auch bezüglich der Normorientierung einer Person kann gezeigt werden, je aufgeschlossener und je introvertierter sich eine Person beschreibt, desto „ungehorsamer“ ist sie. All diese Effekte konnten auch in dieser Untersuchung beobachtet werden. Antes (2008) konnte ebenso wie diese Studie keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern nachweisen. Der nicht gefundene Geschlechtsunterschied dieser Arbeit geht mit den Erkenntnissen von Blass (1995) konform, der lediglich in einer von 9 Studien zur Gehorsamkeit, welche Frauen und Männer in der Stichprobe enthielten, geringe Geschlechtsunterschiede finden konnte. Als weiterer Kritikpunkt ist die Heterogenität der Items des Gehorsamkeitsfragebogens von Antes (2008) zu diskutieren. Ein Chronbachs Alpha des Fragebogens von .627 ist als gerade noch akzeptabel einzustufen und führt zur Frage nach der Aussagekraft dieses Verfahrens. Ob das Fehlen einer realen Situation Auswirkungen auf die Selbsteinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft der teilnehmenden Personen gehabt hat bleibt ebenso offen. Krackow et al. (1995) diskutierten in ihrer Arbeit selbiges Problem, argumentierten jedoch mit dem dennoch hohen Gehorsam innerhalb ihrer Stichprobe.

Ein Vergleich zwischen Experimentalstudien und Fragebogenstudien gestaltet sich schwierig, da der Zugang durch verschiedene Grundbedingungen ein anderer ist. Dieses Misslingen einer Perspektivenübernahme von einer realen zu einer hypothetischen Situation wurde in einigen Studien zur Gehorsamkeit eindrucksvoll dargestellt (Hofling, 1966; Krackow et al., 1995). Da

in dieser Arbeit kein direkter Vergleich zu einer Experimentalgruppe gezogen werden kann, bleibt dieser Punkt hier unbeantwortet.

Der von den frühen Studien zur Gehorsamkeit postulierte „blinde Gehorsam“ gegenüber der Autoritätsperson (Milgram, 1963) wird immer mehr durch neuere Studien entkräftigt da es eher um die Bereitschaft des Einzelnen geht, Autoritäten zu gehorchen wenn diese der eigenen Einschätzung oder Glauben nach richtig handelt oder nicht (Haslam et al., 2012). Es geht auch klar aus dieser Arbeit heraus, dass dieser „blinde Gehorsam“ zumindest bei einer schriftlichen Befragung ausbleibt.

Soziale Erwünschtheit muss in einem streng hierarchischen und von Regeln geprägten Arbeitsumfeld wie dem des Krankenhauses ebenso als wichtiger Faktor in die Interpretation der Ergebnisse mitaufgenommen werden. Nach Fleming & Zizzo (2011) kann die Verfälschung der Beantwortung durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit auf die experimentelle und soziale Konformität bezogen werden. Den Teilnehmern wurde zwar im Vorfeld die Anonymität zugesichert, dennoch mussten sie zu Beginn viele Daten betreffend ihrer Person bekanntgeben welche sie eindeutig dieser Anonymität berauben konnten. Somit kann schon hier ein erster wichtiger Grundstein zur Beantwortung des Fragebogens in Richtung sozialer Erwünschtheit gelegt worden sein.

Diplomierte Pflegepersonen bekleiden im Krankenhauskontext durch eine strenge rechtliche Abgrenzung eine gefestigte Stellung gegenüber dem ärztlichen Personal, jedoch herrscht nach wie vor eine stark hierarchische Struktur welche sich über die Einstufung der Wichtigkeit der durchgeführten Tätigkeit definiert. Der geschichtliche Aspekt „Ärzte als Götter in weiß und Pflegeperson als dienende Hilfskraft“ darf in der Behandlung dieser Thematik nicht vergessen werden, da es sich bei der professionellen Pflege um ein noch sehr junges Berufsbild neben dem alteingesessenen Beruf „Arzt“ handelt. Die Zahl an männlichen Pflegekräften steigt jährlich, aber stellt noch immer den weitaus geringeren Anteil im Krankenhausalltag dar.

Zu den bekannten Diplomarten (allgemein/psychiatrisch/Kinder-und Jugend) einer Person der Pflege kommt nun ein weiteres hinzu. Mit dem weiteren Ausbildungsmöglichkeit zum „Bachelor der Krankenpflege“ werden sowohl die Arbeitsfelder im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege als auch die der angewandten Pflegewissenschaft bedient. Es gibt noch wenig

Einblick in den qualitativen Unterschied im Krankenhaus zwischen dieser neuen Ausbildung und den „alten“ Diplomarten.

Im Zusammenhang damit, sollten auch die unterschiedlichen einrichtungsspezifischen Regelung betreffend der Rechte und Pflichten der verschiedenen Ausbildungsarten von Pflegepersonen erwähnt werden. Wie kann es sein, dass Krankenhäuser trotz der engen gesetzlichen Rahmenbedingungen trotzdem eigene Handlungsspielräume für Pflegepersonen schaffen? Diese rechtlichen Grauzonen sind der Nährboden für Fehler und gehören behoben.

Die Gehorsamkeitsbereitschaft einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson kann durch einen starken situativen Charakter geprägt sein und wird nicht wie angenommen in hohem Maße durch die Persönlichkeitsfaktoren oder Arbeitszufriedenheit bedingt.

Zukünftige Untersuchungen zur Gehorsamkeitsbereitschaft im Krankenhauskontext müssen sich verstärkt der Beziehung zwischen ärztlichen- und Pflegepersonal annehmen um nach und nach die derzeit gegebenen Fehlerquellen grundsätzlich zu erschließen und versuchen zu beheben. Weiters könnten erneute Testungen im Feld mit paralleler Fragebogenerhebung eine aufschlussreiche Aktualisierung der knapp zwei Jahrzehnte zurückliegenden Ergebnisse darstellen.

Diese Arbeit soll einen Beitrag zum Forschungsbereich des Gehorsamkeitsaspektes im Krankenhaus leisten und eine Anregung für weitere Forschungsbemühungen darstellen.

Konklusion

Die Gehorsamkeitsbereitschaft einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson wird stark durch den situativen Charakter geprägt. Die Diskrepanz in den Ergebnissen von Experimentalstudien zur Gehorsamkeit und der schriftlichen Befragung dieser Thematik zeigen klar, dass sich Pflegepersonen in realen Situationen anders verhalten als sie dies im Zuge einer reflektierten Befragung einzelner Alltagssituationen tun. Je weiter man sich von der realen Situation entfernt und auch keine Autoritätsperson mehr in Reichweite ist, desto eher gibt man sozial erwünschte Antworten um die eigenen Moralvorstellungen und Werte zu bekräftigen. In realen Situationen spielen Faktoren wie die Angst die Arbeitsstelle zu verlieren oder auch nur die Angst eine Autorität, die eine gewisse Macht über das eigene Leben hat, zu verärgern, was einen Nachteil für sich selbst mit sich bringen würde eine große Rolle. Dieser autoritätsgetriebene Faktor wird in einer anonymen Befragung ausgeschlossen und man hat die Möglichkeit eine Anordnung imaginär zu verweigern wenn diese den eigenen Vorstellungen zuwider läuft ohne die Angst vor Konsequenzen haben zu müssen.

Ärztliches Personal schätzt die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen im Schnitt höher ein als das Pflegepersonen selbst tun. Dies kann ebenso auf das hierarchische Grundverständnis zurückzuführen sein, welches schon früh propagiert wird. Der Arzt/die Ärztin als Anordnende und die Pflegeperson als ausführende Instanz. Der Niveauunterschied zwischen ÄrztInnen und Pflegepersonen fußt auf einem veralteten Gesellschaftskonzept und gehört endgültig angeglichen, da beide gleichermaßen Berufsstände gleichermaßen voneinander abhängig sind.

Die in den meisten Krankenhauseinrichtungen noch immer streng hierarchisch geführte Krankenhausstruktur gehört grundlegend reformiert um ein faires und gleichberechtigtes Miteinander im Arbeitsalltag gewährleisten zu können und um Fehler welche aufgrund dieses Hierarchiegefälles passieren auszuschließen. Diesbezüglich könnte ein Training der Ungehorsamkeit von Pflegepersonen, z.B. in Form einer Kompetenzschulung oder Gruppensupervision, zielführend sein. Das Wachrufen der eigenen Fähigkeiten, des rechtlichen Handlungsspielraumes und der Verantwortung der Pflege innerhalb des Systems könnten als Katalysator für eine weniger devote Stellung innerhalb dieser Arbeitsstruktur dienen. Ungehorsamkeit sollte hierbei im Sinne der Verweigerung von augenscheinlich falschen Anordnungen verstanden werden, die aus der eingeschränkten Sichtweise des ärztlichen Personals in Bezug auf die persönlichen sowie medizinischen Belange der Patienten resultieren. Pflegepersonen müs-

sen mehr als nur die ausführende Instanz innerhalb des ärztlichen Umfeldes sein. Pflegepersonen müssen als autonome Fachexperten wahrgenommen und dementsprechend auch von ÄrztInnen im Arbeitsalltag respektiert werden.

Diese Arbeit zeigt auf, dass die Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen in einem Befragungssetting stark vom Faktor „Alter“ bedingt wird. Steigendes Alter geht in der Regel mit einer steigenden Berufserfahrung und einer altersbedingten Senkung von Neurotizismuswerten, also einer Steigerung der emotionalen Stabilität einher. Ebenso wurde gezeigt, dass es eine wichtige Rolle spielt ob sich eine Person eher präventions- oder eher promotionsorientiert beschreibt. Präventionsorientierte Personen zeigen sich eher bereit eine ärztliche Anordnung zu befolgen als promotionsorientierte Personen.

Weiters kann postuliert werden, dass es Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung der Gehorsamkeitsbereitschaft von Pflegepersonen und der Fremdeinschätzung dieser Bereitschaft von ärztlichem Personal gibt. Die Ergebnisse vieler vorangegangener Studien konnten in dieser Arbeit repliziert werden, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die grundlegenden Annahmen über die Prozesse innerhalb des Gehorsamkeitsparadigmas keinen allzu großen zeitlichen Veränderungen unterworfen sind.

Das komplexe Konstrukt der Gehorsamkeit wird weiterhin als wichtige Konstante eine tragende Rolle im täglichen sozialen Leben spielen.

Literaturverzeichnis

- Antes, V. (2008). *Zur Gehorsamsbereitschaft von Krankenpflegepersonal*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Asch, S. E. (1951). "Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments." Pp. 177-90 in H. Guetzkow (ed.), *Groups, Leadership, and Men*. Pittsburgh: Carnegie Press.
- Bail, K., Cook, R., Gardner, A., & Grealish, L. (2009). Writing ourselves into a web of obedience: A nursing policy analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1457–1466.
- Bates, B. (1972). Doctor and nurse: Changing roles and relationships. *AORN Journal*, 15, 53–62.
- Beauvois, J.-L., Courbet, D., & Oberlé, D. (2012). The prescriptive power of the television host. A transposition of Milgram's obedience paradigm to the context of TV game show. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/ European Review of Applied Psychology*, 62, 111–119.
- Benedict, S., Caplan, A., & Lafrenze Page, T. (2007). Duty and 'euthanasia': The nurses of Meseritz-Obrawalde. *Nursing Ethics*, 14, 781–794.
- Benedict, S., & Kuhla, J. (1999). Nurses participation in the 'Euthanasia' programs of Nazi Germany. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 246–263.
- Blass, T. (1995). Right-Wing authoritarianism and role as predictors of attributions about obedience to authority. *Personality and Individual Differences*, 19, 99–100.
- Blass, T. (1999). The Milgram paradigm after 35 years: Some things we now know about obedience to authority. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 955-978.
- Blass, T. & Schmitt, C. (2001). The nature of perceived authority in the Milgram paradigm: Two replications. *Current Psychology*, 20, 115-121.
- Blass, T. (2008). Obedience, destructive. In W.A. Darity (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 2nd ed., Vol. 6, 2-3. Detroit: Macmillan Reference.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Brief, A. P., Dietz, J., Reizenstein-Cohen, R., Pugh, S. D. & Vaslow, J. B. (2000). Just doing business: Modern racism and obedience to authority as explanations for employment discrimination. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 81, 72–97.
- Burger, J. M. (2009). Replicating Milgram: Would people still obey today? *American Psychologist*, 64, 1–11.

- Ehlbeck, I., Lohmann, A. & Prümper, J. (2006). *Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen mit dem KFZA – Praxisbeispiel Krankenhaus*. In: S. Leittretter (Hrsg.), *Arbeit in Krankenhäusern human gestalten* (S. 32-58). Düsseldorf: edition.
- Fleming, P., & Zizzo, D. J. (2011). Social desirability, approval and public good contribution. *Personality and Individual Differences*, 51, 258–262.
- Haslam, S. A., & Reicher, S. D. (2012) Contesting the “Nature“ of conformity: What Milgram and Zimbardo’s studies really show. *PLoS Biol*, 10: e1001426.
- Hofling, C. K., Brozman, E., Dalrymple, S., Graves, N., & Pierce, C. M. (1966). An experimental study in nurse-physician relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 171-180.
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2008). *Social psychology*. Harlow: Pearson education.
- Keller, J. & Bless, H. (2006). Regulatory fit and cognitive performance: The interactive effect of chronic and situationally induced self-regulatory mechanisms on test performance. *European Journal of Social Psychology*, 36, 393-405.
- Kelman, H. C., & Hamilton, V. L. (1989). *Crimes of obedience: Toward a social psychology of authority and responsibility*. New Haven, Conn: Yale University Press.
- Kilham, W., & Mann, L. (1974). Level of destructive obedience as a function of transmittel and executant roles in the Milgram obedience paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 696-702.
- Krackow, A., & Blass, T. (1995). When nurses obey or defy inappropriate physician orders: Attributional differences. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 585-594.
- Lockwood, P., Jordan, C. H., & Kunda, Z. (2002). Motivation by positive or negative role models: Regulatory focus determines who will best inspire us. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 854-864.
- Maibom, H. L. (2013). Limits of perspective taking. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 97, 511 – 516.
- Menche, N. (2006). *Repetitorium. Pflege heute*. München: Elsevier, Urban & Fischer. 1. Auflage.
- Milgram, S. (1964). Issues in the study of obedience: A reply to Baumrind. *American Psychologist*, 19, 848- 852.
- Milgram, S. (1965). *Obedience* [Film]. New York: New York University Film Library.
- Milgram, S. (1969). *Letter to Dr. Charles K. Hofling, January 14, 1969*. The Stanley Milgram Papers, Yale University Archives, New Haven, CT.

- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority: An experimental view*. New York: Harper & Row.
- Modigliani, A., & Rochat, F. (1995). The role of interaction sequences and the timing of resistance in shaping obedience and defiance to authority. *Journal of Social Issues*, 51, 107–123.
- Ostendorf, F., & Angleitner, A. (2004). *NEO-PI-R Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Packer, D. J. (2012). Conformity and Obedience. Invited article for V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Edition*, 580–588. San Diego: Academic Press.
- Passini, S., & Morselli, D. (2009). Authority relationships between obedience and disobedience. *New Ideas in Psychology*, 27, 96–106.
- Peabody, D. (1987). Selecting representative trait adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 59–71.
- Petersen, L. E., & Dietz, J. (2008) Employment Discrimination: Authority Figures' Demographic Preferences and Followers' Affective Organizational Commitment. *Journal of Applied Psychology*, 93, 1287–1300.
- Prümper, J., Hartmannsgruber, K., & Frese, M. (1995). KFZA. Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39, 125-132
- Rank, S., & Jacobson, C. (1977). Hospital nurses' compliance with medication overdose orders: A failure to replicate. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 188-193.
- Saucier, G. (1994). Separating description and evaluation in the structure of personality attributes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 141-154.
- Schurz, G. (1985). Experimentelle Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Bereitschaft zum destruktiven Gehorsam gegenüber Autoritäten. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 32, 160-177.
- Schwamberger, H., & Biechl, R. (2011). *GuKG - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz mit Kurzkommentaren*. 6. Auflage. Verlag Österreich.
- Seidler, E., & Leven, K. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sherif, M. A. (1935). A study of social factors in perception. *Archives of Psychology, New York, Columbia University*, 27, No. 187, 1-60.
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance. An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge: University Press.

- Six, B., Wolfradt, U., & Zick, A. (2001). Autoritarismus und soziale Dominanzorientierung als generalisierte Einstellung. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 9, 23-40.
- Statistisches Jahrbuch Österreichs 2014, Kapitel Gesundheit. Statistik Austria (Hrsg.) [Online], Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html
- Stöcker, G. (2002). *Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung*. Hannover: Schlütersche.

Anhang

Anhang A – Begrüßung

Sehr geehrte Teilnehmerin! Sehr geehrter Teilnehmer

Mein Name ist Joachim Habart, Student der Psychologie an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit interessiere ich mich für das Verhalten von Krankenpflegepersonal im beruflichen Alltag.

Nehmen Sie sich zur Beantwortung der Fragen genügend Zeit! Die Befragung wird rund 30 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen!

Bitte beantworten Sie jede Frage so ehrlich und spontan wie möglich und lassen Sie keine Aussage aus. Es gibt weder eine „richtige“ noch eine „falsche“ Antwort. Bitte betätigen Sie NICHT während der Testdurchführung den "Zurück-Button" Ihres Internetbrowsers, dies führt zum Testabbruch!

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich und anonym behandelt und nur im Rahmen dieser Diplomarbeit verwendet. Somit können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden!

Ich bedanke mich für Ihre Mithilfe und verbleibe mit freundlichen Grüßen!

Kontaktmöglichkeiten: Telefonnummer: 0699-17146951 Mail-Adresse: a0626385@gmx.at

Demographische Daten

Geschlecht:

- ☐ männlich
- ☐ weiblich

Alter:

Herkunftsland:

Muttersprache:

Höchste abgeschlossene Schulbildung:

- ☐ Hauptschule
- ☐ Lehrabschluss
- ☐ Matura/HTL etc.
- ☐ Universität / Fachhochschule

Familienstand:

- ☐ Partnerschaft
- ☐ ohne Partnerschaft

Anhang C – Fragen zur beruflichen Situation

Fragen zu Ihrer beruflichen Situation

Bitte geben Sie den Namen Ihrer Einrichtung an: (z.B. AKH Wien)

Sehr WICHTIG, um die Fragebögen bei der Auswertung den einzelnen Einrichtungen zuzuordnen! Aufgrund der Anonymität kann KEIN Rückschluss auf Sie und Ihre Angaben gezogen werden!!!

Welches Krankenpflegediplom haben Sie?

- ☐ allgemein
- ☐ psychiatrisch
- ☐ Kinder & Jugend
- ☐ Bachelor der Krankenpflege
- ☐ Sonstiges

Wie viele Berufsjahre haben Sie seit Abschluss des Diploms?

Wie viel Berufsjahre haben Sie inklusive Schulzeit, Pflegehelfer/in, Stationsgehilfe/gehilfin oder ähnlichem?

Auf welcher Station arbeiten Sie derzeit? (zB.: Station für innere Medizin, Chirurgie, psychiatrische Akutstation, etc.)

Wie viele Jahre, zu wieviel Stunden pro Woche, arbeiten Sie bereits auf dieser Station?

Jahre mit Std./Woche

Anhang D – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse – KFZA

Im folgenden Fragebogen sehen Sie einige Fragen zu Ihrem Arbeitsumfeld. Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten auf Ihre Arbeitsstätte zutrifft. Zur Bewertung steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Bitte beantworten Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich und lassen Sie keine Aussage aus.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft voll zu
Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen?	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich nicht auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Unsere Einrichtung bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Wieviel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe zuviel Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde bei meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen (z.B. durch das Telefon).	☐	☐	☐	☐	☐
Diese Arbeit erfordert keine enge Zusammenarbeit mit anderen Leuten im Betrieb.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn Sie Ihre Tätigkeit betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen?	☐	☐	☐	☐	☐
An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend.	☐	☐	☐	☐	☐
Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen?	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit ist nicht so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hält in der Abteilung gut zusammen. Ich stehe nie unter Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐	☐

Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel (z.B. Computer) nicht zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich während der Arbeit mit verschiedenen Kollegen über dienstliche und private Dinge unterhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen, wie Lärm, Klima, Staub.	☐	☐	☐	☐	☐
Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Leitung des Betriebes ist nicht bereit, die Ideen und Vorschläge der Arbeitnehmer zu berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde, unterschiedliche Arbeitsaufgaben.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann mich auf meinen direkten Vorgesetzten verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bekomme von Vorgesetzten und Kollegen nie Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Können Sie Ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen?	☐	☐	☐	☐	☐
Über wichtige Dinge und Vorgänge in unsrem Betrieb sind wir ausreichend informiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen.	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang E – Persönlichkeitsinventar NEO-PI-R

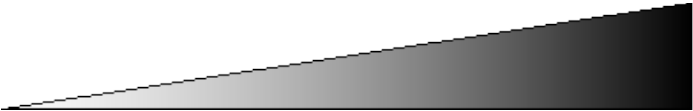
Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen aufmerksam durch und kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Zur Bewertung jeder Aussage steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Bitte beantworten Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich. Lassen Sie keine Aussage aus, auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme weder zu noch nicht zu	Stimme etwas zu	Stimme sehr zu
Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hält mich nicht für eine reizbare oder leicht erregbare Person.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten, meinen Begierden zu widerstehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbreche.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	☐	☐	☐	☐	☐
Es fällt mir schwer, eine führende Rolle zu übernehmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal habe ich etwas nur wegen des Nervenkitzels getan.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich versuche, mit meinen Gedanken bei der Realität zu bleiben und vermeide Ausflüge ins Reich der Phantasie.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erlebe einen weiten Bereich verschiedener Gefühle und Empfindungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich ziehe es vor, meine Zeit in vertrauter und bekannter Umgebung zu verbringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass die meisten Menschen im Grunde gute Absichten haben.	☐	☐	☐	☐	☐
Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn jemand einen Streit anzettelt, bin ich bereit zurückzuschlagen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich anderen überlegen bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde Mitgefühl für Menschen, denen es weniger gut geht als mir.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte mich auf dem Laufenden und treffe gewöhnlich intelligente Entscheidungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten, mich dazu zu bringen, das zu tun, was ich tun sollte.	☐	☐	☐	☐	☐
Bevor ich handle, überdenke ich grundsätzlich die möglichen Konsequenzen.	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang F – Skala der Normorientierung

Bitte lesen Sie jedes der folgenden Eigenschaftswörter aufmerksam durch und kreuzen Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft. Zur Bewertung steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Bitte beantworten Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich und lassen Sie keine Aussage aus.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft etwas zu	Trifft voll zu
					
altmodisch	☐	☐	☐	☐	☐
aufgeschlossen	☐	☐	☐	☐	☐
ehrfürchtig	☐	☐	☐	☐	☐
freigeist	☐	☐	☐	☐	☐
gehorsam	☐	☐	☐	☐	☐
konservativ	☐	☐	☐	☐	☐
konventionell	☐	☐	☐	☐	☐
moralisch	☐	☐	☐	☐	☐
nachgiebig	☐	☐	☐	☐	☐
nicht der Norm entsprechend	☐	☐	☐	☐	☐
nicht religiös	☐	☐	☐	☐	☐
rebellisch	☐	☐	☐	☐	☐
religiös	☐	☐	☐	☐	☐
traditionell	☐	☐	☐	☐	☐
unberechenbar	☐	☐	☐	☐	☐
unbeständig	☐	☐	☐	☐	☐
ungewöhnlich	☐	☐	☐	☐	☐
unmoralisch	☐	☐	☐	☐	☐
vorhersehbar	☐	☐	☐	☐	☐
zwanglos	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang F – Gehorsamkeitsfragebogen für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Der folgende Fragebogen erfasst ihr Verhalten im Berufsalltag. Sie finden verschiedene Situationen aus dem Pflegealltag beschrieben. Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch. Vier Antwortmöglichkeiten sind Ihnen vorgegeben, von denen Sie jene ankreuzen sollen, die am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte wählen Sie immer nur eine Antwortmöglichkeit und antworten Sie so spontan wie möglich.

1. Auf Ihrer Station befindet sich ein Patient mit massiven Medikamentennebenwirkungen. Da dieser Patient vom Primar persönlich medikamentös eingestellt worden ist, traut sich niemand von den Ärzten, eine Medikamentenumstellung vorzunehmen. Die verantwortlichen Medikamente sollen auch heute in Ihrem Dienst weiterhin verabreicht werden. Wie verhalten Sie sich?

- ☐ Da ich als Pflegeperson nicht befugt bin, Medikamentenumstellungen vorzunehmen, muss ich die Medikamente wie vorgeschrieben verabreichen. Jedoch werde ich den Arzt nochmals auf die Nebenwirkungen bei dem Patienten hinweisen.
- ☐ Ich mache den Arzt nochmals auf die Nebenwirkungen aufmerksam. Wenn keine Änderung der Medikamente vorgenommen wird, werde ich dies in der Kurve dokumentieren und dem Patienten die Medikamente verabreichen.
- ☐ Ich halte Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt und lege meine Bedenken vor. Anschließend dokumentiere ich das Gespräch.
- ☐ Ich verabreiche die Medikamente nicht, schreibe meine Gründe in die Dokumentation und informiere den diensthabenden Arzt.

2. Auf Ihrer Station liegt ein multimorbider Patient mit einer PEG-Sonde, die an Zusatzernährung angeschlossen ist, der über Schmerzen in den Beinen und im Rücken klagt. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet Ihnen an, diesen Patienten in einem Lehnstuhl zu mobilisieren. Was tun Sie?

- ☐ Ich werde ihn mobilisieren.
- ☐ Ich wäge die Für und Wider einer Mobilisation ab und bespreche das mit dem Patienten. Wenn wir uns gemeinsam dazu entschließen, dann werde ich ihn mobilisieren, zuerst Oberkörper- Hochlagerung und ev. Querbett sitzen versuchen.
- ☐ Ich konsultiere den Arzt und bitte um eine Schmerztherapie.
- ☐ Ich informiere den Arzt darüber, dass der Patient über Schmerzen klagt und ich ihn deshalb nicht mobilisieren werde.

3. Sie sehen einen Patienten, der nicht von Ihrer Station ist, zuckend am Boden vor dem Lift liegen. Sofort ist Ihnen klar, dass es sich um einen epileptischen Anfall handelt. Ein Arzt kommt dazu und weist Sie an, bestimmte Medikamente zu organisieren. Was machen Sie?

- ☐ Ich organisiere die Medikamente.
- ☐ Ich organisiere die Medikamente, weise aber darauf hin, dass ich für diesen Patienten nicht zuständig bin.
- ☐ Ich hole eine zuständig Pflegeperson von der Station des Patienten.
- ☐ Ich organisiere die Medikamente nicht, weil ich mich nicht zuständig fühle.

4. Bei einem Langzeitpatienten auf Ihrer Station steht eine Mrsa-Infektion im Raum, die allerdings nicht bestätigt ist. Der Patient ist an einen Rollstuhl angewiesen, um sich fortzubewegen. Der Stationsarzt/ die Stationsärztin ordnet an, dass der Patient das Zimmer nicht verlassen darf, solange die Mrsa-Infektion nicht geklärt ist. Die Anordnung ist nicht in der Patientendokumentation schriftlich festgehalten. Wie verhalten Sie sich?

- ☐ Ich halte mich an die Anordnung, für die schriftliche ärztliche Festhaltung der Anordnung fühle ich mich nicht verantwortlich. Allerdings dokumentiere ich die ärztliche Anordnung im Pflegebericht.
- ☐ Da die Sicherheit von anderen Patienten gefährdet ist, wird der betroffene Patient so lange auf bestimmte Bereiche „beschränkt“, bis der Befund vorhanden ist.
- ☐ Ich befolge die Anordnung, wenn ich eruiert habe, woher die Verdachtsdiagnose kommt.
- ☐ Ich verlange, dass die Anordnung schriftlich festgehalten wird.

5. Hr. Müller hat seit zwei Wochen 3xtgl. Blutdruckkontrolle angeordnet. Sie sehen in seiner Patientendokumentation, dass sein Blutdruck immer im Normbereich und daher unauffällig ist. Die Anordnung besteht trotz der Weitergabe dieser Information weiterhin. Wie verhalten Sie sich?

- ☐ Ich würde trotzdem weiter kontrollieren. Ist schließlich eine Anordnung, die keinem schadet.
- ☐ Ich reduziere die Messung auf 2x täglich.
- ☐ Ich werde dem Arzt bei der Visite die Werte noch einmal zeigen und bitten die Kontrolle auf 1x täglich zu reduzieren.
- ☐ Ich messe nicht.

6. Sie arbeiten auf einer chirurgischen Station. Es wurden vor einiger Zeit braune sterile OP- Handschuhe geliefert, mit denen die Ärzte nicht operieren wollen. Nun beauftragt Sie die Stationsleitung damit, die Handschuhe einzeln auszupacken und zu den „normalen“ Handschuhen dazuzugeben, damit sie im pflegerischen Alltag verwendet werden. Was tun Sie?

- ☐ Ich finde, das kann man ohne weiteres tun. Sonst haben die Handschuhe ja keine Verwendung.
- ☐ Wenn es meine Zeit zulässt, werde ich es machen. Darunter darf aber nicht die Betreuung der Patienten leiden, da das eigentlich nicht zu meinem Aufgabenbereich gehört.
- ☐ Ich werde diese Arbeit, wenn möglich, delegieren, z.B. an einen Pflegehelfer. Nur wenn ich sonst keine dringenderen Tätigkeiten zu verrichten habe und keine Möglichkeit zu delegieren besteht, führe ich diese Arbeit selbst aus.
- ☐ Ich delegiere die Arbeit an einen Hilfsdienst und überprüfe die Wirtschaftlichkeit.

7. Sie arbeiten auf einer geriatrischen Abteilung. Frau Hiller liegt im Sterben, es ist kein Kontakt mehr zu ihr herstellbar, sie isst nicht mehr und hat die ganze Zeit ihre Augen zu. Laut Lagerungsplan ist sie zweistündlich umzulagern. Das ist mit einer großen Anstrengung für Fr. Hiller verbunden. Was tun Sie?

- ☐ Trotz Anstrengung mache ich das natürlich.
- ☐ Ich überarbeite den Lagerungsplan und berücksichtige dabei den Zustand der Patientin.
- ☐ Ich beantrage eine Schmerztherapie und lagere nach Toleranz und Möglichkeit.
- ☐ Ich lagere Fr. Hiller nicht und schreibe dies auch mit Begründung in den Pflegebericht.

8. Sie arbeiten auf einer geriatrischen Station. Hr. Klinger liegt im Sterben. Er hat eine PEG- Sonde und soll laut Patientendokumentation 3x tgl. Sondenernährung verabreicht bekommen. Was machen Sie?

- ☐ Ich verabreiche die Nahrung laut ärztlicher Anordnung.
- ☐ Wenn der Patient die Nahrung verträgt, werde ich sie weiterhin verabreichen.
- ☐ Das Betreuungskonzept für Hrn. Klinger mit Kollegen besprechen und jegliche Pflegemaßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Befindlichkeit des Patienten überprüfen.
- ☐ Ich werde dies im Team im Beisein der Ärzte besprechen und diese Anordnung hinterfragen.

9. Sie arbeiten auf einer Pulmologie und zu Ihren Aufgaben gehört es, Patienten kurz vor ihrer Entlassung, auf ein mobiles Inhalationsgerät für den Gebrauch zu Hause einzuschulen. Der Stationsarzt/die Stationsärztin beauftragt Sie Hrn. Meier, einen 80jährigen dementen Patienten auf dieses Gerät einzuschulen. Was machen Sie?

- ☐ Ich werde versuchen, dem Patienten das Gerät so einfach wie möglich zu erklären.
- ☐ Ich versuche es und beziehe auf alle Fälle Angehörige bei der Einschulung mit ein.
- ☐ Ich teile dem Arzt meine Zweifel über die Sinnhaftigkeit der Einschulung mit und schule Angehörige auf das Gerät ein.
- ☐ Ich erkläre dem Arzt, dass eine solche Schulung nicht erfolgreich wäre.

10. Sie arbeiten auf einer Station für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pulmologie. In Ihrer Gruppe ist ein 70jähriger Patient nach einer Infektion, der 10l Sauerstoff braucht. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ordnet an, dieser Patient soll noch heute mobilisiert werden. Was tun Sie?

- ☐ Ich werde ihn so weit wie möglich mobilisieren.
- ☐ Ich werde den Patienten mobilisieren, so gut es mit seiner körperlichen Verfassung möglich ist.
- ☐ Ich versuche zu mobilisieren, werde aber bei der kleinsten Reaktion des Patienten auf Unwohlsein unterbrechen und dem Arzt Bericht erstatten.
- ☐ Ich erkläre dem Arzt den Zustand des Patienten und werde ihn nicht mobilisieren.

11. Sie arbeiten auf einer Station mit postoperativen Patienten. Hr. König wurde am Sternum operiert, ist Schmerzpatient und klagt auch über starke Schmerzen im Sternumbereich. Der Operateur ordnet Ihnen den Verbandswechsel am Sternum auf der Station an. Was tun Sie?

- ☐ Ich wechsele den Verband und achte auf Veränderungen und Entzündungszeichen.
- ☐ An erster Stelle steht die Schmerzlinderung, dann der Verbandswechsel.
- ☐ Nach der Schmerzmittelgabe erfolgt der Verbandwechsel gemeinsam mit dem diensthabenden Arzt.
- ☐ Die Begutachtung der Wunde obliegt dem Arzt an dieser Station.

12. Sie haben Nachtdienst. Einer Ihrer Patienten, Hr. Kaiser, ist sehr unruhig und kann nicht schlafen. Sie haben bereits den Raum gelüftet, ihm heiße Milch mit Honig gegeben, er hat bereits mehrere Zigaretten geraucht und auch entlastende Gespräche konnten ihn nicht beruhigen. Der diensthabende Arzt/Ärztin wurde zweimal verständigt und ist auf dem Laufenden. Nun rufen Sie den Arzt/die Ärztin zum dritten Mal an und diese(r) ordnet ein Schlafmittel per Telefon an. Was tun Sie?

- ☐ Ich würde es in der Dokumentation festhalten und dem Patienten die Medikamente geben.
- ☐ Wenn der Patient das Medikament schon zu einem früheren Zeitpunkt erhalten und keine Nebenwirkungen gezeigt hat, gebe ich es ihm und der Arzt muss es am Morgen in die Kurve eintragen.
- ☐ Ich bitte den Arzt, das Medikament per Fax zu verordnen.
- ☐ Ich bitte den Arzt zu kommen und den Patienten zu begutachten.

13. Sie machen ein Praktikum auf einer akut-psychiatrischen Station. Es ist Ihre erste Woche und Sie erhalten die Anweisung vom Arzt/der Ärztin einem Patienten 90 gtt Psychopax (flüssiges Benzodiazepin) zu verabreichen. Was machen Sie?

- ☐ Ich verlasse mich auf die Anweisung des Arztes und verabreiche die Medikation.
- ☐ Wenn es schriftlich angeordnet ist, gebe ich die Medikamente.
- ☐ Ich frage wegen der Dosierung noch einmal nach und bei Bestätigung gebe ich sie.
- ☐ Ich werde die Anordnung an erfahrene Kollegen delegieren.

14. Sie waren gerade drei Wochen auf Urlaub und heute ist Ihr erster Dienst. In der Patientendokumentation von Hrn. Berger (ein neuer Patient, den Sie nicht kennen) lesen Sie, dass dieser am Nachmittag eine Infusion mit hoher Medikamentendosierung erhalten soll. Er ist in Ihrer Gruppe und Sie sollen die Infusion anhängen. Einen Venflon hat er bereits. Was tun Sie?

- ☐ Wenn die Anordnung vom Arzt unterzeichnet ist, führe ich sie durch.
- ☐ Ich informiere mich, warum der Patient die Infusion erhält. Wenn es auf dieser Station üblich ist, dass Pflegepersonal Infusionen anhängt, werde ich das auch tun.
- ☐ Ich frage nach, ob diese Anordnung wichtig ist. Erst nach Absicherung durch den Arzt verabreiche ich das Medikament.
- ☐ Ich richte die Infusion laut Anordnung her und verständige den Beidienstarzt zum Anhängen.

15. Ein Kollege/eine Kollegin bittet Sie, ihm/ihr bei der Mobilisation eines schweren Patienten zu helfen. Was tun Sie?

- ☐ Ich helfe ihm/ihr.
- ☐ Ich helfe ihm/ihr, wenn es mein Tagesablauf zulässt.
- ☐ Ich lese in der Dokumentation nach, ob die Mobilisation schon gerechtfertigt ist und spreche mit dem Kollegen/der Kollegin.
- ☐ Ich sage ihm/ihr, dass ich keine Zeit habe und er/sie sich an einen anderen Kollegen/eine andere Kollegin wenden soll.

16. Sie arbeiten auf einer geriatrischen Station und zu Ihren Hauptaufgaben am Vormittag zählt die Grundpflege der Patienten. Die Stationsleitung sagt Ihnen aufgrund knapper Handschuhressourcen, dass Sie die Grund- und Intimpflege ohne Handschuhe durchführen sollen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Wenn keine Infektionsgefahr besteht, ist das kein Problem.
- ☐ Bei intaktem Hautzustand führe ich die Grundpflege ohne Handschuhe durch, nicht aber die Intimpflege.
- ☐ Ich bin auf keinen Fall damit einverstanden und fordere von der Stationsleitung, mir Handschuhe zu besorgen. Die Grundpflege kann ich auch ohne Handschuhe machen, nicht aber die Intimpflege.
- ☐ Die Stationsleitung hat mir dies nicht anzuordnen, ich verwende weiterhin Handschuhe.

17. Sie arbeiten auf einer psychiatrischen Allgemeinstation. Hr. Huber ist ein untergebrachter, sehr angespannter, aggressiver Patient, der in einem PIB (Psychiatrisches Intensivbett) liegt. Ihre Stationsleitung weist Sie an, mit Hrn. Huber duschen zu gehen. Was tun Sie?

- ☐ Obwohl ich Bedenken habe, Hr. Huber könnte mir etwas antun, gehe ich mit ihm duschen.
- ☐ Ich frage den Patienten, ob er duschen gehen will. Wenn er das möchte, begleite ich ihn.
- ☐ Ich würde einen Kollegen bitten, mich bei dieser Aufgabe zu unterstützen.
- ☐ Wenn Hr. Huber noch angespannt ist, werde ich ihn nicht zum jetzigen Zeitpunkt duschen.

18. Sie arbeiten auf einer psychiatrischen Aufnahmestation. Zur Aufnahme kommt ein unruhiger, uneinsichtiger, sehr angespannter Patient. Der Stationsarzt ordnet Ihnen an, noch 4 weitere Ampullen Valium herzurichten. Was machen Sie?

- ☐ Ich richte die Ampullen her.
- ☐ Ich richte sie her und suche mit dem Patienten eine Gesprächsbasis.
- ☐ Ich schlage dem Arzt vor, zwei Ampullen vorzubereiten.
- ☐ Da ich mit meinen Patienten sehr viel zu tun habe, sage ich dem Arzt, dass ich das Valium nicht herrichten kann.

19. Sie arbeiten auf einer Rehabilitationsstation und es gibt die Möglichkeit, Patienten über eine Rufanlage „ausrufen“ zu lassen. Der Stationsarzt/die Stationsärztin ihrer Abteilung steht neben dem Telefonapparat und bittet Sie, den Patienten Hr. Müller ausrufen zu lassen. Sie sind gerade damit beschäftigt Medikamente herzurichten und müssten diese Tätigkeit unterbrechen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Es spricht nichts dagegen das zu tun.
- ☐ Da gerade ein Mitpatient vorbeikommt bitte ich diesen Hrn. Müller zu suchen und ihn zum Stützpunkt zu schicken.
- ☐ Ich rufe den Patienten aus und mache den Arzt darauf aufmerksam, dass er das auch selber machen darf.
- ☐ Ich bitte den Arzt den Patienten selbst auszurufen.

20. Sie arbeiten auf einer Station für innere Medizin. Eine Patientin, die heute aufgenommen wurde, beginnt am Nachmittag anzufiebern. Der diensthabende Arzt/die Ärztin ordnet Ihnen übers Telefon an, der Patientin Ciproxin i.v. anzuhängen, einen Venflon hat sie bereits liegen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich gehe gleich nach dem Telefongespräch und hänge die Infusion an.
- ☐ Ich weise den Arzt darauf hin, dass ich als Pflegeperson keine Antibiotika anhängen darf. Wenn er darauf besteht, werde ich das angeordnete Medikament anhängen und dies genau dokumentieren.
- ☐ Die Erstmedikation erfolgt nur in Anwesenheit des Arztes.
- ☐ Ich hänge es nicht an und sage dem Arzt er soll persönlich kommen.

21. Sie haben die Patientin Fr. Huber gerade pflegerisch auf der Station aufgenommen und einen ersten vertrauensvollen Kontakt mit ihr hergestellt. Eine vermutete Schwangerschaft steht im Raum und Frau Huber muss dringend auf eine gynäkologische Abteilung. Sie ist sehr ängstlich und bittet Sie um ihre Begleitung. Es sind genug Kollegen im Dienst, jemand könnte für zwei Stunden ihre anderen Patienten übernehmen. Trotzdem sagt die Stationsleitung, Sie dürfen nicht mitfahren. Was tun Sie?

- ☐ Ich akzeptiere die Entscheidung der Stationsleitung. Dienst ist Dienst.
- ☐ Ich fordere noch einmal mit Nachdruck mein Begleiten ein. Wenn es trotzdem nicht erlaubt wird, erkläre ich es der Patientin.
- ☐ Ich versuche, die Stationsleitung von der Sinnhaftigkeit meiner Begleitung zu überzeugen.
- ☐ Ich begleite Fr. Huber ohne Erlaubnis, weil ich überzeugt bin, dass es für sie eine sehr wichtige Unterstützung darstellt. Über mögliche disziplinäre Konsequenzen bin ich mir im Klaren und nehme diese in Kauf.

22. Sie haben einen unruhigen Patienten auf Ihrer Station. Es ist unbedingt notwendig, dass dieser Patient einen Venflon erhält. Der Stationsarzt/die Stationsärztin beauftragt Sie, den Arm des Patienten festzuhalten. Was machen Sie?

- ☐ Ich halte den Arm fest, während der Arzt einen Zugang sticht.
- ☐ Ich rege ein Gespräch mit dem Patienten an und hole Kollegen zu Hilfe.
- ☐ Mit Unterstützung von Kollegen halte ich den Arm fest.
- ☐ Das werde ich nicht machen. Der Patient hat ein Recht darauf, die Behandlung zu verweigern.

23. Die Patientin Frau Berger leidet an einem nicht heilen wollenden Ulcus cruris am rechten Bein. Sie erhält seit drei Wochen eine Lokaltherapie, die keinerlei Veränderung bewirkt und von der Sie denken, dass sie für Frau Berger falsch ist. Sie haben heute Dienst und Frau Berger ist in ihrer Gruppe. Der Stationsarzt/die Stationsärztin will die angeordnete Lokaltherapie nicht verändern. Was tun Sie?

- ☐ Ich dokumentiere das Geschehen im Pflegebericht, informiere den Arzt und wende die Therapie unverändert weiter an.
- ☐ Ich frage Fr. Berger, ob sie Schmerzen verspürt und was sie von der Therapie hält. Wenn sie zufrieden ist und keine Schmerzen hat, dann führe ich die Therapie weiter aus wie bisher.
- ☐ Ich spreche die nicht erfolgreiche Therapie bei der Visite an. Wenn der Stationsarzt die Therapie fortsetzen will, so werde ich sie weiterhin anwenden.
- ☐ Ich werde mit dem Stationsarzt reden und einen dermatologischen Konsiliardienst vorschlagen.

24. Im Dienst fällt Ihnen auf, dass Fr. Klinger medikamentös überdosiert ist. Der Stationsarzt erhöht die Medikation weiter. Was tun Sie?

- ☐ Ich verabreiche Fr. Klinger die angeordneten Medikamente.
- ☐ Ich begutachte Fr. Klinger eingehend und entscheide, welche Medikamente ich weglassen kann, um ihren Zustand nicht zu verschlechtern.
- ☐ Ich frage beim Arzt nach, aus welchem Grund der Patient die Medikamente in so hoher Dosis erhalten soll. Erst nach dem Gespräch mit dem Arzt werde ich die Medikamente verabreichen.
- ☐ Ich hinterfrage die Anordnung.

25. Sie arbeiten auf einer Gerontopsychiatrie. Die Patientin Fr. Meier war in den letzten zwei Nächten unruhig und stand öfter auf in der Nacht. Als Vorsichtsmaßnahme wurde sie in ein Psychiatrisches Intensivbett (PIB) gelegt. Sie haben heute Nachtdienst und ihr Kollege regt an, das PIB zu schließen, um eine „ruhige“ Nacht zu haben. Dieser Vorgang ist nicht in der Patientendokumentation festgehalten. Was machen Sie?

- ☐ Ich teile die Ansicht meines Kollegen und erkläre mich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.
- ☐ Ich schlage vor, mit Fr. Meier eine Vereinbarung zu treffen bei welchen Verhaltensweisen ihrerseits das PIB geschlossen wird.
- ☐ Ich würde es dokumentieren und auch den Arzt bitten das zu unterschreiben.
- ☐ Das Bett wird von mir sicher nicht geschlossen, um eine „ruhige“ Nacht zu haben.

26. Sie arbeiten auf einer neurologischen Station mit Schwerpunkt Insult. Nachdem Sie mit Ihrer Routinearbeit fertig sind, nehmen Sie sich Zeit und unterhalten sich mit dem Patienten. Die Stationsleitung fordert sie höflich, aber bestimmt auf, nicht so viel mit den Patienten zu tratschen, sondern Ihre Arbeit zu machen. Wie reagieren Sie?

- ☐ Ich beende mein Gespräch mit den Patienten und suche mir Arbeit.
- ☐ Abwägen, welche vorrangigen Arbeiten ohne Aufschub erledigt werden müssen und wenn dann Zeit ist, den Patienten mein Ohr leihen für deren Sorgen, Ängste und Wünsche.
- ☐ Ich vereinbare mit der Stationsleitung in 15 Minuten mein Gespräch zu beenden.
- ☐ Ich erkläre der Stationsleitung, dass Gespräche mit den Patienten auch Arbeit ist.

27. Sie sind mit einer Kollegin alleine im Dienst, da ein weiterer Kollege und die Stationsleitung, die Dienst gehabt hätten, überraschend krank wurden. Alle Betten sind belegt und Sie kommen gerade dazu, die wichtigsten und notwendigsten Arbeiten zu erledigen. Von Ihrem Stationsarzt (zusammen mit der Physiotherapeutin) erhalten Sie den Auftrag, bei vier Patienten Bewegungstherapie auszuführen. Was tun Sie?

- ☐ Ich arbeite noch schneller und führe die Bewegungstherapie aus.
- ☐ Ich nehme mir für die Grundpflege etwas mehr Zeit und lasse die Bewegungstherapie in abgeschwächter Form hier mit einfließen.
- ☐ Ich bespreche mit dem Stationsarzt, dass das momentan nicht möglich ist, aber so bald wir fertig sind mit der wichtigsten Arbeit mache ich das.
- ☐ Ich lehne die Zusatzarbeit mit dem Hinweis auf die knappen Personalressourcen ab.

Anhang H – SDO-Skala

Hier finden Sie Aussagen, die auf Sie zutreffen oder nicht. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihre Einstellung am besten wiedergibt.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme weder zu noch nicht zu	stimme etwas zu	stimme sehr zu
Einige Menschen sind anderen gegenüber einfach unterlegen	☐	☐	☐	☐	☐
Um das zu bekommen, was man möchte, ist es manchmal notwendig, Gewalt gegenüber	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist in Ordnung, wenn einige Gruppen mehr Chancen im Leben haben als andere	☐	☐	☐	☐	☐
Um im Leben vorwärts zu kommen, ist es manchmal notwendig, auf anderen herumzutreten	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn bestimmte Gruppen unter sich bleiben würden, hätten wir weniger Probleme	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wahrscheinlich richtig, dass bestimmte Gruppen oben sind und andere unten	☐	☐	☐	☐	☐
Unterlegene Gruppen sollten unter sich bleiben	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal müssen andere Gruppen in ihre Schranken verwiesen werden	☐	☐	☐	☐	☐
Es wäre gut, wenn die sozialen Gruppen gleich wären	☐	☐	☐	☐	☐
Alle Gruppen sollten eine gleiche Chance im Leben haben	☐	☐	☐	☐	☐
Gruppengleichheit sollte unser Ideal sein	☐	☐	☐	☐	☐
Wir sollten unser möglichstes tun, um die Bedingungen für die unterschiedlichen Gruppen anzugleichen	☐	☐	☐	☐	☐
Soziale Gleichheit sollte zunehmen	☐	☐	☐	☐	☐
Wir würden weniger Probleme haben, wenn wir Menschen gleicher behandeln würden	☐	☐	☐	☐	☐
Wir sollten uns bemühen, die Einkommen so gleich wie möglich zu gestalten	☐	☐	☐	☐	☐
Keine einzelne Gruppe sollte in der Gesellschaft dominieren	☐	☐	☐	☐	☐

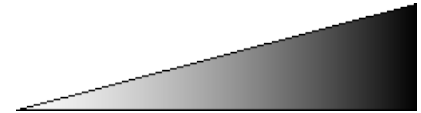
Anhang I – Promotion-Prävention-Skala

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Zur Bewertung steht Ihnen eine 7-fach abgestufte Skala zur Verfügung. Bitte beantworten Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich und lassen Sie keine Aussage aus.

trifft gar
nicht zu

trifft völlig
zu



Im Allgemeinen verende ich viel Energie darauf, negativen Ergebnissen (z.B. Scheitern in einer Prüfung oder gesundheitliche Schäden) in meinem Leben vorzubeugen.



Ich habe oft Angst davor, Anforderungen und Erwartungen nicht gerecht zu werden.



Ich stelle mir häufig vor, wie ich meine Hoffnungen und Sehnsüchte erreiche.



Ich habe oft Befürchtungen und Ängste über meine Zukunft. Ich denke oft an die Verwirklichung meiner Ideale und Träume in der Zukunft.



Mein Ziel ist meist der Erfolg.



Ich habe oft die Befürchtung, dass ich meine Ziele z.B. in der Schule, dem Studium oder dem Beruf verfehle.



Ich denke oft darüber nach, wie ich Erfolg z.B. in der Schule, dem Studium oder dem Beruf erreiche.



Ich denke oft an Dinge oder Ereignisse, vor denen ich Angst habe.



Ich denke oft darüber nach, wie ich ein mögliches Scheitern verhindern kann.



Ich bin eher darauf ausgerichtet, mögliche Einbussen zu vermeiden, als Gewinne zu erzielen.



Mein Hauptziel z.B. in der Schule, dem Studium oder dem Beruf ist es zur Zeit, meine Ambitionen zu verwirklichen.



Mein Hauptziel z.B. in der Schule, dem Studium oder dem Beruf ist es zur Zeit, ein Versagen zu vermeiden.



Ich betrachte mich selbst als jemanden, der hauptsächlich bestrebt ist, seine Hoffnungen, Ziele und Wünsche zu verwirklichen.



Ich betrachte mich selbst als jemanden, der hauptsächlich bestrebt ist, an ihn gestellte Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen zu erfüllen.



Im Allgemeinen verende ich meine Energie darauf, Positives im Leben (z.B. Erfolg, körperliche Fitness) zu erreichen.



Ich denke häufig an tolle Dinge, von denen ich hoffe, dass sie mir passieren werden.



Im Grossen und Ganzen bin ich eher darauf ausgerichtet, Erfolge zu erreichen als Misserfolge zu vermeiden.



Lebenslauf

Name:	Habart
Vorname:	Joachim-Arno
Studium:	Studium der Psychologie an der Universität Wien seit 1.10.2008
Schulabschluss:	2005 - Matura - HTBLuVA Wiener Neustadt – Fachrichtung Elektrotechnik
Schulbildung:	2000 – 2005 HTBLuVA Wiener Neustadt 1999 – 2000 Gymnasium Neunkirchen 1995 – 1999 Gymnasium der Redemptoristen Katzelsdorf / NÖ 1991 – 1995 Volksschule Wartmannstetten / NÖ
Weitere Ausbildungen:	2012 – 2014 Ausbildung zum Sexualpädagogen