

Tabakkonsum unter Pflegeschülerinnen und Pflegeschülern

Eine Untersuchung der Sozialisations- und Selektionsfaktoren bei der
Pflegeausbildung und deren Wirkung auf das Präventions- und
Interventionsprogramm astra

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Katrin Schulze
aus Magdeburg
2018

Erstprüfer: Prof. Dr. Hartmut Ditton

Zweitprüfer: Prof. Dr. Thomas Eckert

Drittprüferin: Prof. Dr. Beate Schuster

Datum der mündlichen Prüfung: 04.02.2019

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre ohne das BMG-Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege nicht möglich gewesen. Durch die intensive Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams gelang es, ein verhaltens- und verhältnispräventives Programm zu entwickeln, welches bis heute durch die DAK finanziert ist und deutschlandweit implementiert wird. Aus diesem Grund möchte ich mich bei allen Projektbeteiligten bedanken. Ein besonderer Dank gilt meiner damaligen Chefin Prof. Dr. Anneke Bühler, die mir genügend Freiraum zur Entwicklung der Arbeit gab und meine Ideen mit mir gemeinsam konstruktiv diskutierte. Auch unseren Berlinerinnen vom Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. Christa Rustler, Anna Renz und Sabine Scheifhacken, die besonders viel Arbeit in die verhältnispräventiven Elemente sowie dem Tool zur Evaluation gesteckt hatten, möchte ich danken. Ebenso gilt mein Dank unseren Projektpartnern der Hochschule Esslingen Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann und Ines Schweizer, die das Projekt stets aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachteten und durch die Curriculumanalyse den Weg für eine dauerhafte und deutschlandweite Implementierung des astra-Programms ebneten. Alle drei Projektpartner arbeiteten mit ihrem jeweiligen Schwerpunkt intensiv am Projekt und schufen ein unterstützendes und konstruktives Arbeitsklima.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinem Erstprüfer Herrn Prof. Dr. Ditton bedanken, der stets eine offene Tür hatte und binnen kürzester Zeit ein detailliertes Feedback gab. Durch dieses unterstützende Arbeitsklima wurde ich motiviert, stetig meine Arbeit voranzubringen und neue Entwicklungen zu präsentieren. Danken möchte ich auch meinem Zweitprüfer Herrn Prof. Dr. Eckert sowie meiner Drittprüferin Frau Prof. Dr. Schuster für die Begutachtung meiner Arbeit und die schnelle und problemlose Kommunikation.

Bei GESIS– Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften möchte ich mich für die Erlaubnis zur Nutzung des Big Five Inventory sowie zusätzlicher Analysen, die durch Frau Dr. Constanze Beierlein veranlasst wurden, bedanken.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken. Neben der emotionalen Unterstützung möchte ich mich u.a. bei meinen Eltern Dietmar und Hildegard Schulze und meinem Partner Johannes Beckmann für die Schaffung von Freiräumen bedanken. Meinen Kindern Jurij und Janne danke ich für die Einforderung der kreativen Pausen sowie die Motivation zur Fertigstellung dieser Arbeit. Meinem Bruder Jörg Schulze danke ich für die Unterstützung bei der Formatierung des Gesamtdokuments. Meiner ehemaligen Lehrerin Frau Menzel danke ich für die Korrektur meiner Arbeit.

Zusammenfassung

Einleitung: Obwohl in der Gesellschaft ein deutlicher Rückgang bei den Tabakprävalenzen zu verzeichnen ist, scheinen sich die hohen Prävalenzen in der Pflege (30-40%) zu manifestieren. Begründet werden diese Zahlen oftmals mit der beruflichen Sozialisation und den vorherrschenden Normen. Besonders häufig fallen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten der PflegerInnen, insbesondere hinsichtlich des Rauchverhaltens, Schlagwörter wie der Fachkräftemangel, der Dauerstress oder der Pflegekollaps. Andere Studien zum Tabakkonsum unter den Pflegeschülern/PflegeschülerInnen belegen jedoch bereits eine Prävalenz von ca. 50%, welche deutlich über der Prävalenz dieser Altersgruppe (ca. 30%) liegt. Diese Studien kritisieren auch die Situation in der Praxis, ermahnen jedoch, dass die Tabakprävention und –reduktion bereits zu einem früheren Zeitpunkt, während der Schulzeit, ansetzen müsste. Die vorliegende Arbeit untersucht neben der beruflichen Situation auch mögliche Selektionsfaktoren bei der Berufswahl als Ursache für die Tabakprävalenzen und darüber hinaus den Einfluss personenbezogener Merkmale auf die Änderungsmotivation hinsichtlich des eigenen Gesundheitsverhaltens.

Hauptteil: Als theoretische Basis der Überlegungen zur Sozialisation dienen die ökologische Entwicklungspsychologie von Bronfenbrenner sowie die Theorie des sozialen Lernens von Bandura. Beide Theorien gehen von einem starken Austausch zwischen dem Individuum und seiner Umwelt aus. Gerade in der Präventionsforschung besitzt Bronfenbrenner mit der Betrachtung der unterschiedlichen Umwelten einen hohen Stellenwert, wohingegen Bandura im Bereich des Lebenskompetenztrainings durch die hohe Bedeutung der Selbstwirksamkeit zentral ist. Im Rahmen der theoretischen Auseinandersetzung mit der Sozialisation werden auch die Bedeutung der sozialen Normen sowie der arbeitsplatzbezogenen Stressoren beleuchtet. Die Überlegungen zu möglichen Selektionsfaktoren in der Pflege begründen sich auf das Fünf-Faktoren-Modell (Big Five) und dem daraus entwickelten Persönlichkeitstypen nach Torgensen. Es werden dabei Belege angeführt, dass die Persönlichkeit einen Einfluss auf die Berufswahl, das Gesundheitsverhalten sowie die Änderungsbereitschaft besitzt. Weiter manifestiert werden diese Ergebnisse durch das Berufswahlmodell von Holland sowie Theorien der Gesundheitspsychologie, u.a. dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkmann oder dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente. Da diese Arbeit im Rahmen der Interventionsstudie „astra“ zur Tabakprävention und –intervention für Auszubildende in der Pflege verfasst wurde, sollen auch die Veränderungen durch das Projekt zum einen auf der Ebene der Verhältnisse und zum anderen auf der Ebene des individuellen Verhaltens untersucht werden. Hierfür erfolgt ein kurzer Abriss des Sechs-Phasen-Modells für suchtpreventive Tätigkeiten von Springer

und Uhl, der Klassifizierung von Sucht sowie eine Vorstellung der Module und der Umsetzung des astra-Projekts. Insgesamt ergeben sich aus den Überlegungen zu den Sozialisations- und Selektionsfaktoren in der Pflegeausbildung fünf Fragestellungen:

- 1) Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?
- 2) Unterscheiden sich die Veränderungsprozesse zwischen den Interventionsschulen und Kontrollschulen bei astra?
- 3) Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?
- 4) Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?
- 5) Ist die Veränderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen abhängig von den Persönlichkeitsausprägungen?

Methode: Die Studie wurde in einem nicht randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppen-Design durchgeführt. Insgesamt konnten zwölf Pflegeschulen und insgesamt 508 PflegeschülerInnen befragt werden. Zur abschließenden Befragung am Projektende konnten die Daten von insgesamt 235 Schülern/ Schülerinnen gewonnen werden, was einer Haltequote von 46% entspricht.

Ergebnisse: Hinsichtlich der ersten Fragestellung: *Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?* zeigt die Betrachtung der Tabakpolitik anhand der Schulleiterbögen Hinweise auf eine tabakfreundliche Politik auf. Allerdings fehlen hier aufgrund der Stichprobengröße interferenzstatistische Analysen, um diese Ergebnisse zu bestätigen. Auf der Ebene der SchülerInnen konnten tabakfreundliche Sozialisationsbedingungen hinsichtlich der subjektiven Norm, sozialen Norm und den Einstellungen gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen bestätigt werden. Bei der zweiten Frage: *Unterscheiden sich die Veränderungsprozesse zwischen den Interventionsschulen und Kontrollschulen bei astra?* konnten auf der Schulleiterebene positive Veränderungen bei den Interventionsschulen wahrgenommen werden. Allerdings fehlen auch hier aufgrund der Stichprobengröße interferenzstatistische Verfahren. Auf der Ebene der SchülerInnen konnten signifikante positive Entwicklungen in den Interventionsschulen bzw. signifikante negative Entwicklungen in den Kontrollschulen bei den Variablen subjektive Norm und soziale Unterstützung nachgewiesen werden. Die dritte Fragestellung setzte sich mit der Frage auseinander, ob *sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden?* Die Überprüfung der Big Five zeigte signifikante Unterschiede sowohl bei der allgemeinen Betrachtung als auch nach Alter und Geschlecht differenziert. Darüber hinaus ergab auch die explorative Analyse der Persönlichkeitstypen signifikante Unterschiede zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der deutschen Wohnbevölkerung. Die Ergebnisse

zeigen, dass es sich bei den PflegeschülerInnen, um eine Gruppe handelt, die besonders sensibel ist und entsprechend feinfühlig mit dem sozialen Umfeld interagiert. Die vierte Frage beschäftigte sich mit der Analyse, ob *sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen zeigen?* Dabei konnten bei den Big Five signifikante Zusammenhänge mit der Stresswahrnehmung, dem Rauchverhalten und der Widerstandsgewissheit (einer angebotenen Zigarette) nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Persönlichkeitstypen konnten diese signifikanten Ergebnisse nur bei der Stresswahrnehmung und der Widerstandsgewissheit bestätigt werden. Die letzte Frage lautete: *Ist die Veränderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen abhängig von den Persönlichkeitsausprägungen?* Dabei wurden nur die InterventionsschülerInnen berücksichtigt, die an beiden Befragungen teilgenommen hatten (N=115). Auf der Ebene der Big Five konnten dabei keine Zusammenhänge gefunden werden. Bei den Persönlichkeitstypen konnte beim Entrepreneur Type ein leicht positiver Trend hinsichtlich der sozialen Unterstützung gemessen werden, der sich signifikant von der leicht negativen Entwicklung des Spectator Type unterscheidet.

Diskussion: Diese Studie gibt Hinweise darauf, dass die Tabakpolitik in den Pflegeschulen tabakfreundlicher ist, als in den Regelschulen und auch entsprechend von der Schülerschaft wahrgenommen wird. Gleichzeitig zeigen die hohen Prävalenzen bereits zu Beginn der Pflegeausbildung einen dringenden Handlungsbedarf an den Regelschulen auf. Darüber hinaus konnten in dieser Studie auch Hinweise gefunden werden, dass bereits in einem kurzen Zeitraum die Tabakpolitik durch evidenzbasierte Programme wie astra in eine positive Richtung gelenkt werden können und dies auch für die SchülerInnen wahrnehmbar ist. Zudem identifizierte diese Arbeit die PflegeschülerInnen als eine besondere Gruppe in der deutschen Wohnbevölkerung. Die PflegeschülerInnen konnten als eine besonders sensible Gruppe herausgestellt werden, die empfindlich mit dem sozialen Umfeld interagiert. Ohne ausreichende soziale Unterstützung und einem Training der Stressbewältigungskompetenzen korrelieren diese Persönlichkeitsausprägungen jedoch mit einem ungesunden Lebensstil. Auch in dieser Studie konnten diese signifikanten Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsausprägung und der Stresswahrnehmung, dem Rauchverhalten sowie der Widerstandsgewissheit bestätigen. Praktisch kein Einfluss konnte zwischen der Persönlichkeit und der Veränderungsbereitschaft nachgewiesen werden. Einzig bei den Persönlichkeitstypen konnte hinsichtlich der sozialen Unterstützung ein kleiner Unterschied zwischen dem Entrepreneur Type und dem Spectator Type nachgewiesen werden. Allerdings stand bei dieser letzten Untersuchung nur eine kleine Stichprobe zur Verfügung.

Es kann demnach resümiert werden, dass eine Personengruppe den Pflegeberuf wählt, die aufgrund der Persönlichkeitsausprägungen sehr sensibel mit dem sozialen Umfeld interagiert. Zum einen ist es für den Pflegeberuf erfreulich, dass besonders sensible

Menschen den Pflegeberuf wählen. Zum anderen bedeutet es, dass diese Personengruppe eine besondere Unterstützung durch die Kollegen/Kolleginnen, Ausbildenden in Theorie und Praxis benötigen, um entsprechende Kompetenzen für den Umgang mit Stress und einem gesunden Lebensstil zu erwerben. Aktuell treffen diese SchülerInnen mit Ausbildungsbeginn auf ein soziales Umfeld, in dem Rauchen als möglich und akzeptiert erlebt wird. Dabei befinden sich die PflegeschülerInnen in einer sensiblen Lebensphase, in der sie besonders empfänglich für neue Normen und Verhaltensweisen sind. Die Etablierung evidenzbasierter Programme zur Prävention und Tabakreduktion kann bereits zu nachweisbaren positiven Veränderungen innerhalb der Ausbildung führen. Zentral für eine nachhaltige Normänderung ist dabei eine enge Kooperation mit der Praxis.

Schlüsselwörter: PflegeschülerInnen, Tabakprävention, Tabakreduktion, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Stress, Big Five, Persönlichkeitstypen, Tabakpolitik

Abstract

Introduction: Although there has been a significant decline in tobacco prevalence in society, the high prevalence in care (30-40%) seems to be manifesting itself. These figures are often justified by professional socialisation and the prevailing norms. Particularly frequently buzzwords such as lack of skilled workers, permanent stress or nursing collapse occur in connection with the health behaviour of carers, especially with regard to smoking behaviour. However, other studies on tobacco consumption among the nursing students already show prevalence of about 50%, which is significantly higher than the prevalence of this age group (about 30%). These studies also criticise the situation in practice but warn that tobacco prevention and reduction should start earlier in school. In addition to the professional situation, the present paper also sees possible selection factors in the choice of occupation, which could be the cause of tobacco prevalence and also have an influence on the motivation for change with regard to one's own state of health.

Main part: The theoretical basis for the considerations of socialization are the ecological developmental psychology of Bronfenbrenner and the theory of social learning of Bandura. Both theories are based on a strong exchange between the individual and his environment. Especially in the field of prevention research Bronfenbrenner is very important in considering the different environments, whereas Bandura is central in the field of life skills training due to the high importance of self-efficacy. In the context of the theoretical examination of socialisation, the importance of social norms and work-related stressors are also examined. The considerations on possible selection factors in nursing are based on the five-factor model (Big Five) and the personality types developed from it according to Torgensen. Proof is given that the personality has an influence on career choice, health behaviour and willingness to change. These results are further manifested by the occupational choice model of Holland, as well as theories of health psychology, including the transactional stress model of Lazarus and Folkmann or the transtheoretical model of behavioral change of Prochaska und DiClemente. Since this work was written as part of the "astra" intervention study on tobacco prevention and intervention for trainees in nursing care, the changes brought about by the project are also to be examined on the one hand at the level of conditions and on the other hand at the level of individual behaviour. For this purpose, the six-phase model for addiction prevention activities of Springer and Uhl, the classification of addiction and an introduction to the modules and implementation of the astra-project are briefly outlined. Overall, five questions arise from the considerations on the socialisation and selection factors in nursing training: 1) Are the socialisation conditions in nursing tobacco-friendly? 2) Does the change process differ between the intervention schools and control schools at astra? 3) Do the students of nursing care differ from the German

population in terms of their personality? 4) Are there significant differences in health behaviour with regard to personality characteristics? 5) Is the willingness of the nursing students to change dependent on their personal characteristics?

Methods: The study was conducted in a non-randomized waiting list control group design. A total of twelve nursing schools and a total of 508 nursing students were surveyed. For the final survey at the end of the project, the data from a total of 235 students were collected, which corresponds to a retention rate of 46%.

Results: With regard to the first question: *Are the socialisation conditions in nursing tobacco-friendly?* using the headmaster questionnaires the examination does show indications of a tobacco-friendly policy. However, due to the sample size there are no interference-statistical analyses to confirm these results. At the student level, tobacco-friendly socialisation conditions were confirmed in terms of subjective norm, social norm and attitudes towards behavioural measures. With regard to the second question: *Do the change processes differ between the intervention schools and the control schools at astra?* At the headmaster level, positive changes could be perceived at the intervention schools. However, due to the sample size there are no interference-statistical procedures here either. At the pupil level, significant positive developments in the intervention schools and significant negative developments in the control schools could be demonstrated for the variables subjective norm and social support. The third question dealt with the question of *whether nursing students differ from the German resident population in terms of their personality?* The examination of the Big Five showed significant differences both in the general view and differentiated according to age and gender. In addition, the explorative analysis of personality types revealed significant differences between nursing students and the German resident population. The results show that the nursing students are a group that is particularly sensitive and therefore interacts sensitively with the social environment. The fourth question dealt with the analysis of *whether there are significant differences in health behaviour with regard to personality characteristics?* In the case of the Big Five, significant correlations with stress perception, smoking behaviour and resistance certainty (of an offered cigarette) could be demonstrated. With regard to personality types, these significant results could only be confirmed for stress perception and resistance certainty. The last question was: *Does the willingness of the student nurses to change depend on the personality characteristics?* Only those intervention students were considered who had taken part in both surveys (N=115). At the level of the Big Five, no connections could be found. With regard to personality types, the Entrepreneur Type showed a slightly positive trend with regard to social support, which differed significantly from the slightly negative development of the Spectator Type.

Discussion: This study provides evidence that tobacco policy in nursing schools is more tobacco-friendly than in mainstream schools and is also perceived accordingly by the student body. At the same time, the high prevalences indicate an urgent need for action at the mainstream schools right from the start of nursing training. In addition, this study also found indications that tobacco policy can be steered in a positive direction within a short period of time by evidence-based programmes such as *astra*, and that this is also perceptible to pupils. In addition, this work identified the nursing students as a special group in the German resident population. The student nurses could be identified as a particularly sensitive group that interacts sensitively with the social environment. Without sufficient social support and training in stress management skills, however, these personality characteristics correlate with an unhealthy lifestyle. In this study, too, these significant correlations between personality development and stress perception, smoking behaviour and resistance certainty were confirmed. Practically no influence could be proven between personality and willingness to change. Only with the personality types a small difference between the Entrepreneur type and the Spectator type could be proven regarding the social support. However, only a small sample was available in this last study.

It can therefore be summed up that a group of people chooses the nursing profession that interacts very sensitively with the social environment due to its personality characteristics. On the one hand, it is pleasing for the nursing profession that particularly sensitive people choose the nursing profession. On the other hand, it means that this group of people require special support from colleagues, trainers in theory and practice, in order to acquire the appropriate skills for dealing with stress and a healthy lifestyle. At present, these students encounter a social environment in which smoking is experienced as possible and accepted. The nursing students find themselves in a sensitive phase of their lives in which they are particularly susceptible to new norms and behaviours. The establishment of evidence-based programmes for prevention and tobacco reduction can already lead to demonstrable positive changes within education. Close cooperation with practitioners is central to a sustainable change in standards.

Keywords: student care, tobacco prevention, tobacco reduction, behavioural prevention, ratio prevention, stress, Big Five, personality types, tobacco policy

Inhaltsverzeichnis

Tabakkonsum unter Pflegeschülerinnen	1
und Pflegeschülern	1
Danksagung	III
Zusammenfassung	IV
Abstract	VIII
Inhaltsverzeichnis	XI
Abbildungsverzeichnis	XVI
Tabellenverzeichnis	XIX
1 Die Gesundheitsberufe – Gesundheit als persönliche Berufung?	1
1.1 Der Pflegeberuf	3
1.1.1 Wer wird PflegerIn?.....	4
1.1.2 Die Pflegeausbildung – ein duales Ausbildungskonzept	5
1.1.3 Das gestufte und das modularisierte Bildungskonzept	8
1.2 Gesundheitsverhalten in der Pflege – reine Theorie?	10
1.2.1 Sport unter den Pflegern/Pflegerinnen.....	11
1.2.2 Konsum von Rauschmitteln in der Pflege	11
1.2.2.1 Tabakkonsum unter den Pflegern/Pflegerinnen	12
1.2.2.2 Tabakkonsum unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen.....	13
1.2.3 Fazit	14
1.3 Stressoren in der Pflege	15
1.3.1 Persönlichkeit als Risikofaktor	17
1.3.2 Persönlichkeit als Schutzfaktor.....	17
1.3.3 Belastungsfaktoren für die PflegeschülerInnen	18
1.3.4 Belastungsfaktoren für die Pflegefachkräfte.....	19
1.3.5 Der Pflegeberuf - Reflektion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns... 19	
1.3.5.1 Reflektion des eigenen Handelns – Rauchen unter den Pflegenden – ein Widerspruch?	20
1.3.5.2 Reflektion der beruflichen Rolle – Tabakentwöhnung durch das professionelle Pflegepersonal	20
1.3.5.3 Tabakkonsum in der Pflege – eine Beeinträchtigung in der PatientInnenbehandlung?	22
1.4 Zusammenfassung	23
2 Sozialisation und Selektion in der Pflege	26
2.1 Sozialisation in der Pflege	27

2.1.1	Arbeitsbezogene Stressoren als Risikofaktor bei der beruflichen Sozialisation...	31
2.1.2	Bedeutung der sozialen Norm.....	34
2.1.2.1	Schule.....	35
2.1.2.2	Praxiseinrichtungen.....	36
2.1.3	Fazit zur Sozialisation in der Pflegeausbildung:.....	40
2.1.4	Sozialisationstheorien.....	41
2.1.4.1	A) Ökologische Entwicklungspsychologie.....	42
2.1.4.2	B) Theorie des sozialen Lernens.....	46
2.1.5	Fazit zum ersten Theorieblock Sozialisation und Sozialisationstheorien.....	49
2.2	Selektion in der Pflege.....	51
2.2.1	Persönlichkeit.....	51
2.2.1.1	Definition: Persönlichkeit.....	52
2.2.1.2	Definition von Eigenschaft und Eigenschaftstheorien.....	53
2.2.2	Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Big Five).....	54
2.2.2.1	Die fünf Dimensionen der Big Five.....	56
2.2.3	Die Persönlichkeitstypen nach Torgersen.....	58
2.2.4	Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit im Lebensverlauf.....	60
2.2.5	Die Berufswahltheorie von Holland.....	62
2.2.6	Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Berufswahl.....	68
2.2.7	Der Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Arbeit.....	70
2.2.8	Theorien der Gesundheitspsychologie.....	72
2.2.8.1	Das biopsychosoziale Krankheitsmodell.....	73
2.2.8.2	Das Paradigma der Salutogenese.....	74
2.2.9	Der Einfluss der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten.....	77
2.2.9.1	Das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkmann.....	79
2.2.10	Persönlichkeit und Stress.....	82
2.2.11	Persönlichkeit und Tabakkonsum.....	86
2.2.12	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse zu Persönlichkeit und Gesundheit.....	88
2.2.13	Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung.....	89
2.2.14	Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Veränderungsbereitschaft.....	92
2.3	Wie kann das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen verändert werden?	95
2.4	Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten von Individuen.....	97
2.5	Entwicklung eines Modellprojekts zur Tabakprävention und –intervention für Auszubildende in der Pflege.....	98
2.5.1	Prävention und Gesundheitsförderung.....	98
2.5.2	Die Tabaksucht – das Abhängigkeitspotential, die Folgen des Tabakkonsums und die Tabakreduktion.....	101
2.5.3	Sechs-Phasen-Modell für suchtpreventive Tätigkeiten von Springer und Uhl (1998)	104
2.5.4	Astra – ein Modellprojekt zur Tabakprävention und –intervention für Auszubildende in der Pflege.....	105
2.5.5	Durchführung des Programms und Vorstellung der astra Module.....	114

3	Methode	131
3.1	Design	131
3.2	Durchführung der Befragung	132
3.3	Die Fragebögen	133
3.4	Rekrutierung	134
3.4.1	Rekrutierungsstrategien für den freiwilligen Rauchstopp-Kurs	134
3.5	Interventionen	136
3.6	Kontrollbedingungen	136
3.7	Vergleichbarkeit der Maßnahmen	137
3.8	Beschreibung der Stichprobe	137
3.9	Operationalisierung der Messinstrumente	139
3.9.1	Soziodemografische Variablen	139
3.9.2	Sozialisation	139
3.9.3	Selektion	142
3.9.4	Gesundheitsverhalten und -determinanten	144
3.9.5	Veränderungsbereitschaft	145
3.9.6	Überprüfung der Baselineäquivalenz	146
3.9.7	Ausfall zwischen T0 und T2:	147
3.9.8	Ausfallanalyse	147
3.9.9	Statistische Verfahren	150
3.9.10	Fragestellungen und Hypothesen	150
3.9.10.1	Sozialisationsbedingungen	151
3.9.10.2	Selektionsfaktoren	151
3.9.10.3	Selektionsbedingungen und Veränderung	152
4	Ergebnisse	153
4.1	Die Sozialisation in der Pflegeausbildung	154
4.1.1	Block A: Die Sozialisationsbedingungen	154
4.1.2	Block B: Sozialisation und Veränderung	174
4.2	Die Selektion in der Pflegeausbildung	192
4.2.1	Block C: Die Selektionsmechanismen bei der Berufswahl	192
4.2.2	Block D: Die Bedeutung der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten	203
4.2.3	Block E: Die Bedeutung der Persönlichkeit auf die Akzeptanz des astra-Programms und die Veränderungsbereitschaft	220
5	Diskussion	244
5.1	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	245
5.1.1	Zusammenfassung und Diskussion der ersten Fragestellung	245
5.1.1.1	Hypothese 1: In den Pflegeschulen findet sich eine tabakfreundliche Politik vor. 245	
5.1.1.2	Zusammenfassung der Ergebnisse zur ersten Hypothese	246
5.1.1.3	Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.	247
5.1.1.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur zweiten Hypothese	250

5.1.2	Zusammenfassung und Diskussion der zweiten Fragestellung	251
5.1.2.1	Hypothese 3: In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen.....	251
5.1.2.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der dritten Hypothese.....	252
5.1.2.3	Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verbessert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich aufgrund des tabakfreundlichen Umfeldes verschlechtert.	253
5.1.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Hypothese.....	254
5.1.3	Zusammenfassung und Diskussion der dritten Fragestellung	255
5.1.3.1	Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.	255
5.1.3.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der fünften Hypothese	257
5.1.3.3	Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.....	259
5.1.3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der sechsten Hypothese	259
5.1.4	Zusammenfassung und Diskussion der vierten Fragestellung.....	260
5.1.4.1	Hypothese 7: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.....	260
5.1.4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der siebenten Hypothese.....	262
5.1.4.3	Hypothese 8: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich signifikant zwischen den Persönlichkeitstypen.....	263
5.1.4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der achten Hypothese.....	264
5.1.5	Zusammenfassung und Diskussion der fünften Frage	265
5.1.5.1	Hypothese 9: Die Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen stehen in einem Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms und der Veränderungsbereitschaft.....	265
5.1.5.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der neunten Hypothese	265
5.1.5.3	Hypothese 10: Der Persönlichkeitstypus hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahme und auf die Änderungsbereitschaft beim Rauchen.....	267
5.1.5.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der zehnten Hypothese.....	268
5.1.5.5	Fazit aus der vorliegenden Forschungsarbeit	268
5.2	Diskussion des astra-Programms und pädagogische Handlungsempfehlungen .	269
5.3	Limitationen.....	273
5.4	Weiterer Forschungsbedarf.....	276
5.4.1	Forschung zur Sozialisation in der Pflege(-ausbildung).....	276
5.4.1.1	Forschungen zur Erklärung des Stresserlebens in der Pflege anhand des beruflichen Umfeldes.	276
5.4.1.2	Forschungen zur Erklärung des Tabakkonsums in der Pflege anhand des beruflichen Umfeldes	276
5.4.2	Forschung zur Selektion in der Pflege - Berufswahl und Persönlichkeit	277
5.4.2.1	Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.....	277
5.4.2.2	Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der persönlichen Interessenslagen	278

5.4.2.3	Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der Persönlichkeitsausprägungen	278
5.4.2.4	Forschungen zur Erklärung des Rauchverhaltens in der Pflege anhand verschiedener persönlicher Variablen	279
5.4.3	Veränderung und Persönlichkeit.....	280
5.4.3.1	Forschungen zur Erklärung der Veränderungsbereitschaft.....	280
5.5	Allgemeine pädagogische Handlungsempfehlungen.....	281
Literaturverzeichnis		283
A	Anhang.....	CCXCIV
A.1	Kursthemien, Ziele, Methoden und Didaktik der einzelnen Kursstunden des Stressbewältigungsmoduls.....	CCXCV
A.2	Schulleiterbögen Eingangsbefragung (T0)	CCXCIX
A.3	Schulleiterbögen Abschlussbefragung (T1) Interventionsschule	CCCV
A.4	Schulleiterbögen Abschlussbefragung (T1) Kontrollschule.....	CCCXI
A.5	Schülerbögen Eingangsbefragung (T0)	CCCXVIII
A.6	Schülerbögen Abschlussbefragung (T2) Interventionsgruppe	CCCXXIV
A.7	Schülerbögen Abschlussbefragung (T2) Kontrollgruppe	CCCXXXV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: : Tabakprävalenz in den Gesundheitsdienstberufen und der deutschen Bevölkerung (Mikrozensus 2009, 2013 und 2015, Kolleck, 2004; Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann 2010; Lindeman, Kugler und Klewer, 2011; Bonse-Rohmann 2004; Schulze et al. 2014)	2
Abbildung 2: Schlüsselqualifikationen in der Pflege (vgl. ICN 2002).....	4
Abbildung 3: gestuftes und modularisiertes Bildungskonzept (Weidner und Kratz 2012, S. S.14).....	8
Abbildung 4: Pflegeausbildung im Sinne des lebenslangen Lernens (DBfK 2014, S. 40) ...	9
Abbildung 5: Gründe für das Rauchen in der Pflege – eine Unterscheidung zwischen den Pflegeschülern/ Pflegeschülerinnen und den Beschäftigten in der Pflege (Vitzthum 2011).....	22
Abbildung 6: Wo wird geraucht– eine Unterscheidung zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und den Beschäftigten in der Pflege (Mehrfachnennungen möglich) (Bonse-Rohmann 2004, S.30).....	23
Abbildung 7: Theorien zur Erklärung des Tabakkonsums in der Pflege	26
Abbildung 8: Sozialisationsfaktoren in der Pflegeausbildung	41
Abbildung 9: Ökologie der Entwicklung des Menschen - bezogen auf die PflegeschülerInnen	45
Abbildung 10: Skizzierung der Grundannahme des Zusammenspiels zwischen Person und Umwelt	50
Abbildung 11: von den Big Five zu den Persönlichkeitstypen	58
Abbildung 12: Schematische Darstellung der RIASEC-Typen (Quelle: Career Service Office 2015).....	67
Abbildung 13: Biologische, psychische und soziale Faktoren in der Pflege.....	73
Abbildung 14: Transaktionale Stressmodell (Busse, Plaumann und Walter 2006)	81
Abbildung 15: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Egger & Razum 2014, S. 143 / Zeichnung von Christoph Frei)	90
Abbildung 16: Radarschirm >>Best Practice<< (Broesskamp-Stone 2012, S. 35)	101
Abbildung 17: Das Wirkmodell von astra	110
Abbildung 18: Zeitlicher Ablauf des astra-Projekts	112
Abbildung 19: Säulen und Ziele des astra-Programms	114
Abbildung 20: PDCA-Zyklus bei astra	118
Abbildung 21: 10-5-3-rauchfrei.....	119
Abbildung 22: 10 astra-Kriterien im Überblick	119
Abbildung 23: Ablauf der Studie und der Befragungen in den Interventionsschulen.....	132
Abbildung 24: Flowchart zur Drop-Out-Analyse.....	147

Abbildung 25: Faktor 1 Verankerung und Organisation (N=12/ N=607).....	157
Abbildung 26: Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen (N=12/ N=607)	160
Abbildung 27: Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal (N=12/ N=607)	160
Abbildung 28: Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens (N=12/N=607)	160
Abbildung 29: Faktor 5: Rauchverbote (N=12/N=607)	160
Abbildung 30: Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens in Schule und Praxis (N=471)	163
Abbildung 31: Geschätzte Raucherprävalenzen unter den Pflegeschülern/ Pflegeschülerinnen (N=468).....	163
Abbildung 32: Geschätzte Raucherprävalenzen im sozialen Umfeld der KrankenpflegeschülerInnen (N=416)	165
Abbildung 33: Geschätzte Raucherprävalenzen im sozialen Umfeld der AltenpflegeschülerInnen (N=55)	165
Abbildung 34: Empfundener Widerspruch beim Rauchen im Gesundheitsberuf (N=469)	166
Abbildung 35: Zuversicht über die soziale Unterstützung (N=470)	167
Abbildung 36: Einstellung bzgl. strikter Regelungen zum Tabakkonsum (N=471)	168
Abbildung 37: Inanspruchnahme von Hilfen bei einem geplanten Rauchstopp (RS) (N=231)	170
Abbildung 38: Faktor 1: Verankerung und Organisation (N=11)	176
Abbildung 39: Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen (N=11).....	178
Abbildung 40: Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal (N=11)	178
Abbildung 41: Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens (N=11)	179
Abbildung 42: Faktor 5: Rauchverbote (N=11)	179
Abbildung 43: Veränderung der subjektiven Norm (N=203)	183
Abbildung 44: Veränderung des Berufsverständnisses (N=225)	183
Abbildung 45: Veränderung der sozialen Unterstützung (N=227)/ * Kontrollschulen & astra ohne Verhältnisprävention sind deckungsgleich.....	185
Abbildung 46: Veränderung der Einstellung zu den strikten Regelungen (N=229)	185
Abbildung 47: Verteilung der Persönlichkeitsausprägungen nach Alter für die Frauen (Pflege: N=316 /Wohnbevölkerung: N=443)	196
Abbildung 48: Verteilung der Persönlichkeitsausprägungen nach Alter für die Männer (Pflege: N=100 /Wohnbevölkerung: N=316)	196
Abbildung 49: Verteilung der Persönlichkeitstypen in der dt. Wohnbevölkerung und unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen (N=1104/ N= 508).....	198
Abbildung 50: Persönlichkeitsausprägungen und Rauchverhalten (N=458-464).....	207
Abbildung 51: Persönlichkeitsausprägung und Stresszuversicht (N=455)	208
Abbildung 52: Persönlichkeitsausprägung und Widerstandsgewissheit (N=455)	210
Abbildung 53: Verteilung des Rauchstatus nach Persönlichkeitstypen (N=453)	215

Abbildung 54: Benotung der Infoveranstaltung nach den Persönlichkeitsdimensionen (N=123)	222
Abbildung 55: Benotung der Stressbewältigungsstunden nach Persönlichkeitsausprägung (N=123)	223
Abbildung 56: Veränderung der subjektiven Norm unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsausprägungen (N=115)	224
Abbildung 57: Veränderung des Berufsverständnisses nach Persönlichkeitsausprägungen (N=115)	226
Abbildung 58: Veränderung der sozialen Unterstützung nach Persönlichkeitsdimensionen (N=115)	227
Abbildung 59: Einstellung gegenüber strikten Regelungen nach Persönlichkeitsausprägung (N=115)	229
Abbildung 60: Veränderung der Rauchstoppmotivation nach Persönlichkeit (N=55)	230
Abbildung 61: Konkrete Änderungsbereitschaft nach Persönlichkeitsausprägung (N=51)	232
Abbildung 62: Benotung der Infoveranstaltung nach Persönlichkeitstypen (N=121)	234
Abbildung 63: Benotung der Präventionsstunden unterteilt nach Persönlichkeitstypen (N=120)	235
Abbildung 64: Veränderung der subjektiven Norm nach Persönlichkeitstypen (N=116) ..	236
Abbildung 65: Veränderung der injunktiven Norm nach Persönlichkeitstypen (N=117) ...	237
Abbildung 66: Veränderung der Zuversicht auf soziale Unterstützung in den astra Schulen unter Betrachtung der Persönlichkeitstypen (N=117)	238
Abbildung 67: Veränderung der strikten Regelungen in den astra-Schulen unter Betrachtung der Persönlichkeitstypen (N=117)	239
Abbildung 68: Veränderung der Rauchstoppmotivation nach Persönlichkeitstypen (N=53)	240
Abbildung 69: Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft nach Persönlichkeitstypen (N=53)	241

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beziehung zwischen den BIG Five und dem RIASEC-Modell (eigene Zusammenfassung anhand der zitierten Literatur)	69
Tabelle 2: Paradigmen und Modelle der Gesundheitspsychologie (Faltermaier und Salisch 2005)	73
Tabelle 3: Big Five und Gesundheit	88
Tabelle 4: Die acht Persönlichkeitstypen nach Torgersen (Vollrath und Torgersen, 2000; Vollrath und Torgersen, 2002)	89
Tabelle 5: Gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (vgl. Lindeman et al. 2011, S.84)	95
Tabelle 6: Stressinterventionen in Organisationen (Sonntag, Frese und Coch 2005, S. 321)	96
Tabelle 7: Sechs-Phasen-Modell für suchtpreventive Tätigkeiten (Moesgen 2015; Springer und Uhl 1998)	104
Tabelle 8: Projektbeteiligte und Aufgabengebiete	107
Tabelle 9: Untersuchungsdesign astra I und II	112
Tabelle 10: Klassifikation von Stressbewältigungsstrategien (vgl. Schulz 2005, S. 230)	121
Tabelle 11: Genderspezifische Betrachtung von Alter, Ausbildungsform und Ausbildungsjahr	138
Tabelle 12: Stichprobenverteilung auf die Interventions- und Kontrollgruppe	138
Tabelle 13: Faktoren der Tabakpolitik an Schulen mit Reliabilität	140
Tabelle 14: Schülereinschätzung der verhältnisbezogenen Norm	141
Tabelle 15: Vorstellbare Inanspruchnahme verhältnisbezogener Maßnahmen bei Rauchenden	141
Tabelle 16: Prävalenzschätzung zum Raucheranteil im direkten sozialen Umfeld	142
Tabelle 17: Berufsverständnis bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen	142
Tabelle 18: Items zur Ermittlung der Big Five	143
Tabelle 19: Reliabilität der Kurzskala aus der Normstichprobe	143
Tabelle 20: Zuversicht mit Stress umgehen zu können und Unterstützung zu erhalten ...	144
Tabelle 21: Widerstandsgewissheit	145
Tabelle 22: Veränderungsbereitschaft der Rauchenden bzgl. des Tabakkonsums	146
Tabelle 23: Attritionanalyse und Baselineäquivalenz der Interventionsgruppen	149
Tabelle 24: Tabakpolitik an den astra-Schulen	156
Tabelle 25: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 1	161
Tabelle 26: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 2	171
Tabelle 27: Zusammenfassung der Ergebnisse zur ersten Fragestellung	172
Tabelle 28: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 3	180

Tabelle 29: Vergleich der Veränderung der subjektiven Norm in IG und KG	181
Tabelle 30: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm zu T2 (intervallskaliert) .	182
Tabelle 31: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm zu T2 (intervallskaliert) .	183
Tabelle 32: Regression: abhängige Variable: injektive Norm zu T2 (intervallskaliert)	184
Tabelle 33: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung zu T2 (intervallskaliert).....	184
Tabelle 34: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen zu T2 (intervallskaliert)	186
Tabelle 35: Veränderung der verhaltensbezogenen Maßnahmen.....	186
Tabelle 36: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp ganz „ohne Hilfe“ zu T2 (nominal skaliert)	187
Tabelle 37: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp „mit Freunden“ zu T2 (nominal skaliert)	187
Tabelle 38: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp „weiß nicht“ zu T2 (nominal skaliert).....	187
Tabelle 39: Motivation zum Rauchstopp - Vergleich der IG und KG (N=103).....	188
Tabelle 40: Logistische Regression: abhängige Variable: Motivation zum Rauchstopp zu T2 (nominal skaliert)	188
Tabelle 41: Konkrete Änderungsbereitschaft - Vergleich der IG und KG (N=101).....	189
Tabelle 42: Log. Regression: abhängige Variable: Konkrete Änderungsbereitschaft zu T2 (nominal skaliert).....	189
Tabelle 43: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 4	189
Tabelle 44: Zusammenfassung der Ergebnisse zur zweiten Fragestellung	191
Tabelle 45: Vergleich der Mittelwerte bei den Persönlichkeitsdimensionen (astra: N=458- 465/ GESIS: N=1134)	194
Tabelle 46: Vergleich der Ausprägung der Persönlichkeit in der Gesellschaft und unter den Pflegeschülern nach Alter und Geschlecht.	195
Tabelle 47: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 5	197
Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Persönlichkeitstypen bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der dt. Wohnbevölkerung.....	199
Tabelle 49: Beobachtete Werte und theoretische Werte bei der Verteilung der Persönlichkeitstypen	200
Tabelle 50: Chi-Quadrat-Verteilung zwischen dt. Wohnbevölkerung und den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen.....	201
Tabelle 51: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 6	201
Tabelle 52: Zusammenfassung der Ergebnisse zur dritten Fragestellung	202
Tabelle 53: Persönlichkeit und Gesundheit (N=460)	205
Tabelle 54: Regression: abhängige Variable: Tabakkonsum (dichotom)	206

Tabelle 55: T-Test zur Stresszuversicht und den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen	207
Tabelle 56: Regression: abhängige Variable: Stresszuversicht (intervallskaliert)	208
Tabelle 57: T-Test zur Widerstandsgewissheit und den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen	209
Tabelle 58: Regression: abhängige Variable: Widerstandsgewissheit (intervallskaliert) .	209
Tabelle 59: Dichotomisierte Persönlichkeitsausprägungen und AV: Rauchstopp- Motivation zu T0 (N=214)	211
Tabelle 60: Persönlichkeitsausprägungen und Veränderungsmotivation (N=225).....	211
Tabelle 61: Persönlichkeitsausprägungen und Rauchstopp-Versuche (N=216)	212
Tabelle 62: Persönlichkeitsausprägungen und die konkrete Änderungsbereitschaft (N=225)	212
Tabelle 63: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 7	213
Tabelle 64: Persönlichkeitstypen und Gesundheit (N=453).....	214
Tabelle 65: log. Regression: abhängige Variable: konkrete Änderungsbereitschaft zu Beginn (dichotom).....	215
Tabelle 66: Regression: abhängige Variable: Stresszuversicht zu Beginn (intervallskaliert)	216
Tabelle 67: Regression: abhängige Variable: Widerstandsgewissheit zu Beginn (intervallskaliert).....	217
Tabelle 68: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 8	217
Tabelle 69: Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Fragestellung	218
Tabelle 70: Regression: abhängige Variable: Benotung der Informationsveranstaltung (intervallskaliert).....	223
Tabelle 71: Regression: abhängige Variable: Benotung der Stressbewältigungsstunden (intervallskaliert).....	223
Tabelle 72: Regression abhängige Variable: subjektive Norm zum Abschluss (intervallskaliert).....	225
Tabelle 73: Regression: abhängige Variable: injunktive Norm zum Abschluss (intervallskaliert).....	226
Tabelle 74: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung zum Abschluss (intervallskaliert)	228
Tabelle 75: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen zum Abschluss (intervallskaliert)	229
Tabelle 76: Logistische Regression mit AV: Rauchstoppmotivation und UV: Persönlichkeitsdimensionen	231
Tabelle 77: Persönlichkeit und die Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft ..	232
Tabelle 78: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 9	233

Tabelle 79: Regression: abhängige Variable: Benotung der Informationsveranstaltung (intervallskaliert).....	235
Tabelle 80: Regression: abhängige Variable: Benotung der Stressbewältigungsstunden (intervallskaliert).....	235
Tabelle 81: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm in der Abschlussbefragung (intervallskaliert).....	236
Tabelle 82: Regression: abhängige Variable: injunktive Norm in der Abschlussbefragung (intervallskaliert).....	237
Tabelle 83: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung in der Abschlussbefragung (intervallskaliert).....	238
Tabelle 84: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen in der Abschlussbefragung (intervallskaliert).....	239
Tabelle 85: Log. Regression: abhängige Variable: Motivation zum Rauchstopp zur Abschlussbefragung (dichotom).....	241
Tabelle 86: Log. Regression: abhängige Variable: konkrete Änderungsbereitschaft zur Abschlussbefragung (dichotom).....	242
Tabelle 87: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 10	243
Tabelle 88: Ziele, Methode und Didaktik der ersten Kursstunde - Stressbewältigung	CCXCV
Tabelle 89: Ziele, Methode und Didaktik der zweiten Kursstunde - Stressbewältigung	CCXCVI
Tabelle 90: Ziele, Methode und Didaktik der dritten Kursstunde - Stressbewältigung	CCXCVII
Tabelle 91: Ziele, Methode und Didaktik der vierten Kursstunde - Stressbewältigung	CCXCVIII

1 Die Gesundheitsberufe – Gesundheit als persönliche Berufung?

„Die Gesundheit ist die erste Pflicht des Menschen“, so formulierte es Oscar Wilde im 19. Jahrhundert. Doch halten sich die Menschen daran? Und was ist mit den Menschen, die sich die Gesundheit zur Aufgabe gemacht haben? Achten diese Menschen auf ihre eigene Gesundheit, um so die Stärke und Authentizität zu besitzen, sich auch um die Gesundheit anderer kümmern zu können?

Eine Betrachtung der Entwicklung des Gesundheitsbildes in Deutschland zeigt ein negatives Bild, wonach ein Großteil der Bevölkerung ihrer ersten Pflicht nicht vorrangig nachzugehen scheint. Stattdessen gilt das deutsche Sprichwort, dass man „die Gesundheit erst schätzt, wenn man sie verloren hat“. Plass et al. (2014) untersuchten, z.B. die Ursache für die gesunkene Lebenserwartung in Deutschland, und stellten ischämische Herzerkrankungen und Rückenschmerzen als die Hauptursache für den Verlust von ca. fünf Lebensjahren fest. Dabei existiert eine Bandbreite an Wissen über Prävention und Interventionen, um diese Erkrankungen zu einem frühen Zeitpunkt zu verhindern oder zu therapieren.

Doch wie schaut es mit den Experten zum Thema Gesundheit aus? Pflegen besonders die Vertreter der Gesundheitsdienstberufe, wie z.B. ApothekerInnen, Ärzte/Ärtingen, Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerInnen, einen gesunden Lebensstil, da sie über die Folgen ungesunder und riskanter Lebensweisen informiert sind und beruflich in regelmäßigen Abständen damit konfrontiert werden? Aktuell gehören koronare Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Lungenkrebs, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und Atemwegsinfektionen zu den weltweit häufigsten Todesursachen. Die Ursachenerforschung konnte einen Zusammenhang mit all diesen fünf Erkrankungen und dem Rauchen nachweisen (Lazano et al. 2012; US Department of Health and Human Services 2004). Demnach stellt das Rauchen in einem besonderen Maße ein Gesundheitsrisiko dar und sollte bei der Arbeit in den Gesundheitsberufen einen hohen Stellenwert besitzen.

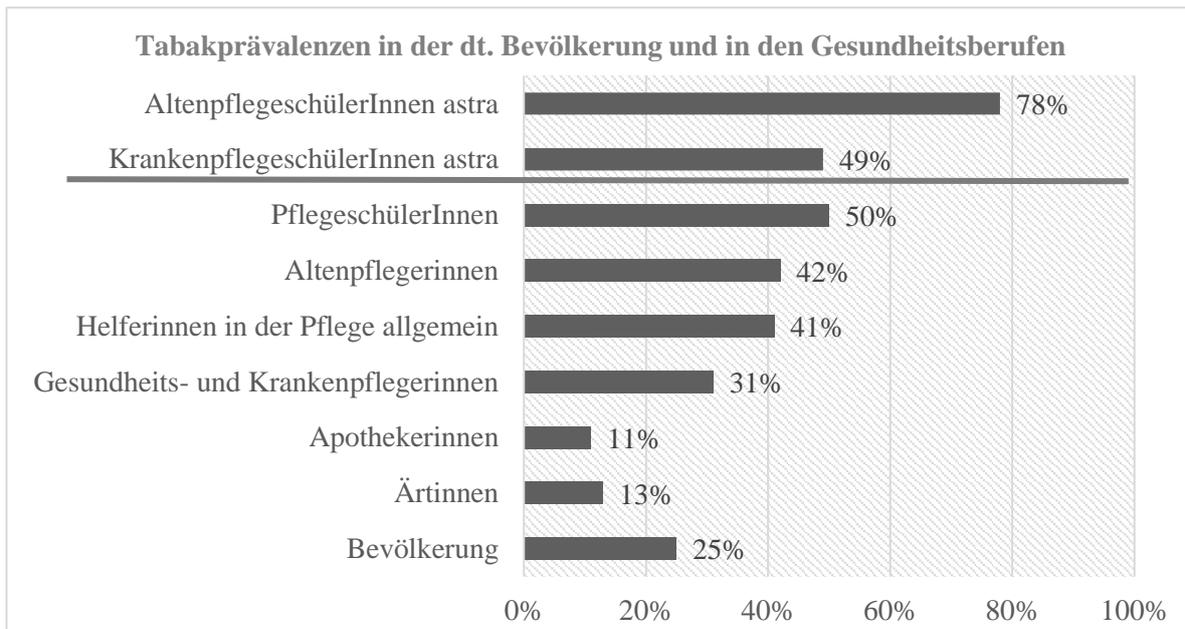


Abbildung 1: : Tabakprävalenz in den Gesundheitsdienstberufen und der deutschen Bevölkerung (Mikrozensus 2009, 2013 und 2015, Kolleck, 2004; Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann 2010; Lindeman, Kugler und Klewer, 2011; Bonse-Rohmann 2004; Schulze et al. 2014)

**Note: Da die Frauenquote in den Gesundheitsdienstberufen laut dem statistischen Bundesamt 79,1% beträgt, sind diese von zentralem Interesse, sodass bei den Angaben des Mikrozensus nur die Aussagen zu den Frauen vorliegen (Altenpflegerinnen, Helferinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen).*

Wie in der oberen Abbildung 1 zu erkennen, stellt der Tabakkonsum nicht bei allen Berufsgruppen in den Gesundheitsdienstberufen ein Problem dar. So liegt bspw. der Tabakkonsum bei den Ärzten und Apothekern mit durchschnittlich 13 bzw. 11% unter dem der Allgemeinbevölkerung. Anders sieht es bei den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, den Altenpflegerinnen, den Helferinnen und im Besonderen bei den PflegeschülerInnen aus. Im pflegerischen Bereich liegen die Werte deutlich über dem der deutschen Bevölkerung (Mikrozensus 2009, 2013 und 2015). Noch höher sind jedoch die Prävalenzen bei den PflegeschülerInnen. Hier wurde in unterschiedlichen Studien eine Prävalenz von 42-55% festgestellt (Kolleck, 2004; Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann 2010; Lindeman, Kugler und Klewer, 2011; Bonse-Rohmann 2004). Auch in dem Projekt, das dieser Arbeit zugrunde liegt, konnte eine Raucherprävalenz von 49% bei den Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegeschülerInnen und 78% bei den AltenpflegeschülerInnen festgestellt werden (Schulze et al. 2014).

Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, warum bereits zu Beginn der Ausbildung so hohe Raucherprävalenzen existieren, wenn doch die allgemeine These vertreten wird, dass die Verhältnisse in der Pflege das Rauchen bedingen. Gerade die Daten des astra-Projekts wurden zum Teil am ersten Ausbildungstag erhoben.

Die schwierigen Verhältnisse in der Pflege sind unbestritten. So konnte z.B. ein Anstieg an Erkrankungen und an Behandlungsbedarf verzeichnen werden, welcher sich auch in der

Zunahme der Patientenzahlen in den Krankenhäusern äußert (destatis, 2015). Es steht auch außer Frage, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland als Folge des demografischen Wandels in den nächsten Jahren noch stärker ansteigen wird und laut Schätzungen von Experten dazu führt, dass 2060 ca. 6% der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig sein werden (Rothgang, Müller, Unger, 2012; Weidner und Kratz 2012). Dieser steigende Bedarf verschärft den bereits bestehenden Fachkräftemangel, die ständige Unterbesetzung und die Nachwuchsprobleme noch zusätzlich (Zöller 2012). Aber vielleicht gibt es noch weitere Mechanismen? Vielleicht ist nicht nur die Sozialisation in diesem Berufsfeld die Ursache für den hohen Tabakkonsum und dass die PflegerInnen zu den zehn Berufen mit den höchsten Prävalenzzahlen gehören? Schließlich gibt es auch einen starken Fachkräftemangel bei den Ärzten, die im selben beruflichen Umfeld arbeiten und zu den zehn Berufen mit den niedrigen Raucherprävalenzen gehören.

Diese Arbeit untersucht neben den Sozialisationsbedingungen der PflegeschülerInnen in Schule und Praxis auch die Persönlichkeit als möglichen Selektionsfaktor und dessen Bedeutung für die hohen Tabakprävalenzen unter den PflegeschülerInnen.

Doch zunächst erfolgt ein Resümee über den aktuellen Forschungsstand zum Pflegeberuf, seinen Stressoren und dem Tabakkonsum von Pflegekräften, bevor eine theoretische Auseinandersetzung mit Modellen der Sozialisation und Selektion erfolgt und ein Bezug zwischen der Persönlichkeit und Stress, Rauchen und Coping hergestellt wird.

1.1 Der Pflegeberuf

Die Bezeichnung des Pflegeberufes umfasst die Berufsgruppen der Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, der Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen und der AltenpflegerInnen und AltenpflegehelferInnen (Hall 2012). Insgesamt gehören ca. 1,6 Millionen der Erwerbstätigen in Deutschland dieser Berufsgruppe an (Statistisches Bundesamt, 2017).

Die Definition von professioneller Pflege lautet nach dem International Council of Nurses wie folgt: „*Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings*“ (ICN 2018, Definition of Nursing – short version). Pflege ist demnach die eigenverantwortliche aber auch gemeinschaftliche Versorgung von Personen jedes Alters, der Familien, Gruppen und der Gesellschaft, unabhängig von der Gesundheitssituation (krank oder gesund) und den Lebensumständen (Setting). Somit übt der Pflegenden seine berufliche Tätigkeit „*zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus*“ (ICN 2014, S. 1). Dies beinhaltet auch die Pflicht zur Selbstpflege, welche in einem späteren Punkt genauer

diskutiert werden soll. Dem Pflegeberuf liegen vier Aufgaben zugrunde: 1) die Gesundheit zu fördern, 2) die Krankheit zu verhüten, 3) die Gesundheit wiederherzustellen und 4) das Leiden zu lindern (ICN 2002). Zudem ergeben sich weitergehende Schlüsselfunktionen, die über die reguläre Arbeitsleistung hinausgehen und entscheidend mitwirken. Diese wurden im folgenden Schaubild dargestellt:

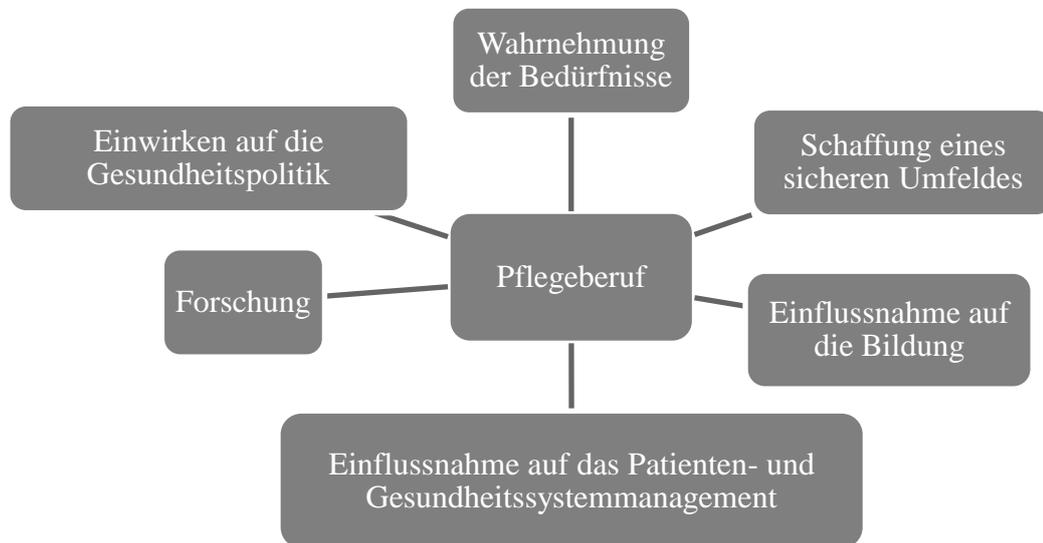


Abbildung 2: Schlüsselqualifikationen in der Pflege (vgl. ICN 2002)

Um die Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten weiter in den Vordergrund zu rücken, wurde 2004 durch das Krankenpflegegesetz der Begriff „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“, statt dem bisherigen eher kurativ ausgerichteten Begriff (Kinder-)Krankenpflege eingeführt (Lindeman et al. 2011). Eines der zentralen Ziele und wichtigster Motivator bei der Entscheidung für diesen Beruf ist der Wunsch, Menschen dabei zu helfen „ihr gesamtes Gesundheitspotential auszuschöpfen“ (Vitzthum et al. 2013, S.407).

1.1.1 Wer wird PflegerIn?

Um eine zielgruppenspezifische Maßnahme zu entwickeln, sollte die Zielgruppe genauer betrachtet werden. So konnte in diversen Studien ein überproportionaler Frauenanteil (ca. 75-80%) in der Pflege und unter den PflegeschülerInnen nachgewiesen werden (Lindeman, Kugler, Klewer 2011, Mikrozensus 2009, 2013 und 2015, Kolleck, 2004; Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann 2010). Auch eine Unterscheidung zwischen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege sind zum Teil sinnvoll, da beispielsweise die KrankenpflegeschülerInnen zu 94% kinderlos und ledig sind, während in der Altenpflege 27% verheiratet, 10% geschieden sind und 43% Kinder haben. Diese unterschiedlichen familiären Situationen zeigen sich auch bei den Beschäftigten. So haben 55% der KrankenpflegerInnen eigene Kinder und sind zum überwiegenden Teil verheiratet.

Unter den Altenpflegern/Altenpflegerinnen haben 76% Kinder, wobei gleichzeitig die Hälfte bereits geschieden ist (Bonse-Rohmann 2004). Demnach finden sich neben den arbeitsbedingten Belastungen bei einigen Gruppen weitere Stressoren im familiären Kontext.

Ein Blick in die pflegerische Praxis zeigt schnell, was die Daten auch bestätigen: Ein Großteil der PflegerInnen besitzt einen Migrationshintergrund. Dabei haben 15,4% eine eigene Migrationserfahrung. Der Vergleich zur Gesamtgesellschaft zeigt nur geringe Unterschiede, da hier 14,6% eine eigene Migrationserfahrung besitzen. Besonders viele PflegerInnen mit eigener Migrationserfahrung finden sich dabei unter den Altenpflegern/Altenpflegerinnen (19,5% versus 12,6% bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen), (Maier 2012, S. 4–5). Diese Studie kam des Weiteren zu dem Ergebnis, dass knapp 30% der Arbeitsmigranten ihre im Ausland erworbene Pflegequalifikation auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht umsetzen konnten. Maier resümiert, dass Deutschland nicht zuletzt hinsichtlich des starken Fachkräftemangels von der Zuwanderung ausgebildeter Pflegekräfte stärker profitieren könnte. Diese Zuwanderung an Fachkräften könnte in Zukunft noch stärker an Bedeutung gewinnen, wenn zum einen die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigt und gleichzeitig die familiären Potentiale hinsichtlich einer Pflege in der Familie, aufgrund einer zunehmenden Beschäftigung der Frauen, weiter zurückgehen (Weidner und Kratz 2012). Um in Deutschland als Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerIn oder als AltenpflegerIn arbeiten zu können, bedarf es einer Ausbildung von akkreditierten Lehrenden und Praxisanleitenden und einer staatlichen Abschlussprüfung. Während der Ausbildung lernen die PflegeschülerInnen eine breite und solide Basis zum Thema Verhalten und Leben. Dabei erhalten sie einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Pflege, Führungsverhalten und werden auch nach der Ausbildung weiter zum Thema Pflegepraxis geschult (International Council of Nurses (ICN), 1987).

Doch wie sieht die Pflegeausbildung in Deutschland im Genauen aus? Welche Ausbildungsgänge gibt es? Welche Besonderheiten finden sich und existieren einheitliche Curricula?

1.1.2 Die Pflegeausbildung – ein duales Ausbildungskonzept

Insgesamt gibt es drei unterschiedliche Ausbildungsgänge: dem zum Altenpfleger/zur Altenpflegerin, zum/zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn und zum/zur Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn (DBfK 2014). Der Begriff „duale Ausbildung“ deutet auf eine enge Verknüpfung von schulischer Theorieausbildung und beruflicher Ausbildung in der Praxis hin. Dieses Ausbildungskonzept birgt auf der einen Seite den Vorteil der direkten Anwendung des gelernten Wissens und somit der (vermeintlichen) Vermeidung „trägen

Wissens“, also von Wissen, das nie abgewendet und demnach nicht genutzt werden kann. Allerdings führt die duale Ausbildung auf der anderen Seite auch oftmals zu einem Theorie-Praxis-Konflikt. Es werden in der Schule Inhalte vermittelt, welche in der Praxis nicht oder nicht in der Form eingesetzt werden können und umgekehrt. Um diesen Konflikt möglichst gering zu halten, ist eine enge Kooperation zwischen der Schule und der Praxis erforderlich (astra-Projektteam, 2015).

Das Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz hält fest, dass eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerIn in Vollzeit drei Jahre und in Teilzeit maximal fünf Jahre dauert. Die Ausbildung erfolgt in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder an staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind. Es erfolgt stetig ein Wechsel zwischen Schulblocks und Praxiseinheiten. Die Reihenfolge und Dauer der Blöcke unterscheiden sich jedoch zwischen den Schulen (nicht nur den Ausbildungsgängen). Die praktische Ausbildung erfolgt in einem oder mehreren Krankenhäusern sowie in ambulanten Pflegeeinrichtungen, aber auch stationären Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen (Stand: 16.07.15). Der Anteil der theoretischen Ausbildung liegt mit 2.100 Stunden unter dem der praktischen Ausbildung mit 2.500 Stunden (Weidner und Kratz 2012).

Ein genauerer Blick auf die Pflegeausbildung in Deutschland zeigt, dass weder die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege noch die Altenpflege im Berufsbildungssystem verankert sind und somit keine bundeseinheitlichen Rahmenlehrpläne existieren. Stattdessen existiert für die einzelnen Bundesländer eine Vielfalt an Handreichungen, Lehrplanrichtlinien, Ausbildungsrichtlinien, Ausbildungsrahmenplänen und Ähnliches (astra-Projektteam, 2015). Es existieren demnach sehr heterogene Bedingungen, da fast jede Schule und Praxiseinrichtung ihr eigenes Curriculum besitzt. Auch unterscheidet sich die Ausbildung zum Altenpfleger/ zur Altenpflegerin in einigen organisatorischen Punkten deutlich von der zum/zur Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerIn. Während die Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegeschülerInnen durch ihre Schule an einige wenige Krankenhäuser verteilt werden, kommen die AltenpflegeschülerInnen von unzähligen Pflegeheimen an die Schulen. Das hat zur Folge, dass die Altenpflegeschule oft mit sehr vielen Praxiseinrichtungen (30 sind keine Seltenheit) kooperieren müssen, während die Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerklassen oftmals nur in 1-3 Krankenhäuser verteilt werden.

Es ist festzuhalten, dass die drei nicht akademischen Berufe des Gesundheitswesens (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) „sowohl im Bereich der Ausbildung als auch im Bereich der Weiterbildung weitestgehend isoliert nebeneinander“ stehen (Zöllner 2012, S. 10). Es gibt dabei sowohl landes- als auch bundesrechtliche Zuständigkeiten und verschiedene Rechtsgrundlagen, sodass oft nur

ausbildungsgangspezifische Weiterbildungen besucht werden können und so nur eine geringe horizontale und vertikale Durchlässigkeit zwischen den drei Säulen existiert (Steffen und Löffert 2010; Zöllner 2012). Dennoch können anhand dieser bundes- und landesrechtlichen Grundlage die wesentlichen Inhalte der Pflegeausbildung herausgearbeitet werden. Denn prüfungsrelevante Inhalte müssen zwangsläufig auch geschult werden. Wesentliche Inhalte, die auch für Maßnahmen, wie dem astra-Projekt, genutzt werden können, sind z.B. die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit oder die Reflektion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns (astra-Projektteam, 2015).

Um gemeinsame Inhalte im Curriculum zu ermitteln, hilft das aktuelle Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung weiter. Diese geben „richtungsweisende, innovative Impulse für die Berufsausübung vor“ (Dieterich und Skril 2012, S. 35). Aktuell ist eine Angleichung der bundesrechtlichen Regelungen geplant, die zu einem einheitlichen Ausbildungsniveau führen soll (Weidner und Kratz 2012). Hierfür sollen das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz durch ein neues Pflegeberufgesetz ersetzt werden (Weidner und Kratz 2012). Es ist zudem geplant, eine generalistische Ausbildung zu entwickeln, welche zu einem neuen Berufsprofil führt. Hierfür sollen die drei Ausbildungsformen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und Altenpflege zusammengefasst werden und zu einem einheitlichen Berufsabschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung führen und dabei eine automatisierte Anerkennung in der Europäischen Union ermöglichen. Die Spezialisierung erfolgt bei dieser Idee im Anschluss an die Ausbildung und erfordert eine intensive Einarbeitung in die jeweilige Fachrichtung. Im Sinne des lebenslangen Lernens bereiten die Erstausbildung und die daran folgende Spezialisierung auf eine lange Berufskarriere vor, in der sich Wissen in den unterschiedlichen Bereichen ständig und schnell erneuert (DBfK 2014; Zöllner 2012; Weidner und Kratz 2012). Durch dieses Vorhaben soll die Qualität der Pflege von Menschen aller Altersklassen optimiert, die Qualität der Pflegeausbildung gesichert und die Pflege, als Beruf allgemein, aufgewertet werden.

Diese Veränderungen der Ausbildung sind laut dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. aufgrund verschiedener Faktoren zwingend notwendig. Zu nennen wären gesellschaftliche Entwicklungen, wie dem demografischen Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Zunahme von demenzkranken Menschen, aber auch die schnelle Entwicklung in der Forschung in den Bereichen Medizin und Pflege, die u.a. zu einer Verbesserung der Therapiemöglichkeiten für chronisch kranke Patienten/Patientinnen führt, aber auch die aktuellen strukturellen Bedingungen, wie dem Fachkräftemangel, erfordern eine Optimierung der Ausbildung mit einer verbesserten Durchlässigkeit und einer Förderung langer Berufskarrieren im Sinne des lebenslangen Lernens (DBfK 2014). Wie diese Veränderungen aussehen könnten und auf welche Weise der Studiengang

„Pflebewissenschaft“ darin eingebunden werden könnte, wurde anhand verschiedener Konzepte diskutiert. Im Folgenden sollen zwei Ideen vorgestellt werden.

1.1.3 Das gestufte und das modularisierte Bildungskonzept

Wie dieses neue Ausbildungskonzept konkret aussehen könnte, zeigt der Vorschlag von Weidner und Kratz, welche sich auf den Änderungsvorschlag der Richtlinie 2005/36/EG bezieht, der darauf hinweist, dass die Schaffung eines durchlässigen Stufen- und Modulsystems einer beruflichen und akademischen Pflegeausbildung bereits jetzt in Deutschland möglich wäre. Die Grundidee ist eine Stufung der beruflichen Kompetenzen anhand der allgemeinbildenden Abschlüsse. Zentraler Gedanke ist die Anerkennung sowohl der allgemein als auch beruflich erworbenen Kompetenzen. Diese Durchlässigkeit vermeidet unnötige Ausbildungszeiten und ermöglicht eine Angleichung auf nationaler und europäischer Ebene (Weidner und Kratz 2012, S. S.14). Pflegeausbildung im Sinne des Prozesses des lebenslangen Lernens.

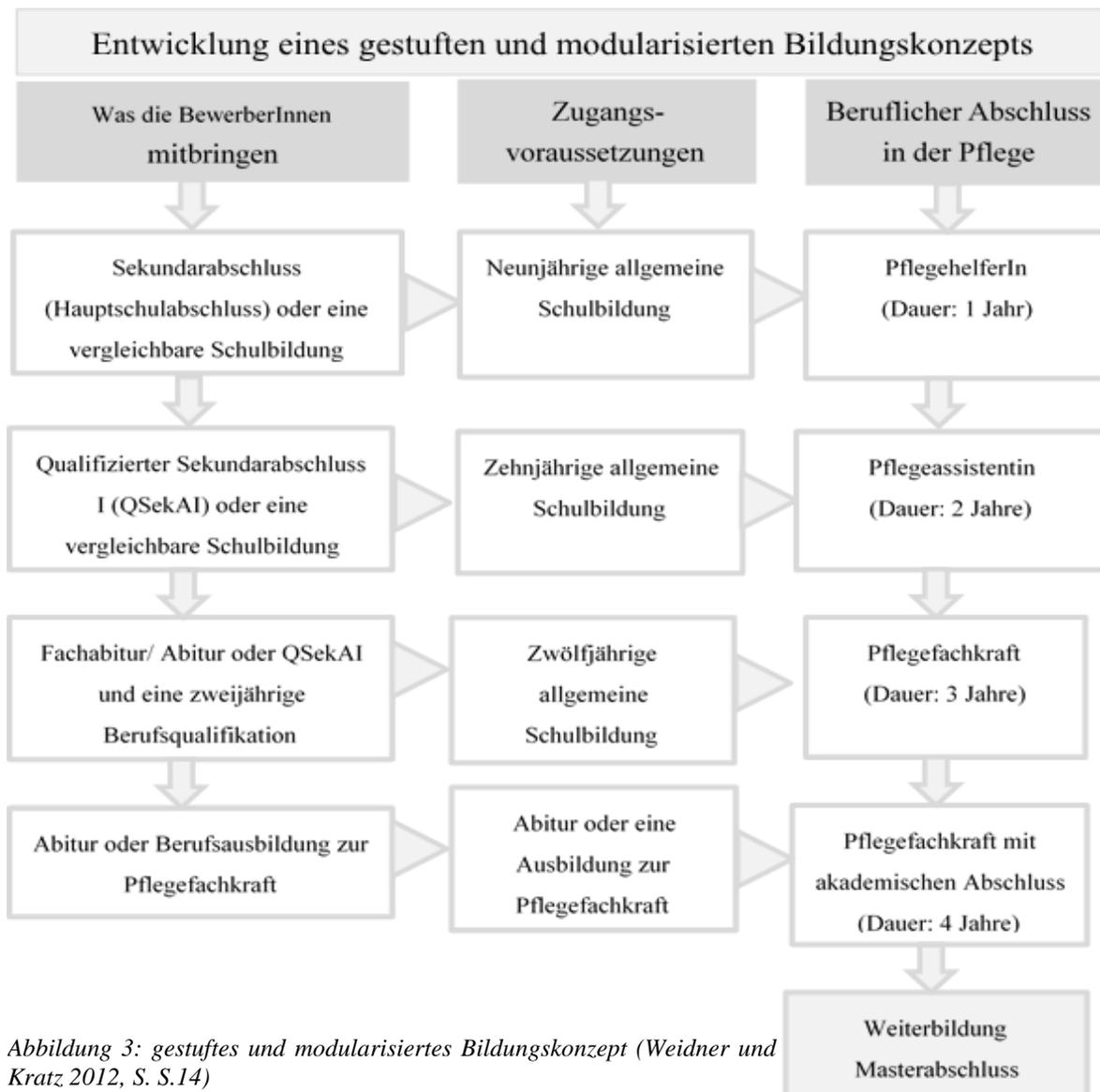


Abbildung 3: gestuftes und modularisiertes Bildungskonzept (Weidner und Kratz 2012, S. S.14)

Ein weiteres Modell stellte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) vor. Dabei berücksichtigt dieses Modell im Sinne des lebenslangen Lernens auch die allgemeinen und beruflichen Qualifikationen, macht jedoch darüber hinaus einen Vorschlag für die pflegeberufliche Bildung im tertiären Bildungssystem. Anders als der vorherige Vorschlag berücksichtigt es neben der Pflegeausbildung auch den akademischen Weg. Zudem geht es auf die Möglichkeit des Pflegegesetzes ein, den Fachkräftemangel bei den Ärzten durch einen erhöhten Handlungsspielraum für die Arbeit in der Praxis durch höher qualifizierte Pflegekräfte zu reduzieren.



Abbildung 4: Pflegeausbildung im Sinne des lebenslangen Lernens (DBfK 2014, S. 40)

Wie bereits oben angeführt, gehören zu den wesentlichen Inhalten der aktuellen Pflegeausbildung, welche auch in alle drei Säulen geschult werden müssen, die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit sowie die Reflektion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns. Deshalb soll zunächst auf die Gesundheit der PflegeschülerInnen und anschließend auf die Stressoren in der Pflege und der Pflegeausbildung sowie abschließend auf den Tabakkonsum in der Pflege und Pflegeausbildung eingegangen werden. Anschließend soll die soziale Stellung der Pflege diskutiert und das berufliche Selbstverständnis hinsichtlich des eigenen Rauchverhaltens erörtert werden.

1.2 Gesundheitsverhalten in der Pflege – reine Theorie?

Mit der neuen Bezeichnung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sind die Gesundheitsberufe auch die Verpflichtung eingegangen, sich mit Themen der Gesundheit und der Prävention zu beschäftigen. Da der Tabakkonsum das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko darstellt, sollte während der Ausbildung nicht zuletzt auch eine Auseinandersetzung mit der Raucherprävention, den Folgen des Tabakkonsums und der Raucherentwöhnung erfolgen (Kolleck 2004).

Doch wie gesund sind die PflegeschülerInnen? Und wie sieht deren Gesundheitsverhalten aus? Besteht hier ein Handlungsbedarf?

Eine Befragung der Alten- und Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegeschülerInnen in Deutschland ergab, dass zwei Drittel der Befragten ihren körperlichen Zustand als gut bis sehr gut einschätzten (Bomball et al. 2010a). Eine genauere Betrachtung des übrigen Drittels zeigt einen befriedigenden bis mangelhaften Gesundheitszustand. Diese klagten zu 52% über täglich bis wöchentliche Kreuz- oder Rückenschmerzen und zu 49% über Nacken- und Schulterschmerzen. Zudem gaben sie Anzeichen von Stress an, da 50% täglich bis mehrmals wöchentlich eine erhöhte Reizbarkeit nannten und 36% Schlafstörungen notierten. Darüber hinaus gaben 46% wöchentliche Kopfschmerzen und 26% Bauch- und Kopfschmerzen an.

Als Hauptauslöser für diese Beschwerden wurden berufsspezifische Risikofaktoren sowie das hohe Stressaufkommen genannt (Bomball et al. 2010a, S. 1051). Auch in einer anderen Studie schätzte die Mehrheit der Auszubildenden (78%) ihre körperliche Gesundheit als gut bis sehr gut ein. Eine genauere Erfragung der körperlichen Gesundheit zeigt jedoch, dass 22% bereits im ersten Ausbildungsjahr über Rückenbeschwerden klagten. Die Anzahl dieser nahm bis zum Ende der Ausbildung noch weiter zu, da im dritten Jahr insgesamt 46,2% Rückenbeschwerden nannten (Bonse-Rohmann 2004). Zudem haben die Hälfte der befragten PflegeschülerInnen erhebliche bis starke Schmerzen und 85% geben Beschwerden im Bereich des Muskel- und Skelettsystems an. Es kann somit festgestellt werden, dass die PflegeschülerInnen zwar mehrheitlich in guter bis sehr guter gesundheitlicher Verfassung sind, eine genauere Erfragung des Gesundheitszustandes jedoch erheblichen Handlungsbedarf aufzeigt. In Bezug auf die psychische Gesundheit schätzen knapp 70% diese als gut bis sehr gut ein. Die anderen 30% beurteilen diese als mittelmäßig bis sehr schlecht (Bonse-Rohmann 2004). Es kann somit resümiert werden, dass bereits die PflegeschülerInnen ihre Ausbildung als psychisch und physisch sehr belastend empfinden und sich die Wahrnehmung der psychischen Belastungen nicht von der Wahrnehmung der Beschäftigten unterscheidet. Dabei zeigen sie zu einem erheblichen Teil (40%) bereits oft bis sehr oft typische Symptome von Burnout, wie Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Müdigkeit bis hin zu Mattigkeit auf. Diese Symptome können sowohl die Arbeits- als auch die

Leistungsfähigkeit der Person deutlich herabsetzen. Gleichzeitig besitzen die PflegeschülerInnen nur unzureichendes Wissen zum Thema Burnout, welches jedoch mit der Ausbildung zunimmt (Bonse-Rohmann 2004).

Der Umgang mit diesen Belastungen kann dabei zum einen positiv, im Sinne eines aktiven Stressabbaus durch, z.B. Sport oder negativ, im Sinne einer Vermeidung oder Flucht, z.B. durch den Konsum von Suchtmitteln geschehen. Der Umgang mit Belastungen unter den Pflegern/Pflegerinnen ist auch im Hinblick auf die künftige Vorbildrolle als Vertreter der Gesundheitsberufe von zentraler Bedeutung.

1.2.1 Sport unter den Pflegern/Pflegerinnen

Ein Blick auf den aktuellen Forschungsstand zeigt, dass insgesamt 81% der PflegerInnen zu wenig Sport treiben. Dies liegt im Vergleich zur restlichen Gesellschaft leicht unter dem Anteil von 85% (Staib et al. 2006, S. 59). PflegeschülerInnen gaben in einer anderen Studie mit ähnlichen Ergebnissen an, dass sich ihre sportliche Aktivität seit Ausbildungsbeginn reduziert habe. Dabei werden präventive Bewegungselemente von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen fast gar nicht und von den Beschäftigten nur in geringem Ausmaß durchgeführt. Als Gründe werden die körperliche Erschöpfung, die schulischen Anforderungen, die Schichtdienste und die Familien genannt (Bonse-Rohmann 2004, S. 38). Zudem gaben 65% der PflegerInnen ein Gewichtsproblem an (das optimale Gewicht zu erreichen oder zu halten). Demgegenüber merken dies in der Gesellschaft nur 23% an (Staib et al. 2006, S. 59). So kommt es über die Jahre tendenziell zu einer Gewichtszunahme bis hin zur Adipositas. Die wenig ausgewogene Ernährung sowie ein Mangel an gesunden Pausen sind hier vordergründig zu nennen (Bonse-Rohmann 2004, S. 40). Damit die künftigen PflegerInnen ihrer neuen Vorbildrolle als Vertreter der Gesundheitsberufe gerecht werden und um die Patienten/Patientinnen authentisch und professionell beraten zu können, ist es demnach nötig, das Gesundheitsverhalten unter den MitarbeiterInnen weiter zu fördern. Um dies realisieren zu können, sollte mehr Sport und gesunde Ernährung sowie gesunde Pausen in den Ausbildungslehrplan verankert werden (Staib et al. 2006).

1.2.2 Konsum von Rauschmitteln in der Pflege

Die Betrachtung des Konsums von Rauschmitteln zeigt, dass knapp ein Viertel der männlichen Pflegeschüler (24%) und gut ein Drittel (38%) der Frauen Alkohol oberhalb der tolerierbaren oberen Alkoholzufuhrmenge (TOAM- Grenze) konsumieren (Hirsch et al. 2010). Dabei konnte zudem festgestellt werden, dass 63% derjenigen, die Alkoholmengen oberhalb der TOAM-Grenze konsumieren, gleichzeitig auch tägliche RaucherInnen sind. Zudem konnte ein schwacher aber signifikanter Zusammenhang zwischen dem Tabakkonsum und dem Konsum illegaler Substanzen festgestellt werden. Dabei

konsumierten fast durchgängig die männlichen Befragten signifikant häufiger Rauschmittel als die Frauen (Hirsch et al. 2010, S. 128-130). Hinsichtlich des Medikamentenkonsums zeigte sich, dass bereits knapp ein Viertel der PflegeschülerInnen (22%) gelegentlich Schmerzmittel einnimmt. Unter den Beschäftigten sind es bereits knapp ein Drittel (31%) (Bonse-Rohmann 2004, S. 33). Eine nicht repräsentative Studie von Jenull und Brunner (2009) fand unter den Altenpflegern/ Altenpflegerinnen eine Quote von 60%, die Medikamente nehmen, um den Alltag zu überstehen. Dabei handelte es sich vorrangig um Schmerzmittel.

Im Folgenden soll zunächst auf den Tabakkonsum unter den Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen und anschließend auf den der PflegeschülerInnen eingegangen werden. Diese Unterscheidung ist wichtig, da je nach Status andere Belastungsfaktoren wirken und sich die Prävalenzen im Tabakkonsum stark unterscheiden.

1.2.2.1 Tabakkonsum unter den Pflegern/Pflegerinnen

Als Erklärung für den hohen Raucheranteil in der Pflege von ca. 30-40% werden immer vorrangig die „zusätzlichen“ Pausen angeführt. Es wird wahrgenommen, dass rauchende PflegerInnen mehr Pausen und weniger Zeit für die Patienten/Patientinnen haben als nichtrauchende Kollegen/Kolleginnen (Sarna et al. 2005). Die PflegeschülerInnen sind der Meinung, die Mehrheit ihrer Kollegen/Kolleginnen würde rauchen und die Mehrheit der LehrerInnen wären NichtraucherInnen (Kolleck 2004). Ein internationaler Review konnte dabei zeigen, dass es sich bei dem erhöhten Tabakkonsum eher um ein nationales, als um ein internationales Problem handelt (Lindeman et al. 2011). Besonders viele RaucherInnen scheinen in der Altenpflege zu sein. Laut dem Mikrozensus (2013) liegt die Quote bei 40%. In der nicht repräsentativen Studie von Jenull und Brunner (2009) fanden diese sogar eine Quote von 80%. Eine Betrachtung der RaucherInnen zeigt, dass 87% täglich rauchen und im Schnitt vor 23 Jahren mit dem Rauchen begonnen haben sowie dass 89% der RaucherInnen eine Abhängigkeit besitzen. Als Gründe für den Tabakkonsum werden Abhängigkeit, Genuss/ Vergnügen, arbeitsbedingte Belastungen, Bewältigung von Angst und Depression, Gesichtskontrolle und der Einfluss von Freunden und Familie genannt (McKenna et al. 2003, S. 362). Es gibt unterschiedliche Studienergebnisse zur Aufhörmotivation. Fehlende Pausen sind in der Pflege der Regelfall. Fehlende Pausen geben 70% der Pflegenden an. Diese Aussage ist dabei vom eigenen Rauchverhalten abhängig. Denn 72% der NichtraucherInnen vermissen Pausen, aber nur 59% der RaucherInnen. Es lässt sich vermuten, dass RaucherInnen die Befürchtung haben, ihre Pausen zu verlieren. Sarna et al. (2005) fanden insgesamt eine Quote von 80% der PflegerInnen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Von diesen denken 53% über einen Rauchstopp nach und 27% versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören. Somit ist eine veränderte Pausenpolitik nötig, um auch den Raucherstatus anzugehen (Sarna et al. 2005). Dennoch ist ein direkter Einfluss der

stressigen Arbeitsatmosphäre auf das Rauchverhalten nicht eindeutig nachgewiesen (Sarna et al. 2005; Perdikaris et al. 2010).

Als einen möglichen Grund für die hohen Rückfallquoten nach dem Rauchstopp bei den Helfern/Helferinnen führt Eriksen (2006) die hohen Anforderungen bei gleichzeitig wenig Kontrollmöglichkeiten und einem Mangel an sozialer Unterstützung in einem stressigen Arbeitsumfeld an. Die hohe Raucherquote unter den Helfern/Herferinnen, Pflegern/Pflegerinnen und bereits unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen schlägt sich auch in den sozialen Normen, also den wahrgenommenen erwünschten Verhaltensweisen, nieder (siehe Kapitel 2.1.2). Kolley (2004) konnte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der PflegeschülerInnen und dem der Kollegen/Kolleginnen, Stationsleitungen und Ärzten/Ärztinnen messen und schließt daraus, das Rauchen resultiere aus dem privaten Umfeld.

1.2.2.2 Tabakkonsum unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen

Unterschiedliche Studien kommen auf eine Raucherprävalenz von 40-55% (Lindeman et al. 2011; Kolley 2004; Hirsch et al. 2010; Vitzthum et al. 2013; Sejr und Osler 2002; Kröger et al. 2006, Reusch, Müller, Wolf, Neuderth 2015). Diese liegt deutlich über der Prävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung von 25%, welche zudem eine sinkende Tendenz zeigt (Mikrozensus 2009, 2013 und 2015). Dabei raucht knapp ein Drittel bis die Hälfte täglich und ca. 10-13% gelegentlich (Kolley 2004; Vitzthum et al. 2013). Ein Großteil der rauchenden PflegeschülerInnen sieht den eigenen Tabakkonsum kritisch und steht einem Rauchstopp offen gegenüber, wobei sich 40% als süchtig einschätzen (Kolley 2004; Lenz 2008). Gründe für den Rauchstopp sind die Angst vor Konsequenzen, die Kosten oder die Angst vor Abhängigkeit, aber auch der Mundgeruch und das verschlechterte Hautbild wirken abschreckend (Vitzthum et al. 2013). Vielfach existiert die Vermutung, dass die SchülerInnen in der Ausbildung mit dem Rauchen beginnen oder das Rauchverhalten wieder aufnehmen. Fest steht, dass das Rauchen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen beliebt ist, um sich zu beruhigen, den Stress abzubauen, aus sozialen Gründen, um mehr Pausen zu haben, um leistungsfähiger zu sein oder einfach aus Gewohnheit oder Suchtdruck (Smith 2007; Kolley 2004; Lenz 2008; Jenkins und Ahijevych 2003). Studien zeigen jedoch unterschiedliche Ergebnisse zu den Ursachen der hohen Prävalenz. Dennoch kann resümiert werden, dass die Mehrheit der Studien feststellt, dass nicht das Ausbildungs- und Arbeitsumfeld ursächlich für den Raucheinstieg sind, sondern das persönliche und private Umfeld, da viele bereits vor dem 16. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen hatten (Kolley 2004). Andere finden dennoch einen leichten bis deutlichen Anstieg der Prävalenzen über die Ausbildung hinweg (Kröger et al. 2006; Gorin 2000).

1.2.3 Fazit

Es fällt auf, dass PflegerInnen ihre eigene Gesundheit oft zurückstellen, um sich um andere zu kümmern. Dabei sollen PflegerInnen für die Patienten/Patientinnen ein Vorbild sein. Zumal ein gesunder Lebensstil den Pflegern/Pflegerinnen helfen kann, ihre psychischen und physischen Kräfte zu mobilisieren (Staub et al. 2006). Deshalb ist die Vermittlung der Bedeutung und Vorteile der Selbstpflege von zentraler Bedeutung. Nur wer selber gesund ist, kann seine Ressourcen mobilisieren und sich so bestmöglich um andere kümmern. Zudem können sie Patienten/Patientinnen besser verstehen und versuchen, ihnen beim Erlernen eines gesunden Lebensstils zu helfen (Staub et al. 2006).

Auch die meisten Schulleitungen messen der Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert bei und haben diese Themen zum großen Teil (98%) bereits im Curriculum verankert (Bomball et al. 2010a). Dennoch ist knapp die Hälfte der Schulleitungen (49%) der Auffassung, dass die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausreichen. Dabei erhalten 29% der befragten Einrichtungen eine Unterstützung bei der Einführung präventiver und gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen durch die Praxiseinrichtungen. Gerade einmal 36% der Einrichtungen stellen gesundheitsförderlichen Maßnahmen eine ausreichende finanzielle Unterstützung zur Verfügung. Dennoch gehen 70% der Schulen davon aus, dass die SchülerInnen einen verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit erlernen und 36% geben an, dass die SchülerInnen Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention besäßen. Eine nähere Betrachtung zeigt jedoch, dass meist berufsspezifische Risikovermeidungen, wie die Unfallprävention, im Vordergrund stehen (Bomball et al. 2010a, S. 1049–1050).

Generell kann ein Fortbildungsinteresse bei den Vertretern von Theorie und Praxis im Hinblick auf die Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens verzeichnet werden. Ein länderübergreifendes Review zu dem Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen ergab einen deutlichen Handlungsbedarf in den meisten Ländern. Demnach zeigt ein deutlicher Teil der PflegeschülerInnen immer noch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen auf, die eine weitere Optimierung der Ausbildung erfordern (Lindeman et al. 2011). Durch die Integration gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in den Lehrplan könnte eine Veränderungsbereitschaft bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen geweckt werden, sodass diese nach der Examinierung im Sinne der Selbstpflege das förderliche Verhalten internalisiert haben und so aktiv dazu beitragen können, einen gesünderen Lebensstil aufzubauen (Staub et al. 2006).

Um gesundheitsförderliche Maßnahmen ideal an eine bestimmte Zielgruppe anzupassen, ist es notwendig die Stressoren und Handlungsmöglichkeiten genau zu analysieren.

1.3 Stressoren in der Pflege

Immer wieder wird der Begriff „Pflegekollaps“ angeführt. Dieser drückt aus, dass die Attraktivität des Berufes schwindet, es häufig zu einer Berufsaufgabe oder einem Berufswechsel kommt und Angestellte angeben, sie würden eigenen Bekannten oder der Familie nicht empfehlen, sich am eigenen Arbeitsplatz versorgen zu lassen (DBfK 2009). Typische Faktoren in den Pflegeberufen, die den Pflegekollaps auslösen, sind eine unzureichende Personalsituation, der Dauerstress, die vergleichsweise niedrige Bezahlung, die physisch und psychisch krank machenden Arbeitsbedingungen, die steigenden Patientenzahlen bei gleichzeitig sinkender Verweildauer und das schlechte Image der Pflegeberufe (DBfK 2009; Hall 2012). Als besonders belastend werden die durchgängige Konzentration, die häufige Arbeitsunterbrechung und der Zeitdruck wahrgenommen (Wenderlein 2002, Vitzthum et al. 2013). Der Alltag in der Altenpflege wird neben den institutionellen Vorgaben zusätzlich durch negative Erlebnisse mit den Heimbewohnern erschwert (Jenuß und Brunner 2009). Ungünstige Arbeitsbelastungen stehen in einem Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung. Anhaltender Stress bei gleichzeitig schlechten Kompensationsmöglichkeiten führt dazu, dass sich die MitarbeiterInnen weniger bestätigt und geschätzt fühlen, was in einer Depersonalisierung enden kann, einem Kriterium von Burnout. Eine emotionale Bindung an die Einrichtung kann vor Burnout schützen, sodass eine Stärkung der Bindung zwischen der Einrichtung und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen empfehlenswert sein kann (Hudek-Knežević et al. 2011). Auch die Suche nach sozialer Unterstützung oder ein negatives Abgrenzungsverhalten kann zur Kompensation der Stressoren beitragen (Jenuß und Brunner 2009, S. 5).

Eine Veränderung der Verhältnisse ist auch dahingehend ratsam, da sich zwei Drittel der Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerInnen nicht vorstellen können, die Arbeit bis zum Renteneintritt durchzuhalten. Von der ersten konkreten Überlegung eines Berufsausstieges bis zur endgültigen Entscheidung benötigen die Hälfte der PflegerInnen nur ca. fünf Monate (Dichter 2010). Die Einstellung, den Beruf nicht ein Leben lang ausführen zu können, wirkt sich auf eine erhöhte Fehlzeit aus. Dennoch würden zwei Drittel diesen Beruf noch einmal wählen (Wenderlein 2002). Diese Aussagen klingen zunächst widersprüchlich. Wenderlein schlussfolgert, dass die „ungünstigen betrieblichen Umstände zur Unzufriedenheit führen und nicht die Tätigkeit an sich“ (2002, S. 178). Doch was belastet die MitarbeiterInnen im Besonderen?

Aus der Forschung ist bekannt, dass sich das Führungsverhalten als Ressource oder als Stressor auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen auswirken kann. Förderlich wirkt u.a. eine transformationale Führung, bei der es zur Änderung (Transformierung) der Werte und Einstellungen der MitarbeiterInnen weg von egoistischen Zielen hin zu Langzeitzielen kommt. Dabei werden die MitarbeiterInnen in Form von

Einzelcoachings auf diesem Weg unterstützt. Es wird demnach auf die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen eingegangen und eine Leistungssteigerung durch eine mitarbeiterorientierte Anpassung des Schwierigkeitsniveaus erreicht. Dieser Führungsstil konnte nachweislich zur Reduktion von affektiven Symptomen führen und eine Reduktion der Gesundheitsbeschwerden nachweisen. Gleichzeitig wurde ein Anstieg des Wohlbefindens und der psychischen Leistungsfähigkeit nachgewiesen (baur 2016).

Aber auch die Persönlichkeitseigenschaften der MitarbeiterInnen beeinflussen diesen Zusammenhang zwischen der Führung und der Gesundheit. Zudem scheint sich die Führung nicht direkt auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen auszuwirken, sondern über Faktoren wie Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit. Es kann somit resümiert werden, dass der zentrale Einflussfaktor für die Mitarbeitergesundheit ein freundlicher und respektvoller Umgang der Führungskräfte mit den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen ist. Es ist wichtig, dass sich die Führungskräfte des Einflusses ihres Führungsstils und der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen stärker bewusst werden (Gregersen S, Kuhnert, S, Zimmer, A, Nienhaus, A. 2011).

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil sowie eine transparente Informationspolitik stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit der wahrgenommenen Gesundheit und der psychischen Leistungsfähigkeit. In Studien konnten die negativen Auswirkungen von Problemen in der Organisations-, Personalführung und Krankenhauskultur nachgewiesen werden (Wenderlein 2002). Dabei zeigte sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Arbeitsorganisation, wie das Einkommen, die Entwicklungsmöglichkeiten, der Umgang mit Verbesserungsmöglichkeiten und die rechtzeitige Bekanntgabe betrieblicher Informationen, auf der einen Seite und der Arbeitszufriedenheit auf der anderen Seite. Die Fehlzeiten korrelierten am stärksten zwischen der Zufriedenheit mit den Arbeitsregelungen und dem Einkommen und einer zu großen Verantwortung. Interessanterweise sind PflegeschülerInnen unzufriedener als Examinierte, was sich in höheren Fehlzeiten äußert und das, obwohl sie eine geringere Verantwortung besitzen und weniger Belastungen ausgesetzt sind (Wenderlein 2002). Als weitere Begründung für die hohen Fehlzeiten werden gesundheitliche Überlastungen aufgrund berufsspezifischer Anforderungen von einem Drittel der PflegeschülerInnen angeführt. So geben 36% der PflegeschülerInnen an, mindestens einmal über einen Ausbildungsabbruch nachgedacht zu haben. Zudem haben 64% Angst, nach der Ausbildung arbeitslos zu sein (Bonse-Rohmann 2004). Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigte, dass Frauen zufriedener waren, seltener fehlten und eine höhere Frustrationstoleranz als Männer besitzen (Wenderlein 2002). Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass 87% der Frauen angeben, in ihrem Wunschberuf zu arbeiten. In anderen Berufen liegt die Quote bei 77%. Auch wechseln deutlich weniger Kranken- und Altenpflegerinnen ihren erlernten Beruf vollständig (11% bzw. 13%) im Vergleich zu anderen Berufen (36% bzw. 39%). Demnach verbleiben sie eher in assoziierten

Berufen. Insgesamt arbeiten 45% der gelernten Krankenpflegerinnen und 62% der gelernten Altenpflegerinnen in ihrem gelernten Beruf. Dennoch führen das niedrige Einkommen, die Arbeitszeit und die körperlichen Belastungen deutlich häufiger zu Unzufriedenheit unter den Pflegerinnen als bei Frauen in anderen Berufen (Hall 2012).

Es zeigt sich somit, dass sich die ungünstigen betrieblichen Umstände negativ auf die Arbeitsmoral und Zufriedenheit auswirken und weniger die Arbeit an sich. Auch wurde gezeigt, dass die Persönlichkeit der MitarbeiterInnen und deren Geschlecht einen entscheidenden Einfluss besitzt (Gregersen S, Kuhnert, S, Zimber, A, Nienhaus, A. 2011). Deshalb soll die Persönlichkeit als Einflussfaktor näher betrachtet werden. Eine genaue Erläuterung der Persönlichkeitsdimensionen befindet sich im Kapitel 2.2.1.

1.3.1 Persönlichkeit als Risikofaktor

Besonders negativ wirken sich hohe Werte beim Neurotizismus aus. Es konnte gezeigt werden, dass PflegerInnen mit hohen Neurotizismuswerten eine verringerte Leistungsfähigkeit wahrnehmen und dies unabhängig vom Arbeitsstress (Hudek-Knežević et al. 2011). Demgegenüber nehmen diejenigen Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen mit niedrigen Neurotizismuswerten nur in Situationen mit einem hohen Arbeitsstress oder einem hohen Rollenkonflikt eine reduzierte Leistung wahr, die sich im Ausmaß nicht mehr von der wahrgenommenen Leistung der PflegerInnen mit hohen Neurotizismuswerten unterscheidet (Hudek-Knežević et al. 2011). Neurotizismus ist zudem der stärkste Faktor bei der Bestimmung der Ausgeglichenheit. Dabei wirken sich hohe Neurotizismuswerte negativ auf das psychische Gleichgewicht aus (affect balance), (González Gutiérrez et al. 2005). Personen mit hohen Neurotizismuswerten sind somit besonders stressvulnerabel.

1.3.2 Persönlichkeit als Schutzfaktor

Manche Dimensionen der Persönlichkeit können sich auch schützend auswirken. So sagen hohe Werte bei der Extraversion eine positive affect balance voraus (González Gutiérrez et al. 2005). Hohe Verträglichkeitswerte und hohe Werte bei der Dimension Offenheit für neue Erfahrungen korrelieren negativ mit der Leistungsfähigkeit, einer Dimension von Burnout. Zudem wirken sich hohe Offenheitswerte positiv auf den Verbleib in der Einrichtung aus, da diese Personen Stress besser bewältigen, die Gründe für den Verbleib anders beurteilen und in kritischen Situationen mehr Ressourcen aktivieren können. Auch hohe Gewissenhaftigkeitswerte sind ein wichtiger Schutzfaktor, da diese Personen nicht so empfindlich auf stressige Arbeitsbedingungen reagieren und sich auch die Selbsteinschätzung ihrer professionellen Leistung nicht verändert (Hudek-Knežević et al. 2011).

Es zeigt sich somit, dass der Umgang mit den Stressoren in der Pflege ein Zusammenspiel zwischen Kontextbedingungen und der Persönlichkeit eines Menschen ist. Demnach sind verhaltens- und verhältnispräventive und intervenierende Maßnahmen zur Stressreduktion in der Pflege nötig (Hudek-Knežević et al. 2011).

1.3.3 Belastungsfaktoren für die PflegeschülerInnen

Nachdem oben bereits auf den Gesundheitszustand der PflegeschülerInnen eingegangen wurde, sollen nun die Belastungsfaktoren in der Pflegeausbildung beleuchtet werden. Die angeführten psychischen und körperlichen Beschwerden deuten auf einen unzureichenden Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis hin. So gaben unter anderem knapp ein Viertel (22%) der befragten PflegeschülerInnen an, erlernte Maßnahmen, wie rückschonende Arbeitsweisen, selten bis gar nicht umzusetzen (Bomball et al. 2010a).

Die wichtigsten Belastungsfaktoren in der Pflegeausbildung sind dabei laut Bonse-Rohmann et al (2004):

- 61% der vorherrschende Zeitdruck
- 51% die angeführte Diskrepanz zwischen der Theorie und Praxis
- 46% die Einschränkungen des Privatlebens durch die Arbeitszeiten
- 39% selbstgesetzte Leistungsdruck
- 38% häufige Unterbrechung der Tätigkeiten
- 34% häufige Wechsel zwischen den Stationen
- 30% Angst vor schlechten Beurteilungen
- 42% das Fehlen theoretischer Kenntnisse bei der Durchführung von Tätigkeiten
- 42% die mangelnde Anleitung

Die beiden letzten Punkte sind nicht unmittelbar mit dem Pflegeberuf verbunden und könnten durch eine bessere Kooperation zwischen Theorie und Praxis sowie einer Sensibilisierung der PraxisanleiterInnen reduziert werden.

Bei dieser Vielzahl an Stressoren stellt sich die Frage nach den Stressbewältigungsstrategien der PflegeschülerInnen. Positiv zu nennen ist, dass knapp die Hälfte (48%) von ihnen angeben, mit ihren Kollegen/Kolleginnen zu reden. Gut ein Drittel der SchülerInnen versucht, sich bewusst zu entspannen (35%) oder geht an die frische Luft (34%). Weniger zielführend ist, dass auch knapp die Hälfte der PflegeschülerInnen ihren Stress mit nach Hause nimmt (47%) und gelegentlich bis häufig in stressigen oder belastenden Situationen raucht (44%) (Bomball et al. 2010a, S. 1052).

1.3.4 Belastungsfaktoren für die Pflegefachkräfte

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin untersuchte den Berufsausstieg beim Pflegepersonal und dokumentierte die wesentlichen Belastungsfaktoren, die im folgenden Textfeld aufgeführt wurden.

Belastungsfaktoren in der Pflege (baua 2005)

- Schichtarbeit
- mangelnde positive Rückmeldungen
- die Enttäuschung des Idealismus
- die körperlich anstrengende Arbeit
- der geringe Entscheidungsspielraum
- die geringe Entlohnung bei hoher Verantwortung
- der Zeitdruck
- die hohen psychischen Anforderungen
- die Konfrontation mit Schmerzen
- Krankheit und Tod
- das geringe soziale Ansehen

Diese Ergebnisse decken sich auch mit denen aus anderen Studien, wonach 78% der Beschäftigten unter dem Zeitdruck leiden, 58% die arbeitsbedingten Einschränkungen des Privatlebens als Belastung empfinden und 50% die starke Konzentration über den gesamten Arbeitstag mit den ständigen Unterbrechungen (47%) als Stressor angeben. Zudem belasten 47% der Beschäftigten die hierarchischen Strukturen und die wenige Anerkennung (44%). Zusätzlich empfinden 40% die Schichtarbeit als Last (Bonse-Rohmann 2004).

Auch in einer anderen Befragung nannten 87% der PflegerInnen den unangemessenen Personaleinsatz, 70% den schlechten Informations- und Kommunikationsstil, 48% die schlechte Pausenpolitik und 47% die mangelnde Unterstützung durch Servicekräfte als hindernde Faktoren (DBfK 2009).

Diese ungünstigen Arbeitsbedingungen stehen, wie oben angeführt, in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit der Mitarbeitergesundheit. Besonders deutlich zeigt sich dies in der Pflege im Tabakkonsum.

1.3.5 Der Pflegeberuf - Reflektion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns

„Die Pflegenden achten in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, ein positives Bild des Pflegeberufes zu vermitteln und das Ansehen sowie das Vertrauen der Bevölkerung in den Pflegeberuf zu stärken“ (International Council of Nurses (ICN) 2014, S. 3). In diesem Abschnitt soll die mögliche Rolle der Pflegenden bei der Tabakentwöhnung vorgestellt und die Bedeutung des eigenen Rauchverhaltens des Pflegepersonals hinsichtlich dieser Rolle

beleuchtet, sowie der mögliche Widerspruch zwischen der beruflichen Aufgabe und dem eigenen Gesundheitsverhalten diskutiert werden.

1.3.5.1 Reflektion des eigenen Handelns – Rauchen unter den Pflegenden – ein Widerspruch?

Der Einfluss des Rauchverhaltens eines Pflegeschülers/einer Pflegeschülerin oder eines Pflegers/einer Pflegerin deutet auf eine Diskrepanz zwischen der kognitiven und der aktionalen Ebene hin. Das neue Bild einer Gesundheitsprofession steht dabei dieser Raucherprävalenz gegenüber und stellt die ethische Frage nach einer „verantwortungsvollen Mitgestaltung von Gesundheitsförderung, Vorsorge und Risikovermeidung“, wenn die PflegerInnen selbst einer Risikogruppe angehören (Kolleck 2004). Die Pflegekräfte besitzen eine Vorbildrolle für die Kollegen/Kolleginnen in den Gesundheitsberufen und für die Gesellschaft (Vitzthum et al. 2013). Dabei sollten besonders die Frauen in den Blick genommen werden, da sie zum einen den größten Anteil in der Pflege ausmachen und zum anderen einer sozialen Verantwortung als Gesundheitsfachkraft in Bezug auf das eigene Rauchverhalten weniger zustimmen als männliche Pfleger (Fernández García et al. 2007). Generell ist auch die Bedeutung der eigenen Arbeit und des eigenen Verhaltens als Vorbild, wie auch die Beurteilung der Folgen des Tabakkonsums und die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten bei der Tabakentwöhnung von dem persönlichen Raucherstatus abhängig. Der eigene Tabakkonsum wirkt sich dabei stets negativ auf die Zuversicht, die Risikowahrnehmung oder die Vorbildfunktion aus (Pericas et al. 2009; Gorin 2000). Eine Thematisierung des allgemeinen und im Besonderen des eigenen Rauchverhaltens sowie eine vertiefte und kritische Auseinandersetzung mit diesem Thema ist somit bereits in der Pflegeausbildung nötig und sollte infolgedessen als professionelles pflegerisches Handeln in den Lehrplan aufgenommen werden (Kolleck 2004).

1.3.5.2 Reflektion der beruflichen Rolle – Tabakentwöhnung durch das professionelle Pflegepersonal

In Deutschland gibt es um die 1,6 Mio. PflegerInnen (Statistisches Bundesamt, 2017). Sie haben den meisten Kontakt zu den Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen und übernehmen die Aufgabe von Gesundheitsvermittlern (McKenna et al. 2003). Als solches ist die Tabakprävention und Reduktion ein zentrales Ziel der Pflege. Das Pflegepersonal besitzt dabei ein großes Potential bei der Tabakintervention (Smith 2007; Lindeman et al. 2011). Um dieses Potential vollends ausschöpfen zu können, bedarf es jedoch einer pädagogischen Vorbereitung der PflegeschülerInnen, in der sie lernen, eine wirksame Tabakintervention zu gestalten, die motivierende Gesprächsführung zu erlernen sowie der Bedeutung ihres Ratschlages auf die Veränderungsmotivation der Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen zu verinnerlichen (Lindeman et al. 2011). Denn die Mehrheit der PflegeschülerInnen ist nur unzureichend über die Strategien

und Methoden der Tabakentwöhnung informiert, sodass sie die Patienten/Patientinnen nicht oder nur unzureichend beraten können (Fernández García et al. 2007). Dies ist auch dahingehend von Bedeutung, da ein größeres Wissen über die Aufhörmethoden und ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu einem erhöhten Engagement in Tabakreduktionsprogrammen führen (Gorin 2000).

Generell zeigt sich bei der Ansprache der Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen durch die PflegerInnen ein uneinheitliches Bild darüber, ob und wann eine Ansprache stattfinden sollte (Sejr und Osler 2002). Die große Mehrheit der PflegerInnen ist der Auffassung, dass die PflegerInnen den Patienten/die Patientin warnen sollten, wenn dieser bereits Erkrankungen aufgrund des Tabakkonsums zeigt (97%). Auch herrscht eine große Zustimmung, dass ein(e) PatientIn beraten werden sollte, wenn dieser sich aktiv erkundigt (97%) oder wenn die Patientin schwanger ist und raucht (93%). Ob jedoch ein(e) rauchende(r) PatientIn angesprochen werden soll, wenn dieser noch keine Erkrankungserscheinungen zeigt und nicht selber danach fragt, führt zu unterschiedlichen Meinungen. Nur gut die Hälfte (54%) der Befragten stimmt hier einer Ansprache durch den Pfleger/die Pflegerin zu (Sejr und Osler 2002).

Doch gibt es neben der verbesserten schulischen Ausbildung der PflegeschülerInnen noch einen weiteren entscheidenden Einflussfaktor bei der PatientInnen- und BewohnerInnenberatung? Es konnte gezeigt werden, dass sich der Tabakkonsum der PflegerInnen signifikant negativ auf das Beratungsverhalten und die kritische Betrachtung der Thematik auswirkt. Demnach werden durch rauchende PflegerInnen weniger Ratschläge gegeben oder präventive Einflüsse ausgeübt. Zudem sind rauchende PflegerInnen weniger gewillt, bei der Entwicklung und Implementierung von Tabakkontrollpolitiken mitzuwirken, als nichtrauchende Pflegekräfte. Außerdem betrachten sie auch die Aspekte des Rauches weniger kritisch als ihre nichtrauchenden Kollegen/Kolleginnen (Gorin 2000; Lenz 2008; Sejr und Osler 2002; Jenkins und Ahijevych 2003; Sejr und Osler 2002). Es kann somit geschlussfolgert werden, dass das Rauchverhalten eine Barriere bei der Raucherentwöhnung darstellt und dies gilt sowohl für die PflegeschülerInnen als auch für die examinierten Fachkräfte. Dabei beeinflusst das Rauchverhalten der SchülerInnen ihre spätere Arbeit, ihr berufliches Rollenbild und ihren Einsatz bei der Tabakreduktion sowie das Wissen und die Einschätzung der Gefahren des Rauchens und des Passivrauchens (Lenz 2008; Sejr und Osler 2002; Vitzthum et al. 2013; Gorin 2000; Pericas et al. 2009). Demnach sollten die Pflegeschulen vermehrt in die Pflicht genommen werden, stärker auf das Gesundheitsverhalten ihrer PflegeschülerInnen einzuwirken, damit diese später adäquat in der Lage sind, ihre Patienten/Patientinnen beim Übergang von einem gesundheitsschädlichen hin zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu begleiten (Hirsch et al. 2010; Lindeman et al. 2011).

1.3.5.3 Tabakkonsum in der Pflege – eine Beeinträchtigung in der PatientInnenbehandlung?

Insgesamt rauchen drei Viertel der (rauchenden) PflegerInnen während der Dienstzeit (Vitzthum, 2011). Eine kleine Hochrechnung ergibt, dass die restlichen PflegerInnen pro Jahr ca. drei Arbeitstage mehr arbeiten müssen, um diese Pausen zu kompensieren. Dies führt in einem Umfeld, welches durch Stress und Dauerbelastungen gekennzeichnet ist, immer wieder zu Reibereien und Unmut. Dabei unterscheiden sich die Gründe für das Rauchen nicht grundlegend von denen anderer Frauen oder jungen Erwachsenen (Rowe und Clark 2000). Doch woran liegt es, dass gerade in der Pflege so viel geraucht wird. Wie bereits angeführt rauchte die Mehrheit bereits vor der Pflegeausbildung, sodass hier die Freundesbeziehungen eher mit dem Rauchbeginn in Verbindung gebracht werden können (Rowe und Clark 2000). Deshalb sollen nun kurz die angeführten Gründe für das Rauchen der Auszubildenden mit denen der Beschäftigten in der Pflege verglichen werden und anschließend erfolgt eine Betrachtung der Raucherorte. Die untere Abbildung 5 zeigt eine deutliche Diskrepanz zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und den Beschäftigten in der Pflege hinsichtlich des Rauchens zur Schaffung einer Rückzugsmöglichkeit.

Gründe für das Rauchen in der Pflege – eine Unterscheidung zwischen den Pflegeschülern und den Beschäftigten in der Pflege

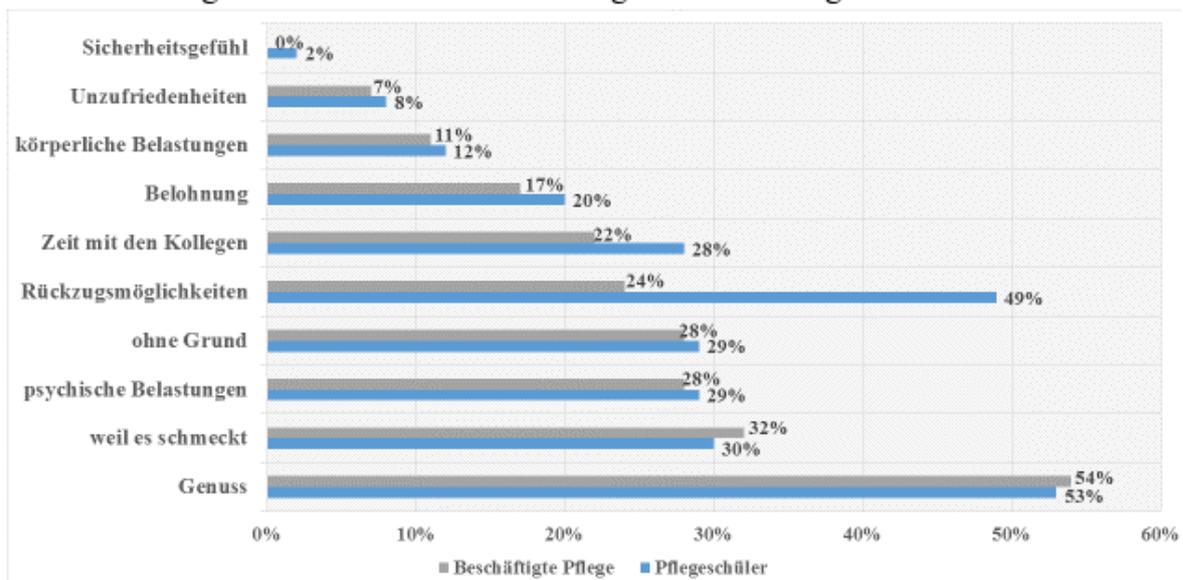


Abbildung 5: Gründe für das Rauchen in der Pflege – eine Unterscheidung zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und den Beschäftigten in der Pflege (Vitzthum 2011)

Bei der Frage nach den Raucherorten zeigen sich einige Unterschiede zwischen den Auszubildenden und den Beschäftigten (Mehrfachnennungen waren möglich). Demnach rauchen 53% der PflegeschülerInnen im Freien, dies macht jedoch nur knapp ein Viertel der Beschäftigten (23%). Interessanterweise rauchen die meisten PflegeschülerInnen und

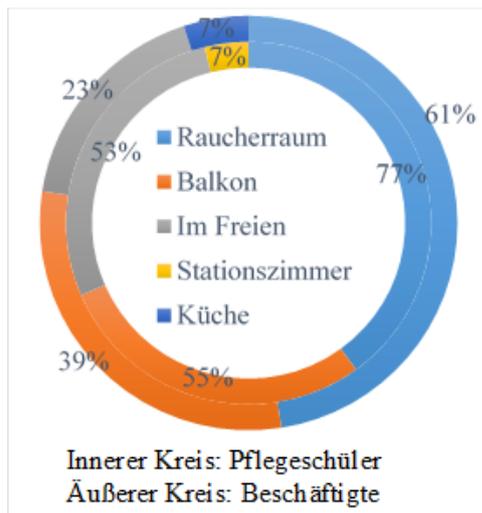


Abbildung 6: Wo wird geraucht– eine Unterscheidung zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und den Beschäftigten in der Pflege (Mehrfachnennungen möglich) (Bonse-Rohmann 2004, S.30)

Beschäftigten in der Pflege in einem Raucherraum (Bonse-Rohmann 2004). Dies ist zum einen interessant, da so unkompliziert eine z.T. Hierarchien übergreifende Kommunikation stattfindet und zum anderen den Stand im Hinblick auf die Tabakpolitik in den Krankenhäusern verdeutlicht. Diese Ergebnisse sind auch hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen relevant. So geben 52% der PflegeschülerInnen an, während des Schulblocks Passivrauch ausgesetzt zu sein. In der Praxisphase sind dies immerhin noch 39% der PflegeschülerInnen. Beim Pflegepersonal gibt ein Viertel (24%) an, dem Passivrauch ausgesetzt zu sein. Dabei fühlen sich 41% der PflegeschülerInnen und 47% der Beschäftigten durch den Passivrauch gestört (Bonse-Rohmann 2004).

Resümierend kann festgehalten werden, dass das Rauchverhalten der PflegeschülerInnen wie auch der Beschäftigten in öffentlich sichtbaren Bereichen, wie Raucherinseln direkt am Eingang stattfindet und dies obwohl diese Arbeitsplätze der Förderung und Erhaltung sowie der Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Dabei spricht sich eine Mehrheit der PflegerInnen für eine Verringerung dieser Raucherplätze aus (Sarna et al. 2005).

1.4 Zusammenfassung

Das Arbeitsumfeld der Pflege zeigt sich durch viele Stressoren gekennzeichnet, die eine schlechte Arbeitsumgebung erzeugen. Mit Hilfe des Berufsverbandes können die Pflegenden aktiv auf ihre Arbeitsumgebung einwirken und diese positiv mitgestalten. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen/Kolleginnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in den anderen Bereichen sollte durch eine gute und respektvolle Zusammenarbeit bestimmt werden (International Council of Nurses [ICN] 2014). Um der Personalnot und dem Nachwuchsproblem entgegenzuwirken, sollten der Beruf bzw. die Rahmenbedingungen familienfreundlicher gestaltet werden, da ein Großteil der PflegerInnen Frauen sind und Kinder haben. Zudem könnten durch geregelte Anwerbe- und Anerkennungsverfahren weitere Personen mit Migrationshintergrund für das Berufsfeld gewonnen werden (Maier 2012).

Neben dem Personalmangel ist die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten der PflegerInnen ein wichtiger Ansatzpunkt. Eigentlich unterliegen die Pflegenden der Pflicht „auf ihre eigene Gesundheit [zu achten], um ihre Fähigkeiten zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen“ (International Council of Nurses [ICN] 2014). Um trotz der widrigen Arbeitsumstände auf sich selber achten zu können, ist es von zentraler Bedeutung, sowohl individuelle Angebote für die Pflegenden zu erstellen und gleichzeitig gesündere Arbeitsbedingungen zu erschaffen (DBfK 2015). Besonders wichtig ist hierbei die Durchführung von gesunden Pausen. Es muss künftig verstärkt kommuniziert und umgesetzt werden, dass es keiner Zigarette bedarf, um eine Pause zu erhalten (INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit 2008). Um die Tabakprävalenz in der Pflege zu verändern, sind Maßnahmen zur Tabakprävention und Reduktion notwendig. Zwar hält sich die Mehrheit der Krankenpflegeschulen an die Vorschriften zum Nichtraucherschutz im Gebäude, in Bezug auf Individuum bezogene Maßnahmen für die rauchenden SchülerInnen und LehrerInnen zeigt sich jedoch nur eine geringe Nutzung dieser. Auch eine Betrachtung der Krankenhäuser hinsichtlich ihres Nichtraucherschutzes und des Angebotes von Raucherentwöhnungsprogrammen zeigt nur eine geringe Auslastung (Kröger et al. 2006). Nur ein Viertel der Krankenhäuser bot Rauchstoppschulungen in den letzten zwölf Monaten an (Kröger et al. 2006). Dabei sind die meisten PflegerInnen bereits abhängige RaucherInnen und benötigen eine Unterstützung beim Rauchstopp (Sarna et al. 2005). Um einen Rückfall zu verhindern, ist die Schaffung alternativer Möglichkeiten und die Nutzung und Entwicklung von Fertigkeiten von zentraler Bedeutung, um die vorgefundenen Verhältnisse künftig besser zu bewältigen (INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit 2008). Bei möglichen Rauchstoppangeboten ist zu beachten, dass Frauen unabhängig von der Konsummenge ein Rauchstopp schwerer fällt als den Männern (Munafò und Black 2007).

Interventionen zur Reduktion des Tabakkonsums in der Pflege sind aus verschiedenen Gründen notwendig. Zum einen fühlen sich 86% der NichtraucherInnen und die Hälfte der RaucherInnen durch den Passivrauch gestört (Kolleck 2004). Zum anderen wirkt sich das Rauchverhalten auf die Beratung und Behandlung der Patienten/Patientinnen aus. Dabei geben RaucherInnen weniger Ratschläge hinsichtlich eines Rauchstopps der Patienten/Patientinnen, besitzen eine weniger offene Einstellung hinsichtlich einer Schaffung rauchfreier Umgebungen, schätzen ihre eigenen Reduktionsmaßnahmen als schlechter ein als ihre nichtrauchenden Kollegen/Kolleginnen und sehen sich seltener als Vorbilder (Vitzthum et al. 2013; Sejr und Osler 2002; Lenz 2008). Dieses Rauchverhalten beeinflusst die professionellen Routinen, die Pausenzeiten und die Fähigkeiten zur

Stressbewältigung und der Konstellation arbeitsbezogener Beziehungen (Sarna et al. 2005). Positiv ist die Bereitschaft der PflegeschülerInnen zu nennen, Maßnahmen, wie z.B. Entwöhnungstraining oder Schaffung gesunder Pausen gegen das Rauchen mitzutragen, besonders wenn diese über reine Verbote hinausgehen (Kolleck 2004).

Immer wieder wird angeführt, dass das Rauchen in der Pflege als Kompensation der stressigen Umgebung fungiert und sich so Pausen geschaffen werden. Deshalb soll kurz auf den uneinheitlichen Befund im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Pflegeausbildung und dem Rauchverhalten verwiesen werden. Es konnte nicht klar nachgewiesen werden, dass Rauchen in der Pflege als Copingstrategie fungiert. Es zeigt sich, dass viele bereits vorher mit dem Rauchen begonnen haben (Rowe und Clark 2000; Perdikaris et al. 2010; Kolleck 2004). Dennoch kann gesagt werden, dass das berufliche Umfeld den Tabakkonsum der PflegeschülerInnen noch weiter fördert, da es ein akzeptiertes und von einem Großteil der PflegerInnen praktiziertes Mittel der Entspannung, Kommunikation und Pausengestaltung darstellt (Kolleck 2004).

Es kann somit geschlussfolgert werden, dass die hohe Raucherprävalenz anhand der bisherigen Forschung nicht abschließend aufgeklärt werden konnte. Obgleich die Forschung zeigt, dass die vorherrschenden Umstände einen Rauchausstieg eher erschweren. Ziel der vorliegenden Arbeit ist neben der Betrachtung der Umstände, die auf die PflegeschülerInnen während der Pflegeausbildung einwirken (Sozialisation), auch die Berufswahl aufgrund der Persönlichkeit (Selektion) der PflegeschülerInnen als mögliche Erklärung zu betrachten. Es ist anzunehmen, dass die Wahl für den Pflegeberuf zu einer Zusammenstellung bestimmter Persönlichkeitskonstellationen und –typen führt, die ursächlich für den starken Raucheranteil sind und sich womöglich auch auf die Änderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen auswirken. Deshalb erfolgt im nächsten Kapitel eine Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen und dem aktuellen Forschungsstand zu Sozialisation und Selektion, wobei auf die Forschung zur Persönlichkeit ein besonderer Fokus gelegt wird.

2 Sozialisation und Selektion in der Pflege

In dieser theoretischen Einbettung sollen die zugrundeliegenden Theorien und Modelle zur Sozialisation und Selektion erläutert werden. In den meisten Studien über den Tabakkonsum in der Pflege wird versucht, dieses vorrangig mit dem sozialen Lernen zu erklären. Dies führt jedoch immer wieder zu einer unzureichenden Erklärung, da viele PflegerInnen bereits vor der Ausbildung mit dem Rauchen begonnen hatten.

In der vorliegenden Arbeit soll der Versuch unternommen werden auch weitere Aspekte in die Erklärung der Raucherprävalenz mit einfließen zu lassen. Neben dem sozialen Lernen bei der beruflichen Sozialisation wird auch die Selektion bei der Berufswahl und deren Bedeutung für die Raucherprävalenz und Stresszuversicht untersucht. Es fließen dabei Gedanken aus unterschiedlichen psychologischen Bereichen in die Überlegungen ein (siehe Abbildung 7).

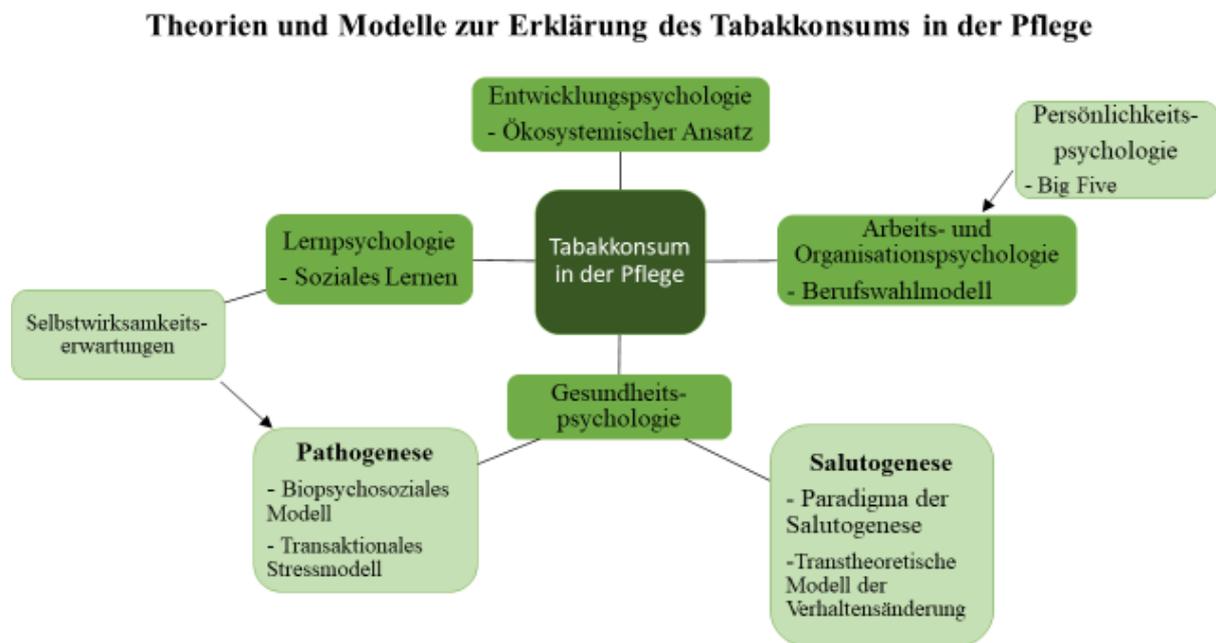


Abbildung 7: Theorien zur Erklärung des Tabakkonsums in der Pflege

Im Hinblick auf die Sozialisation sind der Ökosystemische Ansatz von Bronfenbrenner und das Lernen am Modell von Bandura von zentraler Bedeutung. Die Weiterentwicklung des sozialen Lernens hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung einer Person bildet bereits den Übergang zu personenbezogenen Unterschieden. Der Gedanke der Selektion wird hauptsächlich durch Unterschiede in Persönlichkeitseigenschaften getragen. Es wird davon ausgegangen, dass eine bestimmte Personengruppe den Pflegeberuf wählt und dieses Phänomen sich im Gesundheitsverhalten der PflegerInnen widerspiegelt. Da die Persönlichkeit eines Menschen

sehr eng mit den Interessen verbunden ist, dient als theoretisches Fundament das Berufswahlmodell von Holland. Die Persönlichkeit hat zudem einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten einer Person und die Bemühungen das Gesundheitsverhalten zu verändern. Die Annahme ist, dass durch die Berufswahl eine homogene Gruppe zusammenkommt, welche wenig stressresistent ist und eher dazu tendiert bei Stress mit dem Rauchen zur Stressreduktion zu reagieren.

Grundsätzlich wird von einer engen Verflechtung und Wechselwirkung zwischen dem sich sozialisierenden Individuum und seiner Umgebung ausgegangen. Bevor nun auf die einzelnen aufgeführten Theorien näher eingegangen wird, sollen zunächst die Begriffe „Sozialisation“ und „Persönlichkeit“, als zentrale Parameter der Selektion, definiert werden.

2.1 Sozialisation in der Pflege

Hurrelmann definiert den Begriff **Sozialisation** als *„den Prozess der Entwicklung der Persönlichkeit in produktiver Auseinandersetzung mit den natürlichen Anlagen, insbesondere den körperlichen und psychischen Grundmerkmalen (der 'inneren Realität') und mit der sozialen und physikalischen Umwelt ('äußere Realität')“* (Hurrelmann 2002, S. 7). Mit der inneren Realität meint Hurrelmann die genetischen Veranlagungen, die körperlichen Konstitutionen, die Intelligenz, das psychische Temperament oder auch die Grundstrukturen der Persönlichkeit. Demgegenüber beschreibt die äußere Realität die Familie, den Freundeskreis, die Erziehungs- und Bildungseinrichtungen, die sozialen Organisationen, die Massenmedien, die Arbeitsbedingungen, die Wohnbedingungen oder auch die physikalische Umwelt (Hurrelmann 2002, S. 27).

Die **Persönlichkeit** umfasst laut Pervin et al. (2005) *„jede Charakteristika oder Merkmale des Menschen, die konsistente Muster des Fühlens, Denkens oder Verhaltens ausmachen“* (S.31). Die Persönlichkeitsentwicklung entsteht dabei durch die Vermischung der inneren und äußeren Realität (Hurrelmann 2002, S. 27).

Zusammen mit Geulen entwickelte Hurrelmann 1980 das **Modell des produktiv Realität verarbeitenden Subjekts**. *„Dieses Modell stellt das menschliche Subjekt in einen sozialen und ökologischen Kontext, der individuell aufgenommen und verarbeitet wird, der in diesem Sinne auf das Subjekt einwirkt, aber zugleich immer auch durch das Subjekt beeinflusst, verändert und gestaltet wird“* (Hurrelmann 2002, S. 21). Es beschreibt demnach das Spannungsverhältnis bei der Persönlichkeitsentwicklung zwischen der Fremdbestimmung (Heteronomie) und der Selbstbestimmung (Autonomie). Laut dieses Modells zeigt sich eine gelungene Sozialisation in

einer „*erfolgreichen Behauptung der Subjektivität und Identität, nachdem eine Auseinandersetzung mit den sozialen Strukturen*“, welche einer „*Beteiligung an gesellschaftlichen Aktivitäten*“ als Folge hat (Hurrelmann 2002, S. 21). Insgesamt umfasst das Modell sieben zentrale Thesen, die im folgenden Block zusammengefasst zitiert werden.

Modell des produktiv Realität verarbeitenden Subjekts – die sieben zentralen Thesen

1. „Sozialisation vollzieht sich in einem Wechselspiel von Anlage und Umwelt“ (S. 24)
2. „Sozialisation ist der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung in wechselseitiger Abhängigkeit von den körperlichen und psychischen Grundstrukturen und den sozialen und physikalischen Umweltbedingungen. Die körperlichen und psychischen Grundstrukturen bilden die innere, die sozialen und physikalischen Umweltbedingungen die äußere Realität.“(S. 26)
3. „Sozialisation ist der Prozess der dynamischen und 'produktiven' Verarbeitung der inneren und äußeren Realität.“(S. 28)
4. „Eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung setzt eine den individuellen Anlagen angemessene soziale und materielle Umwelt voraus. Die wichtigsten Vermittler hierfür sind Familie, Kindergärten und Schulen als Sozialisationsinstanzen.“ (S. 30)
5. „Nicht nur die Sozialisationsinstanzen haben Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung, sondern auch andere soziale Organisationen und Systeme, die in erster Linie Funktionen für Arbeit, Freizeit, Unterhaltung und soziale Kontrolle erbringen.“ (S. 32)
6. „Die Persönlichkeitsentwicklung besteht lebenslang aus einer nach Lebensphasen spezifischen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.“ (S. 35)
7. „Ein reflektiertes Selbstbild und die Entwicklung einer Ich-Identität sind die Voraussetzung für ein autonom handlungsfähiges Subjekt und eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Lässt sich Identität nicht herstellen, kommt es zu Störungen der Entwicklung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich.“

(Hurrelmann 2002, S. 38)

Auf Grundlage dieses Modells kann resümiert werden, dass Individuen auch noch nach der Kindheits- und Jugendphase sozialisiert werden und sich die Persönlichkeit weiterentwickelt. Dies ist jedoch kein passiver Prozess, sondern vielmehr handelt es sich um eine aktive Auseinandersetzung, die zu einer wechselseitigen Einflussnahme führt. Demnach werden die PflegeschülerInnen durch ihre Umwelt geprägt, gestalten diese aber auch aktiv mit. Dieser dynamische und produktive Prozess der Verarbeitung der genetischen Anlagen (innere Realität) und der Umwelt (äußere Realität) kann durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen genutzt werden. Durch eine präventive Umgestaltung der Umwelt in der Schule und Praxis durch die Organisation und durch die PflegeschülerInnen selbst, kann sowohl auf die innere als auch auf die äußere Realität eingewirkt werden. Des Weiteren kann es durch die Förderung der

Stresskompetenzen bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen zu einem kompetenteren Umgang mit den Anforderungen in Schule und Praxis beitragen und ineffektive Copingmethoden, wie das Rauchen, können reduziert werden. Langfristig verändert dies die tabakbezogenen Normen und fördert zusätzlich eine tabakfreie Arbeitsumgebung.

Da die Pflegeausbildung für den Großteil der SchülerInnen den ersten Berufseinstieg bedeutet, ist dieser Lebensabschnitt oftmals mit einem Auszug aus dem Elternhaus verbunden und stellt einen wichtigen biografischen Übergang und zugleich ein kritisches Lebensereignis dar, der gemeistert werden muss, damit es nicht zu Störungen der Persönlichkeitsstruktur und somit langfristig zur Entstehung von psychischen Erkrankungen kommt (Schneider 2006, Busse, Plaumann und Walter 2006, Kaluza 2015). Arnett (2000) beschreibt den Lebensabschnitt zwischen 18-25 Jahren als „emerging adulthood“, was mit dem sich entwickelnden Erwachsensein beschrieben werden kann. Anhand von diversen Studien zum Heiratsalter, zum Alter in dem die eigenen Kinder geboren werden etc., belegt er ein Zwischenstadium, welches zwischen der Adoleszenz und dem Erwachsenenalter liegt. Personen fühlen sich in dem Alter noch nicht richtig als „Erwachsene“. Gleichzeitig stellt es die Lebensphase mit dem größten Freiraum dar. Die Mehrheit lebt im eigenen Haushalt (oft mit einem romantischen Partner), anfangs noch ohne eigene Kinder zu besitzen. Dabei spielen die sozialen Netzwerke eine entscheidende Rolle. In der Phase des „emerging adulthood“ spielen Freunde dabei eine zentrale Rolle, dies betrifft im Besonderen Personen, die keine romantische Beziehung besitzen. Wenn soziale Netzwerke nur unzureichend ausgebildet sind, kommt es eher zu unerwünschten Verhaltensweisen, wie dem Drogenkonsum (Arnett, 2005). Dabei neigen Personen in dieser Lebensphase besonders zum Substanzkonsum. Durch den Auszug aus dem Elternhaus kommt es zum Wegfall der elterlichen Kontrollen. Bedingt durch die Reduktion des Freundeskreises, sinken die vorherrschenden sozialen Kontrollen. Dies ist u.a. bedingt durch den eigenen Umzug oder den Umzug der Freunde. Demnach ist die „emerging adulthood“ Zeit eher eine selbstfokussierte Zeit, die weniger stark durch soziale Kontrollen geprägt ist (Arnett, 2005). Dieses Wissen kann im Rahmen von Präventionsprojekten genutzt werden, um neue Regeln und Normen einzuführen (z.B. allgemeines Rauchverbot in den Wohnheimen und dem Gelände etc.).

Noziale Normen stellen dabei eine Grundvoraussetzung für die gesellschaftliche Ordnung dar und beschreiben „*Regeln, zu deren Durchsetzung die Anwendung dezentral produzierter Sanktionen erforderlich ist*“ (Diekmann und Voss 2008, S. 84). Kommt es zu Verhaltensweisen, die von der gewünschten Norm abweichen, erfolgen somit meist negative Sanktionen, also Strafen. Ist die soziale Norm jedoch internalisiert, glaubt die Person, rational und

eigeninteressiert zu handeln, obwohl sie nach den Normen der Gruppe oder Gesellschaft agiert. In diesem Fall besitzt die soziale Norm sowohl effizienz- als auch wohlfahrtssteigernde Wirkungen. Sollen neue Normen entstehen, muss zum einen die Nachfrage nach den neuen Normen, z.B. durch einen erwarteten Effizienzgewinn, und zum anderen auch das Angebot zur Effizienzsteigerung vorhanden sein. Ist kein Angebot vorhanden, kommt es zu einem sozialen Dilemma, deren Überwindung von den sozialen Bedingungen abhängig ist. Coleman bezeichnet diese Bedingung als „*effektive Realisierung*“. Durch die Schaffung und Durchsetzung von Sanktionen kann die Überwindung dieses sozialen Dilemmas gefördert werden. Die Sozialisierenden lernen, dass eine Kooperation vorteilhaft ist, da keine Sanktionen erfolgen. Im Sinne der rationalen Entscheidung (rational choice) wird sich demnach für eine Kooperation im Sinne einer Konfliktvermeidung entschieden und das soziale Dilemma überwunden. Mit der Zeit werden die sozialen Normen internalisiert und das konforme Verhalten schafft Signale der Vertrauenswürdigkeit und hilft, ein anderes soziales Dilemma zu meistern (Diekmann und Voss 2008). Demnach spielt die Durchsetzung von Konsequenzen eine zentrale Rolle. Diese können sowohl positiver Natur sein, z.B. durch zusätzliche Urlaubstage oder eine „Nichtraucherprämie“ als auch negative Konsequenzen wie Verweise nach sich ziehen.

In Bezug auf die Tabakprävention in der Pflegeausbildung kann mit jedem neuen Ausbildungsjahr die Chance genutzt werden, neue soziale Normen einzuführen. Die „neuen“ PflegeschülerInnen erleben diese Normen als vorhanden und normal, sodass ein soziales Dilemma reduziert werden kann. Im Sinne der beruflichen Sozialisation werden von den neuen Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen die Normen der „neuen“ Gruppe aufgenommen. Dabei können die Auszubildenden in Theorie und Praxis diese Entwicklung zusätzlich fördern. Durch eine gezielte soziale Unterstützung bei der Bewältigung von berufsbezogenen Entwicklungsaufgaben kann die Persönlichkeitsentwicklung der PflegeschülerInnen positiv beeinflusst werden. Zu untersuchen wäre, ob sich dies später in einer erhöhten Selbstwirksamkeit zeigt und sich positiv auf den Umgang mit Stress und die berufliche Leistung auswirkt.

Es stellt sich die Frage, ob den Ausbildungseinrichtungen die Bedeutung des biografischen Übergangs für die Entwicklung der Persönlichkeit und die Tragweite einer erfolgreichen Meisterung dieser Herausforderung bewusst ist. Dabei zeigen die angeführten Studien, dass eine Unterstützung bei der Pflegeausbildung wichtig und nötig ist.

Wie in der Einleitung gezeigt, sind das Berufsfeld der Pflege und vor allem die Zeit der Pflegeausbildung durch viele Belastungssituationen gekennzeichnet, die bewältigt werden müssen. Diese Belastungssituationen stellen ein gesundheitsbezogenes Risiko für die berufliche Situation dar. Deshalb soll im Folgenden auf die verschiedenen Stressoren in arbeitsbezogenen Stresskonzepten eingegangen werden.

2.1.1 Arbeitsbezogene Stressoren als Risikofaktor bei der beruflichen Sozialisation

Laut der Auftrags-Auseinandersetzungskonzeption von Richter und Hacker (1998) bilden das arbeitsbezogene Stresskonzept und die Bewältigungsstrategien die Grundlage verschiedener Stressarten. Kennzeichnend ist, dass dabei sowohl nur einzelne oder aber sehr viele Merkmale auf einmal auftreten können.

Stress kann laut dieser Annahme entstehen, wenn (Richter und Hacker 1998):

- 1) zu viele Anforderungen gestellt werden. Ein Indiz hierfür in Bezug auf die Pflege ist, dass vielerorts kaum Zeit für die gesetzlich vorgeschriebenen Pausen bleibt (Hasselhorn 2005) und die PflegerInnen auf das Rauchen einer Zigarette als Legitimation für eine kurze Auszeit zurückgreifen „müssen“ (Jenull und Brunner 2009). Ein anderer Stressor kann die
- 2) Schwierigkeit bei den Anforderungen der Aufgaben sein. So benennen die PflegerInnen hohe psychische Anforderungen bei gleichzeitiger hoher körperlicher Belastung (Hasselhorn 2005). Zudem geben 42% der PflegeschülerInnen an, Tätigkeiten auszuführen, für die das theoretische Wissen fehlt (Bonse-Rohmann 2004). Zudem kann Stress entstehen, wenn die
- 3) Anforderungen monoton sind. Vorstellbar ist dies z.B. in der Altenpflege beim Herrichten der Betten oder generell bei den Nachtdiensten. Weiterer Stress entsteht, wenn
- 4) Anweisungen unklar sind. So benennen bspw. 42% der PflegeschülerInnen eine mangelnde Anleitung bei der Durchführung der Aufgaben (Bonse-Rohmann et al. 2004). Des Weiteren ist es stressfördernd, wenn
- 5) die Arbeit mit Anforderungen verbunden ist, die mit negativer Valenz, also mit persönlicher Abneigung verbunden ist. In der Pflege sind hier vor allem Probleme mit der Hygiene bei einigen Patienten/Patientinnen oder Bewohnern/BewohnerInnen vorstellbar. Ein eher sozialer Stressor stellt die

6) Unvereinbarkeit der Anforderungen dar. Muss also eine Person eine andere Person enttäuschen, um die Anforderungen einer Dritten zu erfüllen, kann dies zu Stress führen. Ein mögliches Indiz hierfür könnten die arbeitszeitbezogenen Einschränkungen des Privatlebens (Bonse-Rohmann 2004) oder auch der enttäuschte Idealismus (Hasselhorn 2005) sein. Durch den hohen Zeitdruck in der Pflege fehlt oft die Zeit für die Betreuung der Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen außerhalb der akuten Pflege. Ein weiterer und in der Pflege oft benannter Belastungsfaktor stellt die

7) Diskrepanz zwischen den hohen Anforderungen und dem finanziellen Ausgleich sowie der sozialen Anerkennung dar. Laut der Süddeutschen Zeitung gehören die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und die Altenpflege trotz sinkender Beliebtheit zu den drei angesehensten Berufen (Esslinger, 23.08.2016). Eine Studie des Lohnspielgels (2013) ergab einen durchschnittlichen Bruttolohn von 2.410€, wobei das Einkommen in einem positiven Zusammenhang mit der Betriebsgröße steht (Bispinck, Dribbusch, Öz und Stoll 2013). Die MitarbeiterInnen sind mit dieser Bezahlung mehrheitlich unzufrieden. Positiv auf den Erhalt von Sonderzahlungen, wie Weihnachts-, Urlaubsgeld oder eine Gewinnbeteiligung, wirkt sich die Tarifbindung aus. Obwohl die Frauen den Großteil in der Pflege ausmachen, verdienen sie 11,7% weniger als ihre männlichen Kollegen. Somit scheint es in der Pflege ein heterogenes Bild im Hinblick auf die Bezahlung zu geben. Ein anderer Stressor im Pflegeberuf sind die

8) Sanktionen bei Nichtbewältigung einer Aufgabe. Dieser Statusdruck, bzw. die Angst vor sozialer Zurückweisung, führt zu einem Leistungsdruck. Diskutiert werden könnte hier der soziale Druck trotz Ermüdungs- und Erkrankungsanzeichen weiter zur Arbeit zu erscheinen, um die Kollegen/Kolleginnen beim vorherrschenden Personalschlüssel nicht „im Stich“ zu lassen. Hier würde die Bewältigung darin bestehen, trotz körperlicher oder psychischer Überlastung weiter zur Arbeit „erscheinen zu müssen“, um nicht eine soziale Zurückweisung zu erfahren. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum 60% der AltenpflegerInnen angeben, Medikamente zu nehmen, um den Arbeitsalltag überstehen zu können (Jenull und Brunner 2009). Ein sehr stressrelevantes Merkmal ist

9) der Handlungsspielraum einer Person bei der Bewältigung seiner Aufgaben. Ist ein zu geringer Handlungsspielraum vorhanden, kann dies zu einem Stressempfinden führen. Aus der Forschung zu Stressoren in der Pflege wird ein zu geringer Entscheidungsspielraum oft als Belastungsfaktor angeführt (Hasselhorn 2005). Auch die

10) äußeren Bedingungen bei der Bewältigung der Aufgaben können als stressreich empfunden werden. Häufige Störungen bei der Arbeit sind in der Pflege allgegenwärtig und werden von

knapp der Hälfte der Beschäftigten (47%) und gut einem Drittel der PflegeschülerInnen (38%) als belastend empfunden (Bonse-Rohmann 2004). Ein letzter Stressor in der Arbeitswelt kann durch

11) fehlende Anforderungen ausgelöst werden. Denkbar wären in der Pflege hier die negativen Folgen aufgrund der strengen Hierarchien und der aktuell noch undurchlässigen vertikalen Aufstiegschancen.

Im folgenden Block sollen die zehn stressrelevanten Merkmale noch einmal zusammengefasst werden.

Auftrags-Auseinandersetzung-Konzeption – stressrelevante Merkmale

- 1) Umfang → Stress durch zu viele Anforderungen
- 2) Schwierigkeit → Stress durch zu schwierige Anforderungen
- 3) Vielfalt → Stress durch monotone Anforderungen
- 4) Klarheit → Stress durch unklare Anforderungen
- 5) Valenz → Stress durch Anforderungen mit negativer Valenz (pers. Abneigung)
- 6) Vereinbarkeit mit anderen Anforderungen → Stress durch unvereinbare Anforderungen
- 7) Gratifikation bei Bewältigung → Stress durch fehlende Gratifikation
- 8) Sanktionen bei Nichtbewältigung → Stress durch Sanktionen bei Nichtbewältigung
- 9) Handlungsspielraum bei der Bewältigung → Stress durch einen zu geringen Handlungsspielraum
- 10) Äußere Bedingungen bei der Aufgabenbearbeitung → Stress durch Störungen bei der Arbeit
- 11) Häufigkeit → Stress durch fehlende Anforderungen

(vgl. Schulz 2005, S. 225–226)

Resümierend kann geschlussfolgert werden, dass in der Pflege diese Stressoren gehäuft auftreten können. Das berufliche Umfeld, in das die PflegeschülerInnen hineingeführt werden, ist durch besonders viele Stressoren und Herausforderungen gekennzeichnet und bedarf einer hohen Stresskompetenz. Der hohe Substanzkonsum in der Pflege könnte ein Hinweis darauf sein, dass diese Kompetenz bei einer Vielzahl der PflegerInnen nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. Besonders wichtig ist die Förderung dieser Kompetenzen bereits zu Beginn der Ausbildung. Der Bedarf zeigt sich unter anderem in einer Studie zum Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen, welche eine Raucherquote von 42% unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen ermittelte. Von diesen gehören 21% einer Raucherrisikogruppe an und 34% trinken regelmäßig Alkohol und hiervon 15% oberhalb der

TOAM- Grenze (tolerierbare obere Alkoholzufuhrmenge). Zudem gaben 28% Erfahrungen mit Rauschmitteln (vorrangig Cannabis) an (Lindeman et al. 2011).

Immer wieder wird in Studien die Raucherprävalenz in der Pflege auch als Resultat einer Anpassung an die dortigen Normen und nicht nur als Bewältigungsstrategie der Anforderungen angegeben. Deshalb soll im Folgenden die Bedeutung der Tabakpolitik einer Organisation auf das Verhalten und den Umgang mit den arbeitsbezogenen Stressoren vorgestellt werden.

2.1.2 Bedeutung der sozialen Norm

Laut des Ansatzes der „social norms“ von Berkowski wird das menschliche Verhalten durch eine inkorrekte Wahrnehmung dessen beeinflusst, wie das soziale Umfeld handelt und denkt (Berkowski 2004). Soziale Normen zeigen auf, wie sich Menschen in einer Gesellschaft zu verhalten haben und zusätzlich verdeutlichen sie den Menschen, wie sie sich in der Gruppe verhalten sollten. Dabei zeigen sie auch die Grenzen des Verhaltens auf, legen Umgangsformen fest und geben vor, was normal und natürlich ist und was in einem bestimmten Kontext erwartet und akzeptiert wird (Lynch und Bonnie 1994). Der Aufrechterhaltung der sozialen Norm bedarf es dabei einer Instanz (Autorität), welche die Normen setzt und deren Einhaltung durchsetzt. Allerdings können diese Vorgaben auch übergangen werden (Preyer 2016). Die Kennzeichen einer Gruppenidentität und der Konventionen der Gruppenmitglieder sind nicht starr und können sich mit der Zeit verändern. So werden soziale Normen ständig durch soziale Verstärkung und soziale Sanktionen beeinflusst. Daraus folgt: Wenn ein Jugendlicher ein bestimmtes Verhalten (z.B. Rauchen) als normal in einer Peergruppe wahrnimmt, könnte diese Person das Verhalten übernehmen, um als Teil dieser Gruppe wahrgenommen zu werden oder um sich in der Gruppe entspannen zu können (Lynch und Bonnie 1994, S. 72). Das bedeutet aber auch, dass eine aktive Veränderung der sozialen Normen zu einer Veränderung der Wahrnehmung des „normalen“ und erwünschten Verhaltens führen kann. Die sozialen Normen gelten innerhalb eines sozialen Systems, wie Gruppen, Funktionssystemen oder Organisationen (Preyer 2016). Die Entwicklung sozialer Normen bei Kindern und Jugendlichen ist beeinflusst durch allgegenwärtige Bilder und Nachrichten des alltäglichen Lebens. Diese Informationen kommen von unterschiedlichen Quellen, wie den Freunden, den Peers, der Familie, der Schule und der Arbeit, der Kirche, durch Filme und Zeitschriften, aber auch durch Radio, Fernsehen, Sportereignisse und ähnlichem (Lynch und Bonnie 1994, S. 72).

In Bezug auf die Pflegeausbildung kann eine Veränderung der sozialen Normen durch die Autoritäten zum einen in der Schule und zum anderen in den Praxiseinrichtungen umgesetzt

werden. Es ist anzunehmen, dass ein homogenes Bild (in Schule und Praxis) zu den sozialen Normen bzgl. des Rauchens bereits während der Pflegeausbildung als besonders zielführend angesehen werden kann.

2.1.2.1 Schule

Die Umwelt in der Schule als eine soziale Organisation beschreibt die sozialen Normen zum einen direkt durch die vorherrschende Schulpolitik und zum anderen indirekt durch die Erwartungen und das Verhalten der LehrerInnen oder der Peers. Dabei hat die Tabakpolitik in den einzelnen Schulen einen Einfluss auf das Verhalten der SchülerInnen, sofern diese auch durchgesetzt wird. In Studien konnte gezeigt werden, dass Schulen mit einer strengen Tabakpolitik und Angeboten zur Prävention und Reduktion des Rauchens eine signifikant niedrigere Raucherquote besitzen (Lynch und Bonnie 1994). Eine Befragung deutscher Krankenpflegeschulen ergab im Jahr 2005, dass bei 84% ein Rauchverbot für die SchülerInnen im Gebäude und zusätzlich bei 15% ein teilweises Verbot im Gebäude besteht. In Bezug auf die Lehrkräfte besteht bei 74% ein Rauchverbot im Gebäude, bei 18% ein teilweises Rauchverbot und bei 8% besteht gar kein Rauchverbot für Lehrkräfte im Gebäude (Kröger et al. 2006, S. 3). Im Hinblick auf das Setting Schule existieren diverse Studien zur Wirksamkeit verhaltensbezogener Maßnahmen. Laut Bühler und Piontek (2015) fehlt es an Studien über die Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen. Anhand des aktuellen Wissensstandes entwickelten sie ein Instrument zur validen Messung der Tabakpolitik in den Schulen. Die Überprüfung ihres Instruments fand an 607 hessischen und 42 bayerischen Regelschulen statt. Insgesamt konnten sie fünf ausschlaggebende Faktoren zur Messung der Tabakpolitik ermitteln und in die Checkliste zur Ermittlung der schulischen Tabakpolitik durch 15 Fragen erfassen (Bühler und Piontek 2015).

Faktoren bei der Ermittlung der Tabakpolitik

1) Verankerung und Organisation

Dieser Faktor umfasst die Teilnahme des schulischen Personals an Fortbildungen zum Thema Rauchen und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bezüglich dieses Themas sowie inwieweit ein Arbeitskreis sich ständig mit dem Thema auseinandersetzt und alle wichtigen Gruppen an den Entscheidungen beteiligt werden sowie das Vorhandensein und allen zugänglichen Schriftstücken zur Tabakpolitik mit den verbindlichen Bemühungen und Regelungen.

2) Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen

Der zweite Faktor betrifft die Sanktionen bei Regelüberschreitungen und die Kontrollen zur Einhaltung der Regelungen gegenüber den Schülern und Schülerinnen.

3) Durchsetzung der Regelungen – Personal

Wie auch für die SchülerInnen erfolgt unter Faktor 3 die Messung der Kontrollen und Sanktionen bei Regelverstößen für das pädagogische und nichtpädagogische Personal und die Besucher der Schulen.

4) Förderung des Nichtrauchens

Als vierter Faktor zeigte sich die Förderung des Nichtrauchens als ausschlaggebend. Es erfolgt eine Messung der Angebote an Tabakentwöhnungskurse für das Personal und die SchülerInnen und die Unterstützung beim Rauchstopp, aber auch das Angebot an überprüften Präventionsprogrammen.

5) Rauchverbote

Als letzter Faktor werden die Rauchverbote in der Schule, dem Gelände und dem angrenzenden Gelände ermittelt. Dies wird zum einen für die SchülerInnen aber auch für das pädagogische und nichtpädagogische Personal ermittelt.

(Bühler und Piontek 2015, S. 112)

Das Besondere in der Pflegeausbildung ist, dass die PflegeschülerInnen von Anfang an auch in der Praxis arbeiten. Demnach stellt auch die Praxis neben der Schule für die PflegeschülerInnen eine wichtige Organisation bei der beruflichen Sozialisation dar. Eine Untersuchung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz in Deutschland spricht sich für eine gestärkte betriebliche Gesundheitsförderung aus, da diese bei der Reduktion der Rauchenden, insbesondere der Rauchenden am Arbeitsplatz, eine zentrale Rolle spielt (Thelen, 2016). Im Folgenden soll die Bedeutung der sozialen Normen und der vorhandenen Tabakpolitik in den Praxiseinrichtungen vorgestellt werden.

2.1.2.2 Praxiseinrichtungen

Der Übergang von der Schule in den Beruf stellt eine wesentliche Entwicklungsaufgabe dar, die bewältigt werden muss und bei der die Anforderungen und normativen Erwartungen eine zentrale Rolle spielen (Brüggemann und Rahn 2013). Laut der Vorstellung einer ganzheitlichen

Berufsausbildung werden berufliche Handlungskompetenzen mit der Persönlichkeitsentwicklung verbunden, ohne sich komplementär gegenüberzustehen. Somit sind die Ziele das menschliche Lernen und die persönliche Entwicklung, welche als eine natürliche Verbindung aus Theorie und Praxis hervorgeht (Grabowski, 2004). Die Übergangsphase vom Jugend- ins Erwachsenenalter wird demnach von gesellschaftlichen Normvorstellungen und Erwartungen begleitet (Joachim und Weiß 2016). Während der Ausbildung kommt es zu einer Neudefinition des sozialen Miteinanders und die jungen Erwachsenen finden sich in ihre Rolle als verantwortungsvoller Erwachsener hinein.

In Bezug auf die Tabakprävention in der beruflichen Sozialisation hat sich ein generelles Rauchverbot auf der Arbeit, die Entstehung einer rauchfreien Umgebung zu verstärken und die Konsummenge der MitarbeiterInnen zu reduzieren, als effektive Mittel erwiesen. Eine Längsschnittstudie konnte einen positiven Einfluss einer strengen Tabakpolitik am Arbeitsplatz auf die Raucherprävalenz sowie die Konsummenge nachweisen (Bauer et al. 2005). In einem rauchfreien Arbeitsumfeld lernen MitarbeiterInnen und insbesondere Auszubildende oder neue MitarbeiterInnen, dass dieses Verhalten sozial nicht erwünscht ist. Im Rahmen der beruflichen Identitätsbildung wird den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen bewusst, dass sie selber auch auf den Tabakkonsum während der Arbeitszeit verzichten müssen, um normkonform zu handeln. Demnach bietet die Pflegeausbildung eine bedeutende Gelegenheit für Schulen und Eltern, um den jungen Erwachsenen zu helfen, mit dem Rauchen aufzuhören (Lynch und Bonnie 1994, S. 88-90).

Im Setting Krankenhaus sind das Global Network for Tobacco Free Healthcare Services und in Deutschland das Partnernetzwerk Deutsches Netz Rauchfreie Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. besonders aktiv. Um die Maßnahmen ideal an die jeweils vorherrschenden Bedingungen anzupassen und den Handlungsbedarf zu ermitteln, erfolgt zu Beginn des Veränderungsprozesses eine Bestandsanalyse. Mit Hilfe eines evidenzbasierten Tools können die aktuelle Tabakpolitik sowie die vorherrschenden tabakbezogenen Normen erfasst werden. Dieses Tool umfasst die folgenden acht Kriterien: 1) Engagement, 2) Kommunikation, 3) Schulung und Training, 4) Tabakentwöhnung, 5) Tabakfreies Umfeld, 6) Gesunder Arbeitsplatz 7) Regionales Engagement 8) Evaluation (siehe auch S. 39)*. Mit Hilfe dieser Standards werden die Krankenhäuser dabei unterstützt, schrittweise Beratung und Tabakentwöhnung auf der Basis eines rauch-, bzw. tabakfreien Umfelds zu implementieren (Global Network for Tobacco Free Healthcare Services, o.J). Je nachdem wie viele Standards und in welcher Qualität diese erfüllt sind, können die

Einrichtungen über eine reine Mitgliedschaft hinaus mit Bronze, Silber oder Gold zertifiziert werden (Mühling et al. 2013). Durch die Mitgliedschaft in diesem Netzwerk und die damit verbundene Unterstützung auf dem Weg hin zu einer rauchfreien Arbeitsumgebung soll das Ziel zur Rauchfreiheit attraktiver gemacht und die Veränderung sowie ihre Aufrechterhaltung erleichtert werden (Global Network for Tobacco Free Healthcare Services, o.J). Die am häufigsten praktizierten Formen der Tabakentwöhnung in den rauchfreien Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen sind die motivierende Gesprächsführung (47%), Kurzinterventionen (45%) und die individuellen Therapiegespräche. Weniger als die Hälfte der Einrichtungen nutzen die geschlossenen Gruppeninterventionen (38%) und die offenen Gruppeninterventionen (25%) (Mühling et al. 2013). Diese Studie konnte die aktive Tabakkontrollpolitik in den Mitgliedskliniken bestätigen und resümierte, dass diese Kliniken eine aktive Verhältnisprävention betreiben.

Standards für die Umsetzung eines rauchfreien Krankenhauses

- 1) Engagement
„Alle Entscheidungsträger sind in die Umsetzung einbezogen. Eine Rauchfrei-Arbeitsgruppe ist benannt und Sponsoring durch die Tabakindustrie und deren VertreterInnen wird abgelehnt.“
- 2) Kommunikation
„Die Gesundheitseinrichtung hat einen Strategie- und Umsetzungsplan für die Rauchfrei-Politik. Alle MitarbeiterInnen, Patienten und Patientinnen sowie BewohnerInnen und die Region sind informiert.“
- 3) Schulung und Training
„Ein Schulungsprogramm ist eingerichtet und das Personal im angemessenen Umgang mit Rauchern und Raucherinnen geschult.“
- 4) Tabakentwöhnung
„Die Gesundheitseinrichtung erfasst Raucher, bietet Unterstützung zur Tabakentwöhnung an und gewährleistet die Nachbetreuung der Patienten und Patientinnen bzw. BewohnerInnen auch nach deren Entlassung.“
- 5) Rauchfreiheit
„Die Gesundheitseinrichtung hat ein vollständig rauchfreies Gebäude und ein vollständig rauchfreies Gelände umgesetzt und bewahrt diesen Standard.“
- 6) Umfeldgestaltung
„Die Gesundheitseinrichtung sorgt für eine klare Rauchfrei-Beschilderung (wo erforderlich) und beseitigt alle Anreize zum Rauchen (z.B. keine Werbung, keine Aschenbecher und kein Tabakverkauf).“
- 7) Gesunder Arbeitsplatz
„Die Gesundheitseinrichtung verfügt über Personalmanagement-Strategien und ein betriebliches Gesundheitsmanagement um die Gesundheit aller Beschäftigten zu schützen und zu fördern.“
- 8) Gesundheitsförderung
„Die Gesundheitseinrichtung unterstützt und beteiligt sich an Aktionen zur Förderung des Nichtrauchens in der Region“.
- 9) Überprüfung der Umsetzung
„Die Gesundheitseinrichtung erneuert und erweitert regelmäßig ihre Informationen zur Unterstützung der Umsetzung der Rauchfrei-Politik. Die Weiterentwicklung und Qualität der Rauchfrei-Politik und Tabakentwöhnung wird gesichert.“
- 10) Langfristige Umsetzung
„Überzeugen Sie erst und setzen dann, wenn erforderlich, Verbote analog interner oder gesetzlicher Regelungen um.“

(ENSH 2010)*

*Note: Seit 2016 kam es zu einer Bündelung, sodass nun nur noch sechs Kriterien existieren.

2.1.3 Fazit zur Sozialisation in der Pflegeausbildung:

Es kann somit resümiert werden, dass sich die PflegeschülerInnen in einer sensiblen Lebensphase befinden, in welcher sie besonders empfänglich für die Normen einer neuen Umgebung sind (Schneider 2006, Busse, Plaumann, Walter 2006, Kaluza 2015). Die Sensibilität für die sozialen Normen in dieser Lebensphase stellt eine große Ressource für Veränderungsprozesse, z.B. hinsichtlich der Tabakprävention, dar. Ausschlaggebend für die Einführung neuer sozialer Normen ist die Durchführung von Sanktionen bei dem nicht konformen Verhalten. Generell besteht bei der Einführung neuer sozialer Normen das Risiko sozialer Dilemma, welche durch eine klare Kommunikation der neuen Regeln und der Durchsetzung von Sanktionen reduziert werden können (Diekmann und Voss 2008). Bis die sozialen Normen internalisiert sind und demnach eigenmotiviert nach den neuen Normen gehandelt wird, bedarf es jedoch Zeit. Die berufliche Identität oder das Berufsverständnis einer Person stellt demnach das Produkt eines Entwicklungsprozesses dar, welches im Rahmen eines beruflichen Sozialisationsprozesses und einer Kompetenzentwicklung entsteht. Die Verinnerlichung der Normen und Werte auf der Arbeit führen mit der Zeit zu einer Veränderung der eigenen Ansprüche. Die berufliche Identität stellt dabei ein Selbstkonzept dar, welches später bei der Bewältigung der Aufgaben hilft. Die Stärke und Ausprägung der beruflichen Identität hängt von einer Vielzahl an individuellen, gesellschaftlichen und arbeitsorganisatorischen Faktoren ab (Heinemann 2012). Gleichzeitig wirkt das Individuum mittels seiner Vorstellungen, Ideen und Verhaltensweisen auf das soziale Umfeld ein und gestaltet dieses dabei aktiv mit (Hurrelmann 2002). Beim Eintritt des Pflegeschülers/der Pflegeschülerin in das Berufsleben und die berufliche Ausbildung entwickelt sich eine Wechselwirkung zwischen der Person und seiner sozialen Umwelt. Dieser dynamische Prozess kann bei der Einführung von Präventionsprogrammen genutzt werden, um Veränderungen einzuführen, die von allen Akteuren getragen werden. Damit dies zielgruppengerecht gelingt, ist ein ausreichendes Wissen über die Sozialisationsfaktoren notwendig.

In der unteren Abbildung 8 sind die zentralen Sozialisationsfaktoren aufgeführt, die beim Eintritt in die Pflegeausbildung wirken können. Welche Faktoren bei den jeweiligen Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen in welchem Ausmaß wirken, sind dabei individuell sehr unterschiedlich. So kann der Ausbildungsbeginn für viele PflegeschülerInnen, aufgrund ihres Alters, mit einer großen räumlichen Veränderung verbunden sein, da diese zum ersten Mal aus dem Elternhaus ausziehen und somit ihre primäre Sozialisationsinstanz verlassen. Dies stellt einen zentralen biografischen Übergang dar, der bewältigt werden muss, um sich später gut in die Ausbildung einbringen zu können.

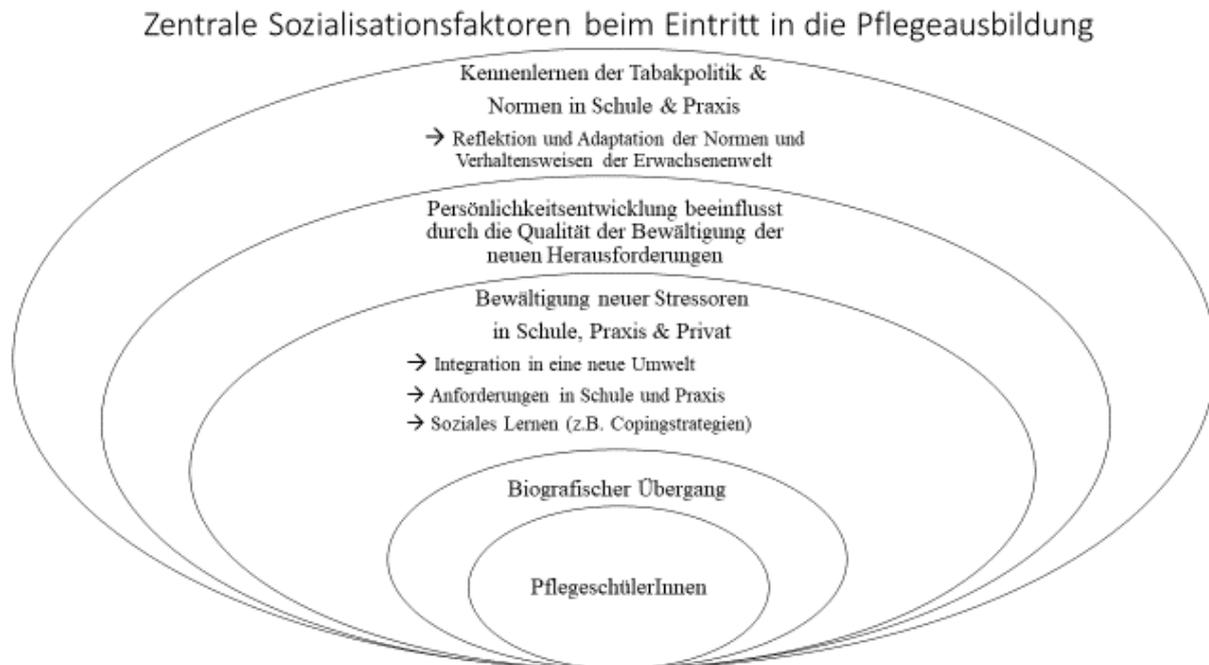


Abbildung 8: Sozialisationsfaktoren in der Pflegeausbildung

Zur Erklärung der wechselseitigen Beeinflussung zwischen einer Person und seiner Umwelt gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Sozialisationstheorien. Im Hinblick auf die Wirkung von sozialen Normen auf das Individuum und der Einfluss der unterschiedlichen Lebensbereiche untereinander ist die Theorie der Ökologie der Entwicklung des Menschen von Bronfenbrenner besonders ausgereift. Deshalb soll zunächst diese Theorie vorgestellt werden.

Da in der Literatur immer wieder die Bedeutung des sozialen Einflusses auf das Rauchverhalten der PflegeschülerInnen und der Beschäftigten in der Pflege allgemein angeführt wird, soll als Zweites die Theorie des sozialen Lernens von Bandura näher erläutert werden.

2.1.4 Sozialisationstheorien

Eine Sozialisationstheorie „fasst Annahmen und Aussagen zusammen, die sich mit der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung als 'Subjektwerdung' befasst. Der Mensch wird als 'Subjekt' verstanden, wenn er als erlebendes, denkendes und handelndes Individuum den materiellen, sozialen und kulturellen 'Objekten' seiner Umwelt gegenübertritt." (Hurrelmann 2002, S. 7).

Es scheint zunächst vielleicht befremdlich, dass im Rahmen einer Forschungsarbeit über junge Erwachsene zur Erklärung des erhöhten Tabakkonsums eine entwicklungspsychologische Theorie herangezogen wird. Aber zum einen sind die PflegeschülerInnen zu Ausbildungsbeginn z.T. erst 16 Jahre, im Durchschnitt jedoch 22 Jahre alt (Bühler et al. 2007)

und zum anderen werden im Jugendalter Prozesse angestoßen, die bis ins Erwachsenenalter nachwirken (Arnett 2005). In Bezug auf das Rauchverhalten ist aus der Forschung bekannt, dass das erste Probieren bereits im Jugendalter mit ca. 15 Jahren stattfindet (Lindeman et al. 2011, Hirsch et al. 2010, BzGA 2016). In Bezug auf die PflegeschülerInnen lässt sich demnach mutmaßen, dass einige dieser jungen Erwachsenen aufgrund ihres jahrelangen Tabakkonsums die Funktion einer Zigarette (z.B. erleichterte Integration in eine Gruppe, Stressreduktion) bereits kennengelernt haben und zum Teil auch erste Anzeichen einer psychischen oder körperlichen Abhängigkeit verspüren. Demnach sollten Präventionsprogramme in der Pflegeausbildung anders gestaltet werden als Programme für das Schulsetting. Aufgrund des Alters und der bevorstehenden Entwicklungsaufgaben stellen die Entwicklungstheorien somit eine wichtige Grundlage für die Erklärung des Verhaltens von Erwachsenen und in diesem Fall der PflegeschülerInnen dar.

2.1.4.1 A) Ökologische Entwicklungspsychologie

Die Betrachtung der Entwicklung eines Menschen aus einer ökologischen Perspektive sieht zum einen den Menschen als einen aktiven Gestalter seiner eigenen Entwicklung und seiner Umwelt. Der Mensch ist ein selbstreflektiertes Wesen, welches sich eigenständig Bilder seiner Umwelt aufbaut und diese flexibel modifiziert und dadurch auch die Umwelt beeinflusst. Mit anderen Worten bilden der Mensch und seine Umwelt ein Gesamtsystem, welches sich ununterbrochen gegenseitig gestaltet. Der Mensch ist somit ein Produkt, welches durch seine Umwelt geprägt ist und zugleich auch ein Gestalter seiner Umwelt. Das Gleiche gilt auch für die Umwelt. Die soziale und die materielle Umwelt bilden den Lebensraum der Menschen. Auch sie wird durch den Menschen gestaltet und wirkt auf den Menschen wieder zurück (Hurrelmann 2002).

Der bekannteste Vertreter dieses Ansatzes ist Urie Bronfenbrenner mit seiner Theorie der Ökologie der Entwicklung des Menschen aus dem Ende der 1960er Jahre. Die menschliche Entwicklung beschreibt Bronfenbrenner als einen Prozess, *„durch den sich die entwickelnde Person erweiterte, differenzierte und verlässlichere Vorstellungen über seine Umwelt erwirbt. Dabei wird sie zu Aktivitäten und Tätigkeiten motiviert und befähigt, die es ihr ermöglichen, die Eigenschaften ihrer Umwelt zu erkennen und zu erhalten oder auf nach Form und Inhalt ähnlich komplexem oder komplexerem Niveau umzubilden“* (1981, S. 44). Es handelt sich bei der menschlichen Entwicklung demnach um eine dauerhafte Veränderung bezüglich der Methode, wie die Person ihre Umwelt wahrnimmt und sich mit dieser auseinandersetzt (Hurrelmann 2002). Die Wahrnehmung des Umfeldes und nicht die „objektive Realität“ sind

bei der Entwicklung des Menschen von zentraler Bedeutung (Bronfenbrenner 1981, S. 44). Eine sich entwickelnde Person steht somit im engen Austausch mit der Umwelt und den unterschiedlichen Lebensräumen. Dabei wechselt eine sich entwickelnde Person stetig zwischen dem Stadium der Wahrnehmung, Vorstellung und Veränderung, um so eine höhere Komplexität bei der Entwicklung zu erlangen (Bronfenbrenner 1981).

Bronfenbrenner geht davon aus, dass der Mensch die Fähigkeit entwickelt, die unterschiedlichen Lebensräume miteinander zu verbinden. Die Möglichkeit einer Teilnahme in den unterschiedlichen Lebensräumen, also z.B. die Chance zwischenmenschliche Beziehungen oder soziale Rollenstrukturen zu festigen, wirkt sich auf die Qualität der Entwicklungsförderung dieser Lebensräume aus. Dabei sind die Lebensräume umso förderlicher, je mehr die Entscheidungsfindungen und Unterstützungsformen an die sich entwickelnde Person angepasst sind. Mit anderen Worten ist die Qualität der Interaktionsprozesse ausschlaggebend für den Kompetenzzuwachs und der Persönlichkeitsentwicklung eines Individuums. Eine gelungene Erweiterung des sozialen Aktionsraumes führt bei der Person zu einer Erweiterung der spezifischen Fähigkeiten und der Kompetenzen (Miller 1993; Hurrelmann 2002).

Anders als bei anderen Entwicklungstheorien gibt es bei der Theorie der Ökologie der Entwicklung des Menschen keine feste Abfolge von Entwicklungsschritten der Persönlichkeit. Die Entwicklung der Persönlichkeit folgt keinen zwingenden Regelmäßigkeiten und steuert auf keinen Ziel- oder Endzustand zu. Die Umwelteinflüsse fungieren als Bedingungsbeziehungen für die menschliche Persönlichkeitsentwicklung. In diesem ökologischen Ansatz werden sowohl kognitive als auch soziale Strukturen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen berücksichtigt. Dabei findet die gesamte Lebensspanne Berücksichtigung (Hurrelmann 2002).

In Bronfenbrenners Modell beschreibt er ein Gesamtsystem mit verschiedenen Untersystemen. Angefangen mit der direkten Interaktion von einem Menschen erschließt sich laut dieser Theorie das Individuum nach und nach weitere Lebensräume bis zu dem allgemeinen und kulturellen Lebensraum, welcher die Normen und Werte einer Gesellschaft umfasst. In dieser Modellannahme zeigen sich die Merkmale, die in einer Gesellschaft oder in der Kultur aktuell wichtig sind, wie bestimmten Bräuchen, Überzeugungen und Werthaltungen, aber auch im Hinblick auf gewisse Kenntnissen und Fähigkeiten sowie strukturelle Beziehungen und Sprache (Miller 1993). Insgesamt besteht Bronfenbrenners Modell aus vier Systemen, die einander umschließen und im unteren Block kurz skizziert werden sollen.

Theorie der Ökologie der Entwicklung des Menschen (Bronfenbrenner)

1) Mikrosystem

Das kleinste und erste System, in dem sich ein Individuum befindet, ist das Mikrosystem. Es umfasst Rollen und interpersonelle Beziehungen im unmittelbaren Lebensumfeld der Person. Dabei umfasst es sowohl physikalische Merkmale, wie Gebäude oder Straße als auch materielle Merkmale, wie Computer oder Fernseher. Es beinhaltet aber auch andere Menschen und deren Besonderheiten hinsichtlich der Persönlichkeit, des Temperamentes oder der Überzeugungen sowie die Beziehungen, z.B. zwischen den Familienmitgliedern. Typische Lebensräume sind die Familie, Schule oder Peers.

2) Mesosystem

Das zweite System, in das ein Individuum eintritt, ist das Mesosystem. Hier findet eine Koppelung von zwei oder mehr Mikrosystemen statt und es kommt zu Prozessen zwischen diesen. So werden beispielsweise die Werte von den Peers und der Schule mit denen in der Familie verglichen. Dabei erfolgt eine Analyse, inwiefern sich die Werte und Normen unterstützen oder in einem Widerspruch zueinander stehen.

3) Exosystem

Das dritte System umfasst den gesellschaftlichen Nahraum, wie die Freizeitwelt oder die unmittelbare Wohnumgebung. Es kommt dabei zu Wechselwirkungen und Prozesse zwischen verschiedenen Lebensräumen. Dabei ist die Person in mindestens einem Lebensbereich nicht selber mit eingebunden. So kommt es beispielsweise zu einer Wechselwirkung zwischen der Person und dem Partner, welcher durch seinen Lebensbereich, z.B. der Arbeit, gereizt reagiert und diesen Stress in Form einer unangemessenen Reaktion der Person gegenüber zum Ausdruck bringt. Das Exosystem umfasst große Systeme, wie das Wirtschaftssystem, Transport und Verkehr, Kommunalverwaltung und die Massenmedien. Viel diskutiert wird aktuell die veränderte Kommunikation in der Familie durch das Smartphone.

4) Makrosystem

Das letzte große System ist das Makrosystem. Es beschreibt die gesellschaftlichen Zusammenhänge, welche die anderen drei Systeme (Mikro-, Meso- und Exosystem) beeinflussen. Es stellt somit die Gesamtstruktur einer Gesellschaft mit den Normen und Werten dar und beschreibt die Charakteristika einer gegebenen Kultur oder Subkultur. Es umfasst somit die Verhaltensmuster, die einen bestimmten sozialen Kontext kennzeichnen, wie die Ressourcen, Lebensstile, Chancen oder Muster sozialer Interaktion.

(Miller 1993; Hurrelmann 2002)

Abschließend soll das soziale Umfeld der PflegeschülerInnen betrachtet werden und den vier Systemen nach Bronfenbrenner einige charakteristische Faktoren zugeordnet werden.

Die Ökologie der Entwicklung des Menschen
- Vereinfachte Darstellung bezogen auf die PflegeschülerInnen

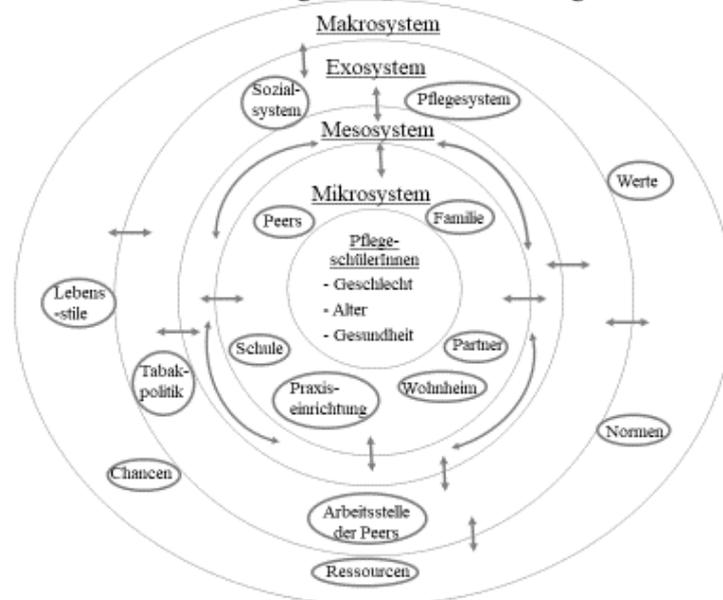


Abbildung 9: Ökologie der Entwicklung des Menschen - bezogen auf die PflegeschülerInnen

Bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen handelt es sich um junge Erwachsene, welche bereits die Kompetenzen und Fähigkeiten erlangt haben, verschiedene Mikrosysteme miteinander zu verbinden. In der oberen Abbildung 9 erfolgt eine grobe schematische Zusammenfassung der zentralen Lebensbereiche. Mit Ausbildungsbeginn ziehen einige PflegeschülerInnen von der eigenen Familie ins Wohnheim oder mit dem Partner zusammen. Nur knapp die Hälfte der PflegeschülerInnen wohnt bei ihren Eltern (Reusch, Neuderth und Faller 2015). Weitere Mikrosysteme sind die Pflegeschulen und die Praxiseinrichtungen. Das Mesosystem beschreibt die Wechselwirkung verschiedener Mikrosysteme und die daraus resultierenden Prozesse. So kommt es unter anderem zu einem Vergleich der Einstellungen gegenüber dem Tabakkonsum innerhalb der Familie und in der Schule sowie den neuen Peers. Durch eine entsprechende Tabakpolitik, die von allen Vertretern der Schule und Praxis getragen wird, könnte dieser Prozess tabakpräventiv genutzt werden. Im Exosystem finden unter anderem die Arbeitsstellen der Peers und Kurskollegen/Kurskolleginnen. Die Erfahrungen, Bedingungen und Stressoren können sich durch ein entsprechendes Verhalten, Reaktionen oder Gefühlslagen, z.B. gestresst, auch bis auf das Individuum auswirken. Dieser Prozess kann präventiv genutzt werden.

Durch eine gezielte Schulung im Mikrosystem der Stressbewältigungsfähigkeiten können PflegeschülerInnen befähigt werden, sich und anderen in schwierigen Situationen zu helfen und

kompetenter die Stresssituation zu meistern. Das Makrosystem beinhaltet die Verhaltensmuster, die in einem bestimmten sozialen Kontext als normal und erwünscht gelten und beschreibt somit auch die Werte und Normen dieser Gesellschaft. Es stellt demnach ein weiteres Handlungsfeld für verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen dar.

Nachdem nun eine mögliche Erklärung für die Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seinen unterschiedlichen Lebensbereichen dargelegt wurde, soll als nächstes eine Erklärung des sozialen Lernens in einer Gruppe erfolgen. Von besonderer Bedeutung ist hier die sozialkognitive Lerntheorie von Bandura.

2.1.4.2 B) Theorie des sozialen Lernens

Die sozialkognitive Lerntheorie von Bandura entstand 1977 und wurde 1986 und 2008 erweitert. Die bis dahin dominierende Lerntheorie war die operante und klassische Konditionierung, welche Lernen als ein Reiz-Reaktions-Schema beschreibt und keine weiteren Informationen über die Motivation oder die Bedeutung von Belohnung und Bestrafung für die Nachahmung gibt (Mazur 2006). Bandura erweiterte diese Lerntheorie mit den kognitiven Prozessen und füllte die Lücke zwischen Reiz und Reaktion, die bisher als „Black Box“ bezeichnet wurde, mit Konstrukten, wie der Motivation, der Selbstwirksamkeit oder den Erwartungen einer Person an die Konsequenzen der Nachahmung (Krapp und Ryan 2002). Durch die Erweiterung des einfachen Reiz-Reaktions-Modells um kognitive Prozesse leitete Bandura die kognitive Wende ein.

Der Grundgedanke des sozialen Lernens, welches Bandura als Modelllernen bezeichnete, geht davon aus, dass der Mensch ideal auf das Lernen durch Beobachtung vorbereitet ist. Mit Hilfe kognitiver Lernprozesse gelingt es den Menschen, neue Verhaltensweisen durch die Beobachtung des Verhaltens anderer zu erlernen. Bandura bezeichnet dabei die lernende Person als „Beobachter“ und die beobachtete Person als „Modell“. Der eigentliche Lernprozess findet in vier Phasen statt (Rinck und Becker 2011).

Zu Beginn steht 1) **die Aufmerksamkeitsphase**, in der das Verhalten des Modells aufmerksam durch den Beobachter studiert wird. Aufmerksamkeitsprozesse sind hier eine notwendige Voraussetzung für das Lernen (Mazur 2006). Damit eine Person zum Modell wird, muss sie bestimmte Charakteristika aufweisen. So ist die Wahrscheinlichkeit einer Nachahmung umso wahrscheinlicher, wenn der soziale Status des Modells höher ist, als der vom Beobachter. Auch eine intensive emotionale Beziehung zwischen dem Modell und dem Beobachter erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Nachahmung (Rinck und Becker 2011). Daran schließt die 2) **Phase**

des Behaltens an. Diese Phase beschreibt Gedächtnisprozesse, bei denen das beobachtete Verhalten umgeformt, klassifiziert und organisiert wird, um so eine Speicherung und ein schnelles und unproblematisches Abrufen des Wissens zu fördern. Das beobachtete Verhalten wird dabei verinnerlicht und im Gedächtnis abgespeichert. Dadurch kann es zu Lernprozessen kommen, ohne dass das beobachtete Verhalten nachgeahmt wird. Sei es, weil keine Motivation zur Nachahmung vorhanden ist, oder weil die motorischen Fähigkeiten des Beobachters nicht ausreichen (Mazur 2006; Rinck und Becker 2011). Als dritte Phase schließt sich 3) **die Reproduktion** an. Diese beschreibt die motorische Nachahmung, wobei die Ausführung des Verhaltens von den Erwartungen des Beobachters an das gesehene Verhalten abhängt. Dabei können die Erwartungen je nach Situation und Rahmenbedingung variieren (Rinck und Becker 2011). Als letzte Phase benennt Bandura 4) **die Motivation**. Er betont einen deutlichen Einfluss der äußeren Anreize auf die Motivation des Beobachters, das Verhalten aktiv nachzuahmen. Die Wahrscheinlichkeit der Nachahmung steigt, wenn das Modell erfolgreich ist oder wenn es zu einer stellvertretenden Verstärkung, z.B. einer Belohnung, kommt (Rinck und Becker 2011). Laut Bandura sind mindestens drei Phasen notwendig, damit es zu einer Nachahmung des beobachteten Verhaltens kommt (Mazur 2006).

Da weder die operante noch die klassische Konditionierung Erklärungen dafür bot, warum es bei Menschen zu Verhaltensänderungen kommt, obwohl zuvor keine Belohnung stattgefunden hat, untersuchte Bandura die Performanz mittels des „Bobo doll“ Experimentes zur Nachahmung aggressiven Verhaltens. Er konnte dabei belegen, dass die Performanz von den Konsequenzen abhängt, die das Modell aufgrund des gezeigten Verhaltens erlebte. Dabei wirkte sich ein Lob des Modells förderlich für die Nachahmung aus, während eine Bestrafung des Modells die Wahrscheinlichkeit der Nachahmung des beobachteten Verhaltens reduzierte. Bandura konnte durch sein Experiment belegen, dass nicht nur das Verhalten, sondern auch die Konsequenzen des Verhaltens erlernt werden. Zudem konnte er die Kompetenzerweiterung des Beobachters, bspw. durch die sprachliche Imitation des Modells belegen (Rinck und Becker 2011).

Bevor es zu einer Nachahmung des Modells kommt, unternimmt der Beobachter eine Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (Wirksamkeitsüberzeugungen) und stellt subjektive Prognosen über die erwarteten Konsequenzen des nachgeahmten Verhaltens auf (Ergebniserwartung). Die Beurteilung dieser beiden kognitiven Prozesse entscheidet, ob und auf welche Weise ein beobachtetes Verhalten nachgeahmt wird. Die Selbstwirksamkeitserwartungen stellen demnach ein psychisches Phänomen der subjektiven Überzeugung dar, um auftretende Probleme oder schwierige Aufgaben mittels der eigenen zur

Verfügung stehenden Kompetenzen bewältigen zu können (Krapp und Ryan 2002). Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit beeinflusst dabei die Denkmuster einer Person, die eingebrachte Leistung und den emotionalen Erregungszustand. Wird die Selbstwirksamkeit als hoch eingeschätzt, kann eine bessere Leistung erbracht werden und die emotionale Erregung sinkt. Dies beeinflusst die Wahl der Bewältigungsmethode in Stresssituationen und wirkt auf das Niveau der physiologischen Erregung. Fällt die Beurteilung der Selbstwirksamkeit gering aus, äußert sich das in Apathie und Mutlosigkeit (Zimbardo 1995). Durch eine hohe Selbstwirksamkeit kann eine Person Kontrolle über künftige Person-Umwelt-Bezüge ausüben und diese Kontrolle aufrechterhalten. Bandura misst diesem Konzept eine überragende Bedeutung für das Handlungsgeschehen bei (Krapp und Ryan 2002).

In der Forschung herrscht eine allgemeine Übereinstimmung, dass wahrgenommene Kompetenz und Wirksamkeit zentral für die Motivation der Nachahmung sind. Doch die Selbstwirksamkeitstheorie geht davon aus, dass auch grundlegende psychologische Bedürfnisse eine entscheidende Rolle spielen (Krapp und Ryan 2002).

Diese sind im „basic human need model“ zusammengefasst und beschreiben das Grundbedürfnis nach der

- 1) Kompetenzerfahrung, also dem Gefühl der Möglichkeit auf die Umwelt einwirken zu können, der
- 2) sozialen Eingebundenheit, d.h. das Bedürfnis nach Akzeptanz und Anerkennung und der
- 3) autonomen Handlungsregulierung, also die Freiheit selber zu wählen, was man tun möchte, entscheidend bei der Entwicklung persönlicher Ziele, Motive und Interessen ist. Erlebt eine Person positive Erfahrungen mit diesen „basic human needs“ führt dies zu einer intrinsischen menschlichen Befriedigung. Eine minimalistische Erfüllung dieser Bedürfnisse stellt dabei eine Voraussetzung für das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung dar (Krapp und Ryan 2002).

Eine Besonderheit beim sozialen Lernen stellt das Regellernen dar. Dieses beschreibt das Erkennen von „Verhaltensimplikationen der verbal enkodierten Regeln, das Erkennen des Kontextes, in dem sie relevant sind und die Wahrnehmung der verstärkenden Kontingenzen für ihr Befolgen oder Überschreiten“ (Zimbardo 1995, S. 296). Regeln sind demnach Anweisungen, wie sich eine Person in bestimmten Situationen verhalten soll. Dabei sind diese besonders wirksam, wenn die Regeln als eigene Grundsätze bei der Person internalisiert wurden (Zimbardo 1995). Eine Optimierung des Berufsverständnisses kann somit helfen, Regelungen zum Nichtraucherschutz weiter zu fördern.

Es kann resümiert werden, dass die soziale Lerntheorie eine Weiterentwicklung der streng behavioristischen Sichtweise darstellt und auf eine komplexe Interaktion zwischen dem Individuum, den Verhaltensweisen und der sozialen Umwelt verweist. Der Mensch ist dabei nicht passiv seinen Einflüssen ausgesetzt, sondern kann sein eigenes Verhalten mittels kognitiver Prozesse, wie der Selbststeuerung und der Kontrolle des eigenen Handelns, aktiv lenken. Diese drei Akteure (Individuum, Verhalten und Umwelt) beeinflussen und verändern sich gegenseitig, wobei die Veränderungen reziprok verlaufen und selten nur eine Richtung verfolgen (Zimbardo 1995).

2.1.5 Fazit zum ersten Theorieblock Sozialisation und Sozialisationstheorien

Zum Thema Sozialisation kann somit resümiert werden, dass es eine enge Verknüpfung zwischen der Person und seiner Umwelt gibt und dass sich diese gegenseitig beeinflussen. Sowohl beim ökologischen Ansatz von Bronfenbrenner, als auch bei der lernpsychologischen Theorie von Bandura wird die Reziprozität hervorgehoben. Dieser Gedanke spiegelt sich auch in der vorliegenden Arbeit wider. Es wird davon ausgegangen, dass die Persönlichkeit als Selektionsfaktor wirkt und es somit bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen zur Bildung einer homogenen Gruppe kommt, welche sich bei den Persönlichkeitsausprägungen deutlich von der restlichen Gesellschaft unterscheidet. Die untere Grafik (Abb. 10) soll schematisch die Beziehungen zwischen der Persönlichkeit und der Berufswahl, dem Gesundheitsverhalten und der Veränderungsbereitschaft sowie der Sozialisation in der Pflegeausbildung darstellen.

Die Abbildung 10 zeigt die Annahme, dass es zu einer Wechselbeziehung zwischen der Persönlichkeit und der sozialen Umwelt kommt. Die Persönlichkeitsausprägung und das eigene Verhalten beeinflussen die Umwelt, gleichzeitig sind die PflegeschülerInnen empfänglich für die Regeln und Normen der neuen Gruppe. Sowohl das Meistern als auch das Scheitern an den Herausforderungen beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung in positiver bzw. negativer Richtung. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die Interessen einer Person die Berufswahl beeinflussen. Die Interessen stehen dabei in einem signifikanten Zusammenhang mit der Persönlichkeit. Demnach ist der Gedanke dieser Arbeit, dass die Persönlichkeit die Berufswahl beeinflusst und es dadurch zu einer Selektion kommt. PflegeschülerInnen stellen eine besondere gesellschaftliche Gruppe dar und diese homogene Gruppe gestaltet die soziale Umwelt in der Pflegeausbildung. Darüber hinaus wird angenommen, dass die Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten einer Person einwirkt. Die Gruppe der PflegerInnen stellt demnach eine gesellschaftliche Gruppe dar, die aufgrund der Persönlichkeitsausprägungen eher

ungünstiges Gesundheitsverhalten, wie Tabakkonsum aufzeigen. Wenn die Mehrheit der PflegeschülerInnen einen ungesunden Lebensstil aufweist, wirkt sich dies auf die berufliche Umwelt aus. Gleichzeitig wird im Rahmen der Pflegeausbildung ein Problembewusstsein geschaffen, präventive Verhaltensweisen vermittelt und Herausforderungen bewältigt, die zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeit führen und als solche die Persönlichkeit beeinflussen. Des Weiteren wird in der Arbeit davon ausgegangen, dass sowohl die Persönlichkeit, als auch das soziale Umfeld die Veränderungsbereitschaft beeinflussen.

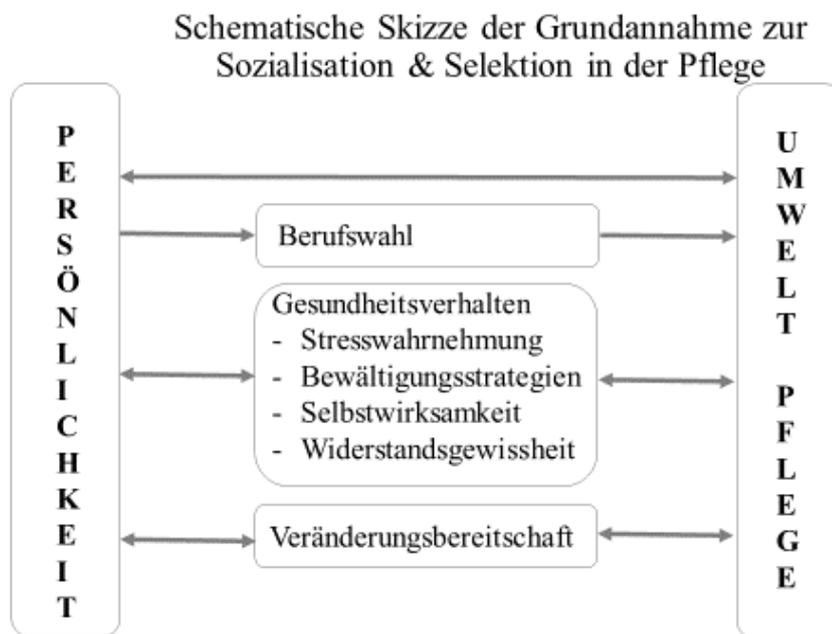


Abbildung 10: Skizzierung der Grundannahme des Zusammenspiels zwischen Person und Umwelt

Wie auf dem Schaubild (Abb. 10) erkennbar, die Persönlichkeit als Selektionsfaktor eine zentrale Rolle einnimmt, wird im nachfolgenden Punkt die Selektion in der Pflege näher erläutert. Die Messung der Persönlichkeit und der Zusammenhang zwischen dieser und der Gesundheit einer Person im Sinne von seinem Gesundheitsverhalten besitzt eine lange Tradition. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde zur Ermittlung der Persönlichkeitsausprägungen auf die in der Persönlichkeitspsychologie dominierenden Big Five zurückgegriffen. Des Weiteren sollen anhand dieser Persönlichkeitsdimensionen explorativ die Persönlichkeitstypen von Torgersen (2000) ermittelt und der Zusammenhang dieser mit dem Gesundheitsverhalten und der Veränderungsbereitschaft überprüft werden.

Im nächsten Abschnitt erfolgen eine Begriffsklärung und ein kurzer Abriss zur Persönlichkeitsforschung. Im Anschluss daran werden Theorien aus der Arbeit- und Organisationspsychologie zur Berufswahl und aus der Gesundheitspsychologie zu Stress, Stresswahrnehmung, dem Umgang mit Stress sowie zur Verhaltensänderung dargelegt und die

Rolle der Persönlichkeit in all diesen Theorien aufgezeigt. Doch zunächst zur Selektion und dem Begriff der Persönlichkeit.

2.2 Selektion in der Pflege

Mit Selektion ist in der vorliegenden Arbeit gemeint, dass es durch die Wahl des Ausbildungsfaches Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bzw. Altenpflege zu einer Auslese aus der Gesellschaft kommt. Personen mit bestimmten Interessensausrichtungen und demnach mit bestimmten Persönlichkeitsausprägungen wählen dieses Berufsfeld für sich aus. Diese Auslese wirkt sich auch auf das Arbeits- und Ausbildungsumfeld aus, welches wiederum auch die PflegeschülerInnen prägt, die sich in einer für die Umwelt besonders sensiblen Phase befinden, da sie sich ihren Platz in der „neuen“ Gruppe erst suchen müssen.

2.2.1 Persönlichkeit

In diesem Kapitel soll zunächst eine Begriffsklärung für Persönlichkeit erfolgen, bevor die einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und Persönlichkeitstypen erläutert werden. Diese theoretische Ausführung bildet das Fundament für die dritten, vierten und fünften Frageblöcke dieser Arbeit: „Welche Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen finden sich unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und welche Persönlichkeitstypen entscheiden sich für diesen Berufszweig?“ sowie der Frage, ob die Ausprägungen in den Persönlichkeitsdimensionen bzw. die Zugehörigkeit zu den unterschiedlichen Persönlichkeitstypen einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten besitzen und schließlich, ob sich die Persönlichkeit auf die Veränderungsbereitschaft auswirkt. Mit anderen Worten soll zunächst geklärt werden, wer den Beruf der PflegerIn erlernt und ob die Persönlichkeitsausprägungen bzw. die Zugehörigkeit zu bestimmten Persönlichkeitstypen eine mögliche Erklärung für die starke Raucherprävalenz darstellt. Abschließend kommt es zur Überprüfung, inwieweit sich die Persönlichkeit auf die Akzeptanz und Nutzung des astra-Programms auswirkt. Eine Beschreibung der Wirkungsweise von Tabak und dessen Abhängigkeitspotential erfolgt im nachfolgenden Kapitel. Zur theoretischen Fundierung des vierten und letzten Fragenblocks behandelt dieses Kapitel den Einfluss der Persönlichkeitseigenschaften auf die Bereitschaft und Akzeptanz des Besuchs von Weiterbildungsmaßnahmen bzw. die Veränderungsbereitschaft unter Berücksichtigung der einzelnen Persönlichkeitsausprägungen. Da unterschiedliche Persönlichkeiten auf

unterschiedliche Lernformen ansprechen, greift das astra-Programm bei allen Modulen auf unterschiedliche Didaktik zurück (siehe Tabelle 88 - Tabelle 91 im Anhang).

Abschließend diskutiert dieses Kapitel in einem kurzen Fazit den Einfluss der Persönlichkeit auf die Berufswahl, das Gesundheitsverhalten und die Veränderungsbereitschaft. Dabei werden erste Schlussfolgerungen hinsichtlich der Hypothesen gezogen. Doch zunächst soll mit der Begriffserläuterung begonnen werden.

2.2.1.1 Definition: Persönlichkeit

Der Begriff der Persönlichkeit existiert in der Gesellschaft bereits seit Jahrhunderten. Daraus resultierend existieren auch verschiedenste Begriffe zur Beschreibung der Merkmale einer Persönlichkeit. Jeder Mensch bedient sich seiner eigenen Persönlichkeitspsychologie, mit welcher er versucht, das Verhalten anderer Menschen zu beschreiben und zu erklären sowie Vorhersagen zukünftiger Situationen zu ermöglichen (Salewski und Renner 2009). Das Schwierige an der Erfassung der Persönlichkeit ist, dass diese nicht direkt beobachtet und gemessen werden kann. Bei der Persönlichkeit handelt es sich um ein kognitives Konstrukt. Es können nur anhand des beobachtbaren Verhaltens und Handelns indirekt Rückschlüsse auf die Persönlichkeit geschlossen werden (Salewski und Renner 2009). Die Messung der Persönlichkeit erfolgt anhand verschiedener Dimensionen, dabei wird durch die Beurteilung des Verhaltens einer Person ein bestimmter Wert in den unterschiedlichen Dimensionen ermittelt. Durch die anschließende Betrachtung von verschiedenen Indikatoren und Ausprägungen innerhalb der unterschiedlichen Dimensionen können Versuche einer Aussage zur Persönlichkeit einer Person unternommen werden (Salewski und Renner 2009). Um dieses Konstrukt Persönlichkeit wissenschaftlich zu definieren und sich dadurch von dem alltagspsychologischen Verständnis abzugrenzen, wurden diverse Versuche unternommen (Salewski und Renner 2009). Es zeigen sich jedoch Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen Definitionsansätzen. Grundlage für die vorliegende Arbeit ist die Definition von Pervin, Cervone und John (2005), welche die wesentlichen und sich in den verschiedenen Definitionsversuchen überschneidenden Merkmale zusammenfasst.

Laut Pervin et al. (2005) geht es bei Persönlichkeit um *„jede Charakteristika oder Merkmale des Menschen, die konsistente Muster des Fühlens, Denkens oder Verhaltens ausmachen“*. Das individuell unterschiedliche Verhalten einer Person geht dabei auf kognitive Konstrukte innerhalb der Person zurück. Diese sind relativ konsistent, d.h. es kann über einen längeren Zeitraum durch interne und externe Prozesse zu einer Veränderung der Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen kommen.

Die Schwierigkeit bei der Erfassung des psychologischen Konstrukts der Persönlichkeit mündete in einer Pluralität von Forschungszugängen. Die Grundlage dieser Arbeit bildet das Fünf-Faktoren-Modell, welches zu den Eigenschaftstheorien zählt.

2.2.1.2 Definition von Eigenschaft und Eigenschaftstheorien

Die Bezeichnung Eigenschaftstheorie stellt einen Oberbegriff für alle Persönlichkeitstheorien dar, welche die menschlichen Eigenschaften (auch „Traits“ oder Wesenszüge genannt) in den Fokus ihrer Forschung rücken. Forscher dieser wissenschaftlichen Herangehensweise vertreten die Auffassung, dass die menschliche Persönlichkeit durch eine Analyse der Eigenschaften beschrieben werden kann. Die Eigenschaften umfassen eine Zahl an „Verhaltens- und Erlebensweisen, die eine Person relativ beständig über die Zeit (Stabilität) und über unterschiedliche Situationen (Kontinuität) hinweg zeigt“ (Salewski und Renner 2009). D.h. die Eigenschaften einer Person besitzen eine relative zeitliche Verhaltensstabilität und eine relative transsituative Verhaltenskonsistenz (Schmitt und Altstötter-Gleich 2010). Daraus resultiert, dass sich Menschen in ihren Verhaltens- und Erlebensweisen relativ stabil und konsistent unterscheiden (Lang und Lüdtke 2005). Die Persönlichkeitsmerkmale beeinflussen das Verhalten, die Gefühle sowie die Gedanken eines Individuums und sind dabei in relativ konsistenten Strukturen verankert (Gerlitz und Schupp 2005).

Trotz ihrer Stabilität kommt es bei bestimmten Eigenschaften zu Veränderungen, welche auch eine ganze Gruppe betreffen können. So nimmt bspw. mit steigendem Alter die Gewissenhaftigkeit zu (Drieling et al. 2007). Des Weiteren gibt es eine relative Stabilität, welche die Position einer Person innerhalb einer Gruppe beschreibt. Dabei behält eine Person die Position in einer Gruppe (Positionsstabilität) auch bei einer Niveauveränderung der Gruppe, d.h. die Reihenfolge in einer Gruppe bleibt erhalten (Rammsayer und Weber 2010). Verhaltensweisen, welche nicht zu den Eigenschaften zählen, sind kurzweilige und schnell wechselnde Zustände oder „states“, wie die Stimmung einer Person. Die Eigenschaften zur Bestimmung der Persönlichkeit werden, wie oben bereits beschreiben, durch das beobachtbare Verhalten erschlossen. Anhand der bestimmten Persönlichkeitseigenschaften sollen Rückschlüsse auf das Verhalten gezogen und Beziehungen zwischen den Eigenschaften und dem Verhalten geschlossen werden. Die Eigenschaftstheorien fassen hierfür die zentralen Persönlichkeitseigenschaften zusammen (Salewski und Renner 2009). Die Eigenschaftstheorien gehen davon aus, dass das Verhalten durch die Persönlichkeitseigenschaften beeinflusst wird. Anhand des Verhaltens können Schlussfolgerungen für die Eigenschaften einer Person gezogen werden. Zudem ist der

Zusammenhang zwischen den Eigenschaften und dem Verhalten hierarchisch strukturiert. Die erste Ebene beschreibt die Reaktionen einer Person in spezifischen Situationen, die zweite Ebene beschreibt die Verhaltensgewohnheiten, die dritte Ebene die Eigenschaften und die vierte Ebene die Einteilung in Typen. Die relative Konsistenz und Verhaltensstabilität nehmen mit jeder weiteren Ebene zu. Demgegenüber nimmt die Vorhersagekraft mit den Ebenen ab (Schmitt und Altstötter-Gleich 2010, S. 73–75).

Jede Herangehensweise zur Beschreibung des Konstrukts der Persönlichkeit besitzt ihre Stärken und Schwächen. So auch die Eigenschaftstheorien. Zu den Schwächen zählen, dass die Theorien sich auf die Sprache stützen und so keine Aussagen zu Merkmalen ohne explizite Begriffe gemacht werden können. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Theorien die Eigenschaften als Ursache für das Verhalten sehen, aber um die Eigenschaften zu bestimmen, wird das Verhalten bewertet. Des Weiteren werden keine ursächlichen Aussagen zur Beschaffenheit der menschlichen Persönlichkeit gegeben. Auch wird der Einfluss der genetischen Komponenten auf das Verhalten und die Eigenschaften einer Person, welches das Wechselspiel zwischen Anlage und Umwelt besser erklären könnte, nicht betrachtet (Salewski und Renner 2009).

Dennoch überwiegen die Stärken der Eigenschaftstheorien. So konnten durch diese Forschungen strukturierte und übersichtliche Systeme zur Beschreibung der Persönlichkeit hergestellt werden. Dieser Forschungsstrang stützt sich konsequenter auf empirische Daten als andere Persönlichkeitstheorien (Schmitt und Altstötter-Gleich 2010). Die Eigenschaftstheorien versuchen die gesamte Persönlichkeit zu erfassen, anstatt nur bestimmte Bereiche zu betrachten (wie z. B. Kreativität oder Intelligenz), (Schmitt und Altstötter-Gleich 2010). Zudem gelang durch die Eigenschaftstheorien eine alltagsnahe Erfassung der Persönlichkeit, welche sehr zugänglich ist. Dabei wird besonders das Fünf-Faktoren-Modell sehr häufig gewählt, da es über eine überschaubare Anzahl an Kerndimensionen verfügt und gut erprobte Fragebögen besitzt (Salewski und Renner 2009).

2.2.2 Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Big Five)

Seit der Entstehung in den 1980er Jahren hat sich der Big Five Ansatz zur Beschreibung von individuellen Unterschieden in den Persönlichkeitsausprägungen immer weiter durchgesetzt. Der Begriff Big Five deutet dabei auf übergeordnete Merkmale oder Dimensionen hin, denen sich weitere Eigenschaften oder Facetten zuordnen lassen. Es handelt sich somit um eine hierarchische Struktur (Lang und Lüdtker 2005). Dabei sind den fünf Dimensionen

Extraversion, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für neue Erfahrungen jeweils sechs Facetten zugeordnet, welche im nächsten Punkt näher erläutert werden. Diese Facetten beschreiben interindividuelle Unterschiede im Einstellungs-, Erlebens- und Motivationsbereich einer Person und resultieren aus dem Verhalten im zwischenmenschlichen Umgang (Gerlitz und Schupp 2005).

Nicht zuletzt durch die geschichtliche Entwicklung der Messung der Big Five gibt es auch einige Kritiker dieses Modells. Zum einen wird kritisiert, dass die Messung der Big Five auf den Urteilen von Laien beruht und sich diese Alltagsbeschreibungen nicht eignen, um eine Tiefenstruktur und Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den Merkmalen herauszuarbeiten (Lang und Lüdtke 2005). Auch gibt es uneinheitliche Forschungsergebnisse hinsichtlich der Anzahl an Dimensionen und deren Inhalte. Zwar überwiegen die Ergebnisse, dass es sich um fünf Dimensionen handelt, aber einige Forscher erwähnen eine sechste. Zudem herrschen Unstimmigkeiten darüber, wie die sechste Dimension lautet. Becker beschreibt das Fehlen einer Dimension zu Heterogenität und Spontanität (1999), andere Forscher vermissen den Einfluss von Optimismus (Lang und Lüdtke 2005). Je genauer die Persönlichkeit einer Person erfasst werden soll, desto umfangreicher werden auch die Erhebungsinstrumente. Um die Persönlichkeit im Rahmen einer Studie mit zu erfassen, braucht es ökonomische Instrumente.

Trotz der Kritik ermöglichen die Big Five eine robuste und valide Erfassung der Persönlichkeiten und sind dabei weniger sensibel gegenüber Einflüssen aus der Umwelt als andere Verfahren (Lang und Lüdtke 2005). Die fünf Faktoren der Persönlichkeiten sind bei allen Menschen, zumindest aus den westlichen Kulturen, gefunden worden (Gerlitz und Schupp 2005). Die verschiedenen Fassungen der Testbatterien wurden in verschiedene Sprachen übersetzt und so konnten auch in anderen Ländern die fünf Persönlichkeitsdimensionen nachgewiesen werden. Dadurch kam es zu einer schnellen Verbreitung dieses sprachenübergreifenden Systems (Simon, 2010). Heutzutage gehört der Big Five Ansatz zur Erfassung der Persönlichkeit zum Standardtestverfahren in den USA und auch in Europa erfreut es sich immer weiterer Beliebtheit, sodass es mittlerweile das am häufigsten verwendete Verfahren zur Beschreibung der Persönlichkeit darstellt (Rammstedt et al. 2004). Ursächlich hierfür ist die gute Zuverlässigkeit, hohe Gültigkeit und hohe Objektivität dieses diagnostischen Verfahrens (Simon 2010). Wie bereits beschrieben, bestehen die Big Five aus fünf Persönlichkeitsdimensionen, welche wiederum aus sechs Facetten bestehen. Im folgenden Abschnitt sollen diese näher vorgestellt werden.

2.2.2.1 Die fünf Dimensionen der Big Five

Um die Persönlichkeitsdimensionen einer Person als Ganzes zu erfassen, benötigt es die Messung der Facetten. Da jede Dimension aus sechs Facetten besteht, kann ein Extremwert in einer Skala (z.B. Geselligkeit) durch einen anderen Skalenwert (z.B. Durchsetzungsfähigkeit) kompensiert werden (Simon, 2010). Auch bei den Kurzfragebögen zur Erfassung der Big Five wurde bei der Entwicklung darauf geachtet, möglichst viele Facetten mit den Fragen abzudecken. Im Folgenden werden nun alle fünf Dimensionen vorgestellt.

Verträglichkeit

Die Verträglichkeit beschreibt ein interpersonelles Verhalten (Ramstedt et al. 2013) und das Streben nach einem Zusammenhalt (Pervin et al. 2005). Die sechs Facetten der Dimension Verträglichkeit umfassen Vertrauen (misstrauisch bis vertrauensvoll gegenüber anderen), Moral (bedeckt bis aufrichtig), Altruismus (egozentrisch bis altruistisch), Entgegenkommen (antagonistisch bis kooperativ), Bescheidenheit (überlegen bis bescheiden) und Mitgefühl (distanziert bis mitfühlend), (Simon 2010). Personen mit hohen Werten zeichnen sich dadurch aus, anderen entgegenzukommen, sie sind warmherzig und hilfsbereit (Simon 2010). Eine niedrige Ausprägung geht demnach mit Misstrauen und Distanziertheit einher.

Offenheit für neue Erfahrungen

Mit dieser Dimension wird das Bestreben einer Person nach neuen Erfahrungen, sowie die aktive Suche und Aufgeschlossenheit etwas Neuem gegenüber, bewertet (Pervin et al. 2005). Die sechs Facetten für die Offenheit für Erfahrungen umfassen Fantasie (pragmatisch im Hier und Jetzt leben bis visionär sein), Ästhetik (künstlerisch wenig Interesse bis schätzen der Kunst), Emotionalität (sachlich bis gefühlsbetont), Veränderungsbereitschaft (konservativ bis zieht Neues vor), Intellektualismus (pragmatisch bis spekulativ) und Liberalismus (traditionell bis liberal), (Simon 2010). Personen mit hohen Werten auf dieser Dimension besitzen Fantasie und Ästhetik, zeigen Gefühle und Ideenreichtum (Rammstedt et al. 2012). Den Gegenpol bilden Personen mit festen Ansichten, Konservatismus und wenig Interesse an Neuem (Rammstedt et al. 2013).

Extraversion

Bei der Extraversion werden die interpersonellen Interaktionen hinsichtlich ihrer Qualität und Intensität als auch dem Bedürfnis nach dieser bewertet (Pervin et al. 2005). Dabei ist der Begriff Extraversion bei den Big Five viel breiter als der Begriff in der Alltagssprache und beruht auf empirischen Korrelationen (Rammstadt et al. 2004). Die Extraversion bei den Big Five umfasst die Facetten: Herzlichkeit (reserviert bis freundlich), Geselligkeit (zurückgezogen bis gesellig), Durchsetzungsfähigkeit (zurückhaltend bis bestimmt), Aktivität (ruhig bis hoher Grad an Aktivität), Lebenshunger (selbstgenügsam bis abenteuerlustig) und Frohsinn (nüchtern bis heiter), (Rammstedt et al. 2012; Simon 2010). Personen mit einer stark ausgeprägten Extraversion sind gesellig, aktiv und liebevoll. Personen mit einer niedrigen Ausprägung der Extraversion sind eher reserviert, schüchtern und distanziert (Pervin et al. 2005).

Neurotizismus

Die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus misst, wie emotional labil eine Person reagiert (Rammstedt et al. 2013). Diese Dimension beschreibt die emotionale Belastbarkeit und zeigt ein Ausmaß für die Ängstlichkeit an (Simon 2010). Es umfasst die Facetten Besorgtheit (entspannt bis ängstlich), Erregbarkeit (gelassen bis reizbar), Pessimismus (optimistisch bis pessimistisch), Befangenheit (ungezwungen bis gehemmt), Exzessivität (beherrscht bis ungezügelt) und Vulnerabilität (stressresistent bis verletzlich), (Simon 2010). Personen mit hohen Werten im Neurotizismus sind nervös, reizbar und vulnerabel. Demgegenüber sind Personen mit niedrigen Werten entspannt, optimistisch, stressresistent (Pervin et al. 2005).

Gewissenhaftigkeit

Die Gewissenhaftigkeit bewertet das zielorientierte Handeln einer Person hinsichtlich des Ausmaßes der Organisation, Permanenz und Motivation (Pervin et al. 2005). Die Facetten der Gewissenhaftigkeit umfassen Kompetenz (verunsicherbar bis selbstüberzeugt), Ordnung (chaotisch bis systematisch), Pflichtbewusstsein (locker bis gewissenhaft), Leistungsstreben (gleichgültig bis erfolgsorientiert), Selbstdisziplin (zerstreut bis konzentriert) und Sorgfalt (planlos bis sorgfältig), (Simon 2010). Personen mit einem hohen Wert in der Gewissenhaftigkeit zeichnen sich durch Kompetenz, Pflichtbewusstsein und Selbstdisziplin aus. Personen mit einem niedrigen Wert sind nachlässig, gleichgültig und unbeständig (Rammstedt et al. 2013).

Die Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen und ihrer Facetten wirken sich auf das Fühlen, Denken und Verhalten einer Person aus. Dabei können sich die unterschiedlichen Ausprägungen zwischen den Facetten, aber auch zwischen den Dimensionen, gegenseitig stärken, ausgleichen und in die entgegengesetzte Richtung verändern. Mit anderen Worten können z.B. hohe Werte beim Neurotizismus durch hohe Werte in der Gewissenhaftigkeit, ausgeglichen werden. Ebenso können niedrige Werte, z.B. in der Extraversion und niedrige Werte bei der Offenheit für Erfahrungen, sich gegenseitig negativ verstärken. Diese Interaktion zwischen den Persönlichkeitsdimensionen findet in der Forschung zu Persönlichkeitstypen Beachtung. Deshalb sollen in dieser Arbeit explorativ auch die Persönlichkeitstypen betrachtet werden, da diese eine Kombination aus mehreren Dimensionen darstellen. Für die vorliegende Arbeit wurden die Persönlichkeitstypen nach Torgersen (2000) ausgewählt, welche eine Kombination der Dimensionen Extraversion, Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit darstellen. In der Forschung zum Thema Rauchen und zur Stressvulnerabilität haben sich diese drei Dimensionen als zentrale Parameter erwiesen (Vollrath und Torgersen 2002).

2.2.3 Die Persönlichkeitstypen nach Torgersen

Bei den Persönlichkeitstypen nach Torgersen werden insgesamt acht Typen mit Hilfe der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit erstellt. Mittels Mediansplit werden die drei Dimensionen jeweils in hohe und niedrige Ausprägungen unterteilt. Anschließend erfolgt eine Kombination der Dimensionen miteinander. Einen Überblick über die acht Persönlichkeitstypen und den jeweiligen Ausprägungen bei den Persönlichkeitsdimensionen zeigt die nachfolgende Grafik (Abb. 11).

Die blauen Pfeile zeigen dabei an, ob eine Dimension hoch oder niedrig ausgeprägt ist. So entsteht z.B. der Spectator Type durch die Kombination einer niedrigen Extraversion (E) mit einem niedrigen Neurotizismus (N) und einer niedrigen Gewissenhaftigkeit (G).

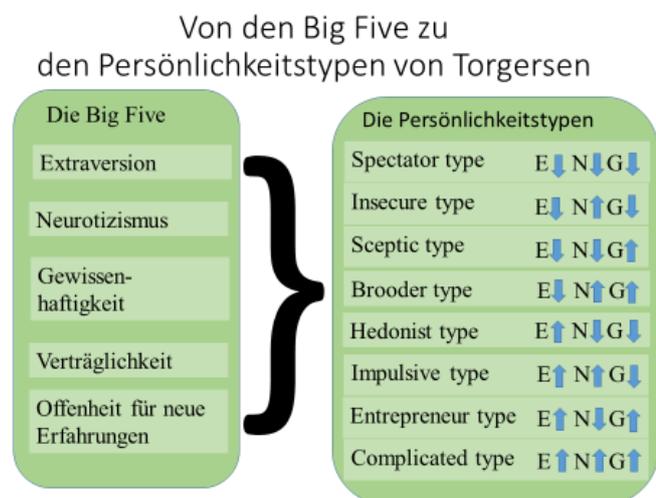


Abbildung 11: von den Big Five zu den Persönlichkeitstypen

Im Folgenden erfolgt eine Kurzbeschreibung der acht Persönlichkeitstypen nach Vollrath und Torgersen (2002; 2000).

1. Spectator Type– der Zuschauer

Der Spectator Type zeigt niedrige Ausprägungen in allen drei Persönlichkeitsdimensionen. Diese Personen besitzen eine niedrige Extraversion, wenig Neurotizismus und eine niedrige Gewissenhaftigkeit. Bezogen auf ihr Verhalten zeigt sich, dass dieser Persönlichkeitstyp wenig auf andere Personen oder Schlüsselsituationen (situational cues) eingehen kann. Die Spectators sind nicht sehr emotional und zeichnen durch ein schwaches Interesse an sozialen Normen und geringer Ambitionen bezüglich der Arbeit aus.

2. Insecure Type – der Unsichere

Der Insecure Type besitzt niedrige Werte bei der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit, aber hohe bei dem Neurotizismus. Diese Personen sind schüchtern und gehemmt. Dabei sind sie von den Meinungen anderer Menschen sowie den zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig und übermäßig sensibel bezüglich ihrer eigenen mentalen oder physischen Erfahrungen. Die Erfahrungen sind häufig mit negativen Emotionen verbunden.

3. Sceptic Type – der Zweifler

Der Sceptic Type zeigt eine niedrige Extraversion und wenig Neurotizismus, aber eine hohe Gewissenhaftigkeit. Dieser Persönlichkeitstyp verhält sich gegenüber anderen Personen eher verschlossen, selbstsicher und ist emotional stabil. Die Sceptics sind gut darin, ihr Leben zu gestalten, neigen jedoch gelegentlich dazu, rigide zu sein.

4. Brooder Type – der Grübler

Der Brooder Type hat niedrige Werte bei der Extraversion, aber hohe beim Neurotizismus und der Gewissenhaftigkeit. Brooder sind schüchtern und introvertiert, ambivalent und unsicher. Dieser Persönlichkeitstyp ist sehr gewissenhaft, neigt jedoch dazu, über jede Entscheidung zu grübeln und gibt leicht auf, sobald es schwierig wird.

5. Hedonist Type – der Streber nach Sinnlust (Hedonist)

Der Hedonist Type besitzt eine hohe Extraversion, aber niedrige Ausprägungen bei dem Neurotizismus und der Gewissenhaftigkeit. Der Hedonist ist sozial kompetent, lustorientiert, emotional und körperlich robust, aber auch eine unzuverlässige Person.

6. Impulsive Type– der Impulsive

Der Impulsive Type besitzt sowohl bei der Extraversion als auch beim Neurotizismus hohe Werte und niedrige bei der Gewissenhaftigkeit. Der Impulsive Type ist lustorientiert und besitzt ein erhöhtes Beachtungsbedürfnis. Zudem besitzt dieser Persönlichkeitstyp wenig Kontrolle über die eigenen emotionalen Reaktionen, sobald es sozialer Rückmeldungen bedarf. Diese Personen erscheinen chaotisch und unbeständig.

7. Entrepreneur Type – der Unternehmer

Der Entrepreneur Type hat hohe Ausprägungen bei der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit, aber niedrige beim Neurotizismus. Dieser Persönlichkeitstyp ist sozial gefestigt, denkt unabhängig, beherrschend, besonnen, zielorientiert und erfolgreich. Der Entrepreneur Type zeigt Talent in der Führung.

8. Complicated Type – der Komplizierte

Der Complicated Type zeigt in allen drei Persönlichkeitsdimensionen hohe Werte. Dieser Persönlichkeitstyp ist emotional stark, zeigt jedoch gelegentlich emotionale Ausbrüche mit darauf folgenden Schuldgefühlen. Der Complicated Type ist kontaktfreudig, einfühlsam, von Anderen abhängig, gewissenhaft und ordnungsliebend.

Nachdem nun die Entstehung der Persönlichkeitsforschung sowie die Begrifflichkeiten geklärt sind, soll in den folgenden Punkten der Einfluss der Persönlichkeitsausprägungen auf die Berufswahl, auf das Gesundheitsverhalten, besonders hinsichtlich des Stressempfindens und des Tabakkonsums sowie der Einfluss auf die Änderungsbereitschaft betrachtet werden. Hierfür werden einleitend die Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung im Lebensverlauf vorgestellt.

2.2.4 Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit im Lebensverlauf

Die Ausprägungen in den Persönlichkeitsdimensionen gehen systematisch mit verschiedenen Faktoren einher. So konnte in unterschiedlichen Studien ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Dimensionen Neurotizismus und Verträglichkeit nachgewiesen werden. Frauen erreichen im Durchschnitt höhere Werte bei diesen beiden Dimensionen (Schlese 2012; Rammstedt et al. 2012; Drieling et al. 2007). Obwohl die Ausprägungen in den Persönlichkeitsdimensionen relativ stabil sind und mit steigendem Alter an Stabilität gewinnen

(Rammstedt et al. 2004; Rammsayer und Weber 2010), konnte dennoch nachgewiesen werden, dass das Alter einer Person einen Einfluss auf die Ausprägungen der Dimensionen besitzt. Studienübergreifend kann festgestellt werden, dass mit steigendem Alter die Werte im Neurotizismus und der Gewissenhaftigkeit zunehmen und in der Extraversion und Offenheit für Erfahrungen abnehmen (Martin et al. 2000; Schlese 2012; Drieling et al. 2007; Rammstedt et al. 2012). Unterschiedliche Ergebnisse gab es bei der Verträglichkeitsdimension, diese nahm bei einigen mit steigendem Alter zu (Martin et al. 2000) und blieb bei anderen Studien auf einem konstanten Niveau (Schlese 2012).

Die Persönlichkeitsentwicklung ist nicht mit der Pubertät abgeschlossen, verlangsamt sich jedoch. Mit steigendem Alter festigt sie sich immer weiter (Rammsayer und Weber 2010). Gründe für eine zunehmende Stabilität sind u.a. die abnehmende Anzahl an neuen Erfahrungen, sprich eine zunehmende Konstanz der Umwelt (Rammsayer und Weber 2010). Auch der konstante Einfluss genetischer Faktoren und die gefestigten Eigenschaften einer Person, wie z.B. die emotionale Stabilität, tragen zu der Konstanz bei. Darüber hinaus sorgt eine zunehmende Passung zwischen der Person und seiner Umwelt dafür, dass Personen mit zunehmendem Alter immun gegen Veränderungen werden. Sie besitzen mit der Zeit ein klar ausgeprägtes Selbstkonzept, filtern neue Informationen nach konsistenten Mustern und stabilisieren sich dadurch zunehmend weiter (Rammsayer und Weber 2010).

Generell kann bei den Veränderungen der Persönlichkeit zwischen individuellen und normativen Veränderungen unterschieden werden. Die individuellen Veränderungen beschreiben, wie sich eine Person in einem gewissen Zeitraum wandelt. Dies kann bspw. mittels einer Längsschnittstudie mit Messwiederholungen beobachtet werden. Demgegenüber beschreiben normative Veränderungen die Änderungen einer Vielzahl an Personen in einem bestimmten Kulturraum in einem bestimmten Zeitfenster (Salewski und Renner 2009). Dies kann zum einen durch historische Bedingungen, wie einschneidende politische Veränderungen geschehen. Durch die Teilung Deutschlands und den unterschiedlichen politischen Systemen in der BRD und der DDR waren die Bürger über eine gewisse Zeit durch einen bestimmten Kulturraum geprägt. Martin et al. (2000) berichteten noch zehn Jahre nach der Wiedervereinigung von regionalen Unterschieden bei den Dimensionen Neurotizismus, Offenheit und Gewissenhaftigkeit zwischen Probanden aus Leipzig (ehemalige DDR-Bürger) und Heidelberg (Bürger der BRD). Weitere normative Veränderungen entstehen durch biologische Reifungsprozesse, welche genetisch determiniert sind (Salewski und Renner 2009). Drittens entstehen normative Veränderungen durch regelhafte Veränderungen der

Umweltanforderungen, z.B. durch den Eintritt in das Berufsleben oder durch den Auszug aus dem Elternhaus (Salewski und Renner 2009).

Gerade hinsichtlich der vorliegenden Stichprobe ist die dritte normative Veränderung von zentraler Bedeutung. Die StudienteilnehmerInnen befinden sich am Beginn ihrer Pflegeausbildung und treten größtenteils zum ersten Mal in das Berufsleben ein. In diesem Zeitraum sind sie, u.a. durch die Lebensphase des „emerging adulthood“ (Arnett 2005), besonders empfänglich für Veränderungen, was im astra-Projekt genutzt wurde. Doch zunächst soll die theoretische Basis zu Persönlichkeit und Beruf dargelegt werden.

Die Berufswahl stellt für die jungen Erwachsenen eine weitreichende Entscheidung dar. Sie entscheidet über die individuellen Lebensverhältnisse und das soziale Prestige. Die Passung zwischen der Person und ihrem Beruf übt zudem einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit aus (Grant und Langan-Fox 2006). Es gibt unterschiedliche Theorien, welche sich mit der Passung zwischen der Person und seiner beruflichen Umwelt auseinandersetzen. Eine der bekanntesten Theorien ist die Berufswahltheorie von Holland, welche 1959 entwickelt und 1997 modifiziert wurde (Marcus 2011). Es sollen im nachfolgenden Punkt die zentralen Gedanken dieser Theorie (von 1997) vorgestellt werden.

2.2.5 Die Berufswahltheorie von Holland

John Holland geht in seiner Theorie davon aus, dass die individuellen Interessen und Fähigkeiten einer Person einen starken Einfluss auf die Berufswahl ausüben (Holland 1997, zit. nach McDaniel und Snell 1999). Das Interesse einer Person ist von den Persönlichkeitseigenschaften dieser, die sich mit der Zeit ausgebildet haben, sowie dem Verhalten dieser Person geprägt. Denn die Wahl bestimmter Umwelten, Aktivitäten und die Präferenz von bestimmten Persönlichkeitstypen wurden in einem bedeutenden Umfang durch die Persönlichkeitsausprägung der Person bestimmen (Mount et al. 2005). Um die Erforschung zu ermöglichen, werden die Charakteristika der Person und von dieser unabhängig auch der Umwelt erfasst und die Passung zwischen der Person und seiner Umwelt ermittelt (Marcus 2011). Die Formulierung „people make the environment“ verdeutlicht, dass die Klassifikation der Umwelt durch die Beschreibung der Personen, die dort arbeiten, geschieht (Gottfredson und Richards 1999, S. 60). Laut der Vorstellung dieser Theorie prägen die Interessen der MitarbeiterInnen in einem bestimmten beruflichen Umfeld die Charakteristika dieses Arbeitsumfeldes (Armstrong und Anthony 2009). Im Verständnis dieser Theorie stellen demnach Persönlichkeitsdispositionen und berufliche Interessen einen entscheidenden Faktor

beim Verständnis des menschlichen Arbeitsverhaltens dar. Sie beeinflussen die Wahl der Aufgaben und Aktivitäten, an denen sich die Person beteiligt, und die investierte Leistung und Ausdauer bei der Arbeitsbewältigung (Mount et al. 2005). Die Zufriedenheit einer Person mit ihrer Arbeit ist umso größer, je mehr berufliche Aufgaben und Kontexte mit den Interessen und Fähigkeiten übereinstimmen. Neben der Passung zwischen den Interessen einer Person und dem beruflichen Umfeld gibt dieses Modell auch Auskunft über die Interessen der Kollegen/Kolleginnen und MitarbeiterInnen. Das Passungsverhältnis zwischen der Person und der Umwelt entscheidet darüber, ob eine Personen in dem Arbeitsumfeld verbleiben möchte oder dieses verlässt und nach einem neuen Umfeld sucht, welches eher den persönlichen Interessen und Fähigkeiten entspricht (Kels et al. 2015; Hogan und Blake 1999). Mit anderen Worten erklärt die Theorie die Passung zwischen einer Person und seiner beruflichen Umwelt und versucht darüber hinaus, Aussagen über die berufliche Entwicklung anhand von Schlüsselfaktoren zu treffen (Gottfredson und Richards 1999; Hogan und Blake 1999).

Insgesamt gibt es in dem Modell sechs Persönlichkeitstypen, welche durch charakteristische Interessensmuster, Kompetenzen und Verhaltensweisen beschrieben werden. Auch die berufliche Umwelt kann analog hierzu diesen charakteristischen Merkmalen zugeordnet werden. Es wird somit davon ausgegangen, dass die Persönlichkeitstypen bestimmte berufliche Interessen besitzen und das Verhalten eines Persönlichkeitstyps mit einer facettenreichen Orientierung verbunden ist. Dies zeigt sich auch in der Wahl der Aufgaben und Aktivitäten der Personengruppe. Dabei entscheiden sie sich für die Umwelt, die Personen vereinigt, die ihnen ähnlich sind (Mount et al. 2005).

Es erfolgt somit zum einen eine Beurteilung und Klassifikation der Person, aber eben auch der beruflichen Umwelt. Dabei sind weder Personen noch die berufliche Umwelt nur einem Interessentyp zuzuordnen (Gottfredson und Richards 1999).

Die sechs Typen bzw. die sechs Umwelten nach Holland

Das Berufsmodell von Holland wird auch als RIASEC-Modell bezeichnet. Der Name RIASEC steht für die Anfangsbuchstaben der sechs Persönlichkeitstypen: „Realistic“, „Investigative“, „Artistic“, „Social“, „Enterprising“, „Conventional“. Jeder Persönlichkeitstyp ist charakterisiert durch bestimmte Interessen, Eigenschaften, Glaubenssysteme und beruflichen Präferenzen (McKay und Tokar 2012). Das Tool zur Messung der Umwelt ist das „Position Classification Inventory“ (Gottfredson 1999). Im Folgenden sollen die sechs Typen vorgestellt werden.

	<i>Realistic</i>	<i>Investigativ</i>
Aspekte:	- technisch-anwendungsbezogen	- forschend-wissenschaftlich
Hat Interessen an:	<ul style="list-style-type: none"> - physische Aktivitäten (technikaffin) - Beschreibung technischer Details und Funktionsweisen von Dingen - Lösung von konkreten / realen Problemen - arbeiten, die mit ihren Händen, Werkzeugen und Maschinen verbunden sind - Arbeit mit Tieren (naturverbunden) 	<ul style="list-style-type: none"> - genauer Analyse wissenschaftlicher Thematiken (wie entdecken, entwickeln und forschen) - an gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen (analytisches Interesse) - der Anreicherung neuen Wissens
Eigenschaften:	<ul style="list-style-type: none"> - anwendungs- und handlungsbezogen, pragmatisch, konkret und direkt - motorisch befähigt, mechanisch, technisch oder athletisch begabt 	<ul style="list-style-type: none"> - wissbegierig, analytisch, präzise, methodisch interessiert, ausdauernd, kritisch, technisch, verbal bewandert - geleitet vom Wunsch neues Wissen zu dokumentieren und zu generieren, Fehler zu beheben, komplexe Zusammenhänge zu analysieren und zu verstehen
Berufswahl:	- handwerkliche und technische Berufe	<ul style="list-style-type: none"> - Berufe mit hohen intellektuellen Anforderungen - naturwiss. und math. Berufe, Medizin und Wissenschaft - analytische oder intellektuelle Arbeiten - Ziel: der Fehlerbehebung oder der Erschaffung und Nutzung neuen Wissens
Berufliches Umfeld sucht Personen, die:	<ul style="list-style-type: none"> - traditionelle Werte besitzen - mit Maschinen oder Werkzeugen arbeiten können - technische Kompetenzen besitzen oder entwickeln - nicht unbedingt gut mit Menschen umgehen können. 	<ul style="list-style-type: none"> - analytisch und methodisch denken - Prozesse und Zusammenhänge kritisch hinterfragen und zu verstehen versuchen

	Artistic	Social
Aspekte:	- künstlerisch-unkonventionell	- sozial, auf andere ausgerichtet
Hat Interessen an:	<ul style="list-style-type: none"> - der Auseinandersetzung mit der Kunst und nutzen diese zum Selbstausdruck - der Erbringung literarischer, artistischer oder musikalischer Leistungen - Innovationen und Kreativität (besitzen innovative oder kreative Fähigkeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> - dem gesellschaftlichen Zusammenleben und zwischenmenschlichen Beziehungen - intensiver Zusammenarbeit mit anderen Menschen - Interaktion und Kommunikation (besitzen gute zwischenmenschliche Kompetenzen und empathische Fähigkeiten) - der Übernahme von Verantwortung und anderen zu helfen (heilen, unterrichten, als Mentor betreuen) - der Lösung von Problem eher auf emotionaler Ebene oder durch soziale Aktivitäten als intellektuell - der Arbeit mit Menschen und vermeiden die Arbeit mit Maschinen und Werkzeugen
Eigenschaften:	- phantasievoll, kreativ, emotional expressiv, unkonventionell und ästhetisch	- gesellig, empathisch, freundlich, sozial - suchen Anerkennung und Beachtung
Berufswahl:	<ul style="list-style-type: none"> - bevorzugen die geistige oder kreative Arbeit (Musik, Schreiben, Darstellen, Skulpturen oder unstrukturierten intellektuellen Bemühungen) - Kulturberufe und künstlerische Tätigkeiten 	- Bildung, Lehre und Erziehung (Pädagogen, Sozialarbeiter, gemeinnützige Arbeit)
Berufliches Umfeld sucht Personen, die:	<ul style="list-style-type: none"> - ausdrucksvoll, unkonventionell, originell und introspektiv sind - ästhetische Werte besitzen 	<ul style="list-style-type: none"> - die sich für das Wohlbefinden anderer einsetzen - gerne mit anderen arbeiten und bestrebt sind, Menschen zu unterstützen

	<i>Enterprising</i>	<i>Conventional</i>
Aspekte:	- erfolgsorientiert, auf Spaß ausgerichtet	- auf Regeln und Struktur ausgerichtet
Hat Interessen an:	<ul style="list-style-type: none"> - gesellschaftlichen Errungenschaften und technischen und wirtschaftlichen Erfolge - unternehmerischen Kompetenzen (Realisierung von Zielen, Mitarbeiterführung) - überzeugen und manipulieren anderer, - Übernahme von Verantwortung und sehen dabei weniger Dinge problematisch, wodurch Schwierigkeiten leichter überwunden werden - pragmatischen und schnellen Lösungen und vermeiden komplexe und langwierige intellektuelle Auseinandersetzungen sowie symbolische und systematische Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> - strukturierte Umgebungen mit klaren Regeln, Routinen und Grenzen - Büroarbeit, der Umsetzung von Standards und Leistungen - der systematischen Arbeit mit Daten, erledigen gerne Aufgaben, nutzen Dinge oder Maschinen zur Vorhersage organisatorischer Fragen oder Standards - pragmatischen Aufgaben (vermeiden künstlerische Aufgaben)
Eigenschaften:	- erfolgsorientiert, verantwortungsbewusst, selbstbewusst, extrovertiert, leistungsorientiert, zielorientiert, dominant	- ordnungsorientiert, konventionell, organisiert, zuverlässig, harmonieorientiert
Berufswahl:	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzen, Status, Geschäftsideen, Verkauf, Führung und Wirtschaft - Unternehmer, Manager, Öffentlichkeitsarbeit, Immobilienmakler, Hotelier 	<ul style="list-style-type: none"> - Struktur, Ordnen, Archivieren und Sammeln → Bank- und Versicherungsangestellte, Buchhalter, Controller, Serviceangestellte
Berufliches Umfeld sucht Personen, die:	<ul style="list-style-type: none"> - andere gut überzeugen und manipulieren können - zielorientiert und gewinnorientiert agieren 	<ul style="list-style-type: none"> - klassische hierarchische Strukturen suchen - stark strukturierte Büroarbeit lieben und gerne organisatorische sowie datenverarbeitende Aufgaben bearbeiten

(Quelle: Schwippert et al. 2013; Kels et al. 2015; Gottfredson und Richards 1999; Barrick et al. 2003)

Das RIASEC–Modell: Ein Modell als Hexagon

Die Darstellung als Hexagon dient dazu, die Persönlichkeitsdispositionen und Ähnlichkeiten zwischen den Typen und den Umwelten zu systematisieren (Gottfredson und Richards 1999). In dem Modell zeigen die Typen zum einen bestimmte Präferenzen, als auch Interessen und Persönlichkeitseigenschaften (McKay und Tokar 2012).

Die sechs Persönlichkeitstypen von Holland sind in einem Hexagon angeordnet (Larson et al. 2002). Dabei demonstriert die Position im Hexagon auch die psychologische Distanz zwischen den Typen oder Umwelten. Je näher sich bestimmte Persönlichkeiten im Hexagon stehen, desto ähnlicher sind sich diese (z.B. Realistic – Conventional). Jene, die sich gegenüberstehen, sind sich demnach am unähnlichsten, z.B. Realistic – Social, (Gottfredson und Richards 1999).

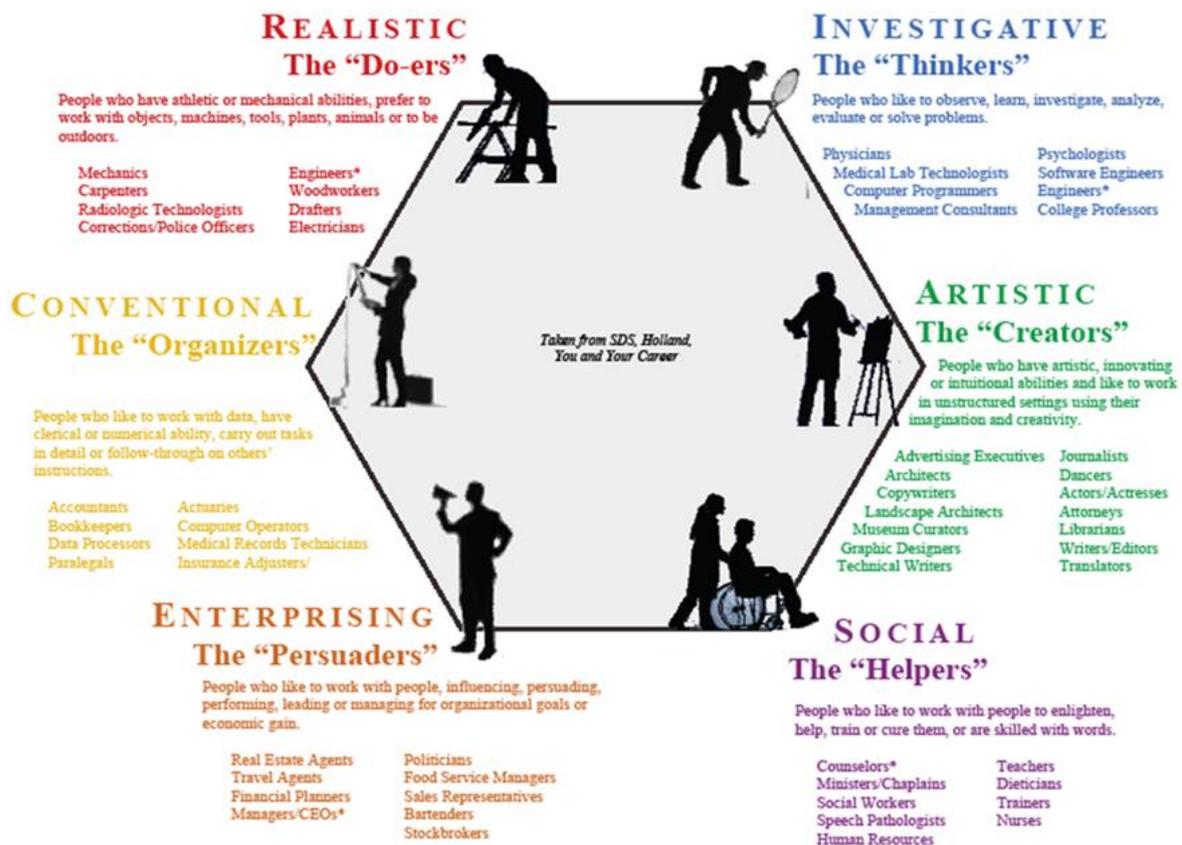


Abbildung 12: Schematische Darstellung der RIASEC-Typen (Quelle: Career Service Office 2015)

Bedeutung des Modells für die Forschung und Praxis

Insgesamt hat sich das RIASEC-Modell als robust erwiesen (Hogan und Blake 1999). Die Beziehungen zwischen den Hauptpersönlichkeitseigenschaften und Interessen sind systematisch und robust. Auch die Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt können abgebildet werden. Eine Erklärung für die enge Beziehung zwischen der Person und seiner Umwelt wäre, dass Personen (unbewusst) motiviert sind, von einer Gruppe akzeptiert zu werden und danach streben, sich einen Status aufzubauen. Unterschiede bei den individuellen Fähigkeiten zeigen sich in dem beruflichen Werdegang einer Person (Hogan und Blake 1999).

Die Bedeutung dieses Messinstruments zeigt sich in der vielseitigen Nutzung des Tools, z.B. bei der Mitarbeiterentwicklung und Karriereforschung, sowie der Tatsache, dass dieses in viele Sprachen übersetzt wurde (Gottfredson 1999, McDaniel und Snell 1999). Das RIASEC-Modell kann als konkurrenzlos betrachtet werden (Gottfredson und Richards 1999). Dennoch besitzt dieses Modell einige Kritikpunkte und lässt Fragen offen. So setzt es ein stabiles Passungsverhältnis zwischen der Persönlichkeit und der beruflichen Umwelt voraus. In der heutigen Zeit gibt es zunehmend diskontinuierliche und flexibel verlaufende Karrieren, die nur schwer mit diesem Modell erfasst und abgebildet werden können (Kels et al. 2015).

Die sechs Persönlichkeitstypen von Holland können auch in Verbindung zu den Big Five gebracht werden. Einige Studienergebnisse hierzu sollen im nachfolgenden Punkt näher erläutert werden.

2.2.6 Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Berufswahl

Anhand der Forschungsergebnisse verschiedener Studien und Metaanalysen kann geschlussfolgert werden, dass ein Zusammenhang zwischen den Big Five und den sechs Interessentypen existiert. Gleichwohl sind sich die unterschiedlichen Forscher uneins über die Zuordnung der Persönlichkeitsdimensionen und zu den Interessentypen und über die Stärke der Korrelation. Die nachfolgende Tabelle 1 verdeutlicht die wichtigsten Ergebnisse aus verschiedenen Studien.

Tabelle 1: Beziehung zwischen den BIG Five und dem RIASEC-Modell (eigene Zusammenfassung anhand der zitierten Literatur)

Big Five	Korrelation: Interessenstypen und Big Five	Quellen
<i>Extraversion</i>	Positiv mit Entrepreneur Type	Barrick et al. 2003, S. 45; Mount et al. 2005, S. 463; Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357; Larson et al. 2002, S. 232
	Positiv mit Social Type	Mount et al. 2005, S. 463; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357; Larson et al. 2002, S. 232
	Positiv mit Conventional Type	Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357
	Negativ mit Investigative Type	Hogan und Blake 1999, S. 46
<i>Offenheit für neue Erfahrungen</i>	Positiv mit Artistic Type	Barrick et al. 2003, S. 45; Mount et al. 2005, S. 463; Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357; Larson et al. 2002, S. 232
	Positiv mit Investigativ Type	Barrick et al. 2003, S. 45; Mount et al. 2005, S. 463; Hogan und Blake 1999, S. 46; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357; Larson et al. 2002, S. 232
	Positiv mit Social Type	Barrick et al. 2003, S. 45; Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357
	Negativ mit Conventional Type	Barrick et al. 2003, S. 45; Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93
<i>Verträglichkeit</i>	Positiv mit Social Type	Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93; Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357
	Positiv mit Artistic Type	Armstrong und Anthony 2009, S. 355–357
	Negativ mit Entrepreneur Type	Barrick et al. 2003, S. 45
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	Positiv mit Conventional Type	Hogan und Blake 1999, S. 46; Fruyt und Mervielde 1997, S. 93
	Positiv mit Enterprising Type	Fruyt und Mervielde 1997, S. 93
<i>Neurotizismus</i>	Negativ mit Enterprising Type	Fruyt und Mervielde 1997, S. 93
	Negativ mit Conventional Type	Fruyt und Mervielde 1997, S. 93
<i>Nicht repräsentiert</i>	Nicht repräsentiert	Hogan und Blake 1999
	Realistic Type	Barrick et al. 2003

Es lassen sich somit studienübergreifend Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und den beruflichen Interessenstypen des RIASEC-Modells nachweisen (McKay und Tokar 2012). Dabei sind die Zusammenhänge besonders stark zwischen Extraversion und Entrepreneur Type sowie Offenheit für neue Erfahrungen und einen künstlerischen Typ. Mount (2005) schließt aus seinen Studienergebnissen, dass die RIASEC-Typen und die Persönlichkeitsdimensionen mit denselben Grundmotiven

einhergehen, die dahinterstehenden Motivationen (Mitarbeit im Team vs. Leiten des Teams) jedoch unterschiedlich sein können. Dennoch soll nicht unerwähnt bleiben, dass es Doppelungen gibt, wie z.B. beim social type, der sowohl positiv mit der Extraversion, als auch positiv mit der Offenheit für neue Erfahrungen, korreliert. Zudem ließ sich keine Dimension dem realistic type zuordnen und nur eine Studie fand Zusammenhänge zwischen dem Neurotizismus und den Typen des RIASEC-Modells.

Larson et al. (2002) weisen aufgrund ihrer Ergebnisse aus der Metastudie darauf hin, dass in keiner Einzelfallstudie eine Varianzaufklärung von über 34% gefunden werden konnte. Demnach stehen die Persönlichkeitsdimensionen zwar in einer Beziehung zum RIASEC-Modell, können jedoch nicht durch diese universell ersetzt werden.

In einigen Studien konnten leichte Geschlechtsunterschiede bei den Überlappungen der beiden Modelle festgestellt werden (McKay und Tokar 2012; Fruyt und Mervielde 1997; Larson et al. 2002). So korrelierten z.B. bei den Frauen höhere Neurotizismuswerte negativ mit der Entrepreneurskala (Fruyt und Mervielde 1997). Zudem waren die Zusammenhänge zwischen den Conventional Type und der Gewissenhaftigkeit bei den Männern positiver als bei den Frauen (Larson et al. 2002).

Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem beruflichen Werdegang vermuten.

2.2.7 Der Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Arbeit

Da das Arbeitsumfeld den RIASEC-Typen zugeordnet werden kann, gibt die berufliche Interessensmessung eine Auskunft über das Passungsverhältnis der Person mit dem Berufsfeld und den Kollegen/Kolleginnen. Zudem ermöglicht es Vermutungen hinsichtlich des Potentials und des beruflichen Werdegangs zu äußern (Hogan und Blake 1999). Demnach kann ein entscheidender Einfluss der Persönlichkeitsausprägung auf den Grad der Arbeitszufriedenheit und Motivation angenommen werden. Wie in Studien nachgewiesen, tendieren Personen mit hohen Werten in Gewissenhaftigkeit oder niedrigen Werten im Neurotizismus eher dazu, mit den Arbeitsbedingungen zufriedener zu sein, als wenig Gewissenhafte oder Personen mit hohen Neurotizismuswerten. Auch hohe Werte in Extraversion und Verträglichkeit korrelieren positiv mit der Arbeitszufriedenheit (Rammstedt et al. 2012). Eine Betrachtung kombinierter Persönlichkeitsdimensionen zeigt, dass steigender Neurotizismus bei niedriger Verträglichkeit zu einer signifikanten Erhöhung

bei der Jobunzufriedenheit führt. Die gleiche Regression jedoch mit einer hohen Verträglichkeit zeigte keine Veränderung bei der Jobunzufriedenheit (Grant und Langan-Fox 2006). Demnach ist es sinnvoll, die Persönlichkeitsdimensionen kombiniert in Form von Persönlichkeitstypen, zu analysieren. In Bezug auf die Persönlichkeitstypen zeigt der Entrepreneur Type die höchsten Werte bei der Jobzufriedenheit. Der Spectator Type besaß im Durchschnitt die höchste Jobunzufriedenheit (Grant und Langan-Fox 2006). Hohe Neurotizismuswerte gehen auch mit einem höheren Rollenkonflikt und einem stärkeren Gefühl der Überarbeitung sowie negativ mit einer emotionalen Bindung an das Unternehmen einher (Hudek-Knežević et al. 2011). Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit korrelieren positiv mit einer emotionalen Bindung an die Unternehmen (Hudek-Knežević et al. 2011). Und hohe Werte bei der Offenheit können als Ressource für den Verbleib in der Einrichtung fungieren, da diese Personen besser den Stress bewältigen und mehr Ressourcen in stressigen Situationen aktivieren können (Hudek-Knežević et al. 2011). Auch eine geringe Gewissenhaftigkeit kann schützend gegenüber emotionaler Erschöpfung wirken und dadurch zu einem Verbleib in der Einrichtung führen. Demgegenüber korrelieren hohe Neurotizismuswerte positiv mit Absentismus. Auch die Einschätzung der eigenen Leistung korreliert positiv mit Gewissenhaftigkeit und negativ mit Neurotizismus (Rammstedt et al. 2004). Dabei sind niedrige Verträglichkeitsausprägungen und in einem geringeren Umfang auch niedrige Werte in Offenheit für neue Erfahrungen mit einer geringeren Leistungsfähigkeit bei den Krankenschwestern verbunden. Die Kombination von Persönlichkeitsdimensionen (besonders hohe Werte beim Neurotizismus) und Rollenkonflikt bzw. Überarbeitung sagen eine reduzierte Leistungsfähigkeit vorher (Hudek-Knežević et al. 2011).

Hinsichtlich der Typen ist der Entrepreneur Type am wenigsten anfällig für körperliche Krankheit und ist am meisten gegenüber Belastungen resilient. Die höchste Anfälligkeit bei der körperlichen Krankheit findet sich beim Impulsive Type (Grant und Langan-Fox 2006).

Anhand dieser Forschungsergebnisse lässt sich schlussfolgern, dass eine emotionale Festigung des Pflegepersonals und eine Verbesserung der Stressbewältigungskompetenzen zu einer verbesserten Wahrnehmung ihrer Kompetenz und Leistung führen kann und sie darin stärken mag, besser mit den Arbeitsbedingungen zurechtzukommen. Zudem führt dies zu einer stärkeren Bindung an das Unternehmen (Hudek-Knežević et al. 2011). Eine Betrachtung der Persönlichkeiten in der Pflege ergab hohe Werte in Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit und je nach Studie in der Extraversion (González Gutiérrez et al. 2005) oder der Offenheit für neue Erfahrungen (Hudek-Knežević et al. 2011).

Insgesamt ist aus der bisherigen Forschung bekannt, dass sich hohe Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit positiv auf die arbeitsbezogenen Variablen (Leistung, Abwesenheit, Zufriedenheit) auswirken. Die Analyse der Persönlichkeitsausprägung bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen könnte demnach Hinweise für die Erklärung der Zufriedenheit mit der Arbeit oder für die überproportionalen Überlegungen des Jobwechsels geben (Barrick et al. 2003).

Die Erforschung der Persönlichkeit ist seit Beginn (Hippokrates) an eng mit der Erforschung des Gesundheitszustandes und -verhaltens verbunden (Salewski und Renner 2009). Im folgenden Abschnitt werden die Theorien und aktuelle Forschungsergebnisse zur Gesundheitspsychologie vorgestellt.

2.2.8 Theorien der Gesundheitspsychologie

In der Gesundheitspsychologie geht es um die Erklärung, Vorhersage und Förderung der Kompetenzen einer Person und deren eigenen Wohlbefindens sowie der eigenen Gesundheit. Dabei werden die Individuen unterstützt besser mit Belastungen umzugehen und angeleitet einen aktiveren Lebensstil zu praktizieren (Renneberg und Hammelsein 2006). Es kann grob zwischen zwei Blickwinkeln unterschieden werden: der Pathogenese und der Salutogenese.

Die Pathogenese ist die dominierende wissenschaftliche Perspektive und beschreibt verschiedene Krankheitsmodelle (Faltermaier und Salisch 2005). Hier erfolgt eine Klassifikation nach gesund und krank und erst wenn jemand krank ist und Symptome zeigt, wird er zum Gegenstand ärztlichen Interesses. Krankheiten können durch exogene und endogene Pathogene, wie genetische Defekte, biologische Erreger, chemische Stoffe und Noxen, physikalische Traumen oder psychosoziale Merkmale ausgelöst werden. Dabei legt jede Krankheit eine spezifische Behandlungsform nahe, welche (idealerweise) die Ursache bekämpfen soll. Es ist somit die Aufgabe, eine Krankheit zu identifizieren und zu bekämpfen (Faltermaier und Salisch 2005).

Ende der 1970er Jahre kritisierte Antonovsky diesen Ansatz, da dieser

- 1) auf die Krankheit aufbaut und dies unzureichend ist, da bereits ein Drittel der Bevölkerung krank ist und
- 2) die Aufmerksamkeit für die gesunden Menschen fehlt. Er bestätigt die Gedanken der Pathogenese, dass Krankheiten meist durch multiple Faktoren ausgelöst werden und fordert darauf aufbauend

3) eine Verlagerung der Aufmerksamkeit hin zur Prävention.

Der Grundgedanke ist, dass es nicht möglich sein wird, alle Ursachen für die Krankheiten zu finden und zu beseitigen. Deshalb fordert er zusätzlich zur Pathogenese eine stärkere Orientierung hin zur Salutogenese (Faltermaier und Salisch 2005).

Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage, warum Menschen gesund bleiben und das trotz Risiken und Gefährdungen. Demnach wird nach gesunderhaltenden Faktoren gesucht und der Forschungsblick richtet sich weg von den Risiken und Stressoren hin zu den salutogenen Einflüssen und Ressourcen, um so die Gesundheit und nicht die Krankheit zu erklären (Faltermaier und Salisch 2005; Falmaier 2017).

Diesen beiden Ansätzen können, wie in der Tabelle 2 erkennbar, unterschiedliche Paradigmen und Modelle zugeordnet werden. Für die vorliegende Arbeit sollen jeweils ein Paradigma und ein Modell vorgestellt werden, die eine theoretische Grundlage für diese Arbeit bilden.

Tabelle 2: Paradigmen und Modelle der Gesundheitspsychologie (Faltermaier und Salisch 2005)

	Pathogenese	Salutogenese
Paradigmen	Biopsychosoziales Krankheitsmodell	Paradigma der Salutogenese
Modelle	Transaktionales Stressmodell	Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Den Anfang sollen die Paradigmen bilden. Zunächst werden die Grundgedanken des biopsychosozialen Krankheitsmodells vorgestellt.

2.2.8.1 Das biopsychosoziale Krankheitsmodell

Gegen Ende der 1970er Jahre entwickelte Engel das biopsychosoziale Krankheitsmodell als Weiterentwicklung des biomedizinischen Krankheitsmodells (Faltermaier und Salisch 2005). Er vertritt die Auffassung, dass die Entstehung und der Verlauf einer Krankheit zu einem entscheidenden Faktor durch biologische, psychologische und soziale Faktoren beeinflusst werden (ICHS International Cultural-historical Human Sciences 2013).



Abbildung 13: Biologische, psychische und soziale Faktoren in der Pflege

In seinem Modell ergänzte Engel das biomedizinische Modell hinsichtlich der folgenden sechs Anforderungen:

- 1) Statt einer ausschließlich somatischen Betrachtung soll eine Krankheit als ein menschliches Erleben aufgefasst werden, welches maßgeblich durch psychologische, biologische und soziale Faktoren bestimmt wird.
- 2) Demnach ist eine wissenschaftliche Analyse des Verhaltens sowie psychosozialer Informationen für die Behandlung des Leidens und der biochemischen Prozesse notwendig.
- 3) Da die Lebensumstände einen entscheidenden Einfluss beim Ausbruch und Verlauf einer Krankheit spielen, sollten diese stets mit erfasst werden.
- 4) Die Berücksichtigung der psychologischen und der sozialen Faktoren können dazu beitragen, Unterschiede zum einen bei der Krankheitswahrnehmung und zum anderen beim Krankheitsverlauf zu erklären.
- 5) Da eine Heilung nicht allein durch die Beseitigung des biochemischen Defektes erfolgt, müssen diese Faktoren auch bei der Genesung der Patienten/Patientinnen Beachtung finden.
- 6) Engel betont dabei die Bedeutung des Arzt-PatientInnen-Verhältnisses. Sowohl das Verhalten des Arztes, als auch seine Beziehung zum Patienten/zur Patientin, haben einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg.

Demnach betrachtet dieses Modell nicht mehr nur ausschließlich den Patienten/der Patientin, sondern auch den Einfluss des sozialen Umfelds und der Komplementärsysteme, wie das Gesundheitssystem oder die Arztrolle (Faltmaier und Salisch 2005).

2.2.8.2 Das Paradigma der Salutogenese

Während Personen bei der Pathogenese nur den Kategorien „krank“ oder „gesund“ zugeordnet werden, bewegt sich ein Individuum bei der Salutogenese auf der gesamten Gesundheitsskala. Dabei sind die Maximalausprägungen „gesund“ und „krank“.

Das Paradigma der Salutogenese bezeichnet vier zentrale Komponenten zur Erklärung von Gesundheitsverhalten:

- 1) Die multidimensionale Betrachtung der Gesundheit, welche dazu dient, die Gesundheit sowohl als erklärende aber auch als abhängige Variable zu sehen.
- 2) Stress besitzt nicht nur einen pathogenen Einfluss, sondern kann bei einer erfolgreichen Bewältigung auch salutogene Auswirkungen haben.
- 3) Das erste Kernstück dieses Ansatzes sind die allgemeinen Widerstandsressourcen, welche Personen, Gruppen und Umwelt beschreiben, die wirksame

Spannungsbewältigung erleichtern können. Dies können z.B. genetische, konstitutionelle oder psychosoziale Ressourcen sein, wie Intelligenz, Coping-Fähigkeiten, soziale Bindungen oder präventive Gesundheitsorientierungen.

- 4) Das zweite Kernstück der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl. Dieses geht davon aus, dass auf Grundlage der Ressourcen Lebenserfahrungen der Konsistenz, Teilhabe und Balance von Anforderungen gemacht werden. Aufgrund dieser Erfahrungen entwickeln sich eine relativ stabile Lebensorientierung und ein Gefühl der Kohärenz. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten und beschreibt die tiefe Überzeugung, dass das eigene Leben verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist. Bei dem Kohärenzgefühl handelt es sich um ein relativ konsistentes Merkmal eines Individuums, welches auf der Basis der elementaren Einstellungen zum eigenen Leben entsteht und einen starken Einfluss auf den Umgang mit Belastungen ausübt. Je stärker dieses Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto besser kann die Person die gestellten Anforderungen bewältigen und desto besser kann die Person die verfügbaren Ressourcen aktivieren, sodass sich die Person auf der Gesundheitsskala in Richtung Gesundheit bewegt (Faltermaier und Salisch 2005; Falmaier 2017).

Dieses Paradigma beschreibt einen komplexen Prozess, bei dem sich alle Komponenten aufeinander beziehen und in Wechselwirkung zueinander stehen und Rückkoppelungen besitzen. So kann bspw. eine dauerhafte Gesundheit auch zu einer Ressource werden (Faltermaier und Salisch 2005; Falmaier 2017).

Stress und Stressreaktionen

Bevor im Punkt 2.2.9.1 auf das transaktionale Stressmodell eingegangen wird, sollen kurz die damit in Verbindung stehenden Begriffe geklärt werden. Der Begriff „Stress“ im medizinischen Sinne wurde erstmals von Selye eingeführt und beschrieb die Auswirkungen von Belastungen auf den Lebenden. In seinen Forschungen untersuchte er den Einfluss von körperlichen und psychischen Belastungen auf körperliche Veränderungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Person. Er fand entscheidende Belege für diesen Zusammenhang und konnte zudem aufzeigen, dass andauernde Belastungen ein entscheidendes Gesundheitsrisiko darstellen können (Kaluza 2007). Stress entsteht aus der Interaktion einer Person mit dem Anforderungscharakter der Umwelt (Schandry 2016) und besteht aus drei Teilen, den Stressoren, der Stressreaktion und den persönlichen Stressverstärkern. Die Stressoren sind *„Anforderungen, deren erfolgreiche Bewältigung wir als subjektiv bedeutsam, aber unsicher einschätzen“* (Kaluza 2007, S. 9). Die Stressreaktion

stellt „eine auf viele Stressoren generalisierte Anpassungsreaktion [dar], bei den u.a. endokrinen und neuronalen Reaktionen in koordinierter Weise ablaufen. Durch diese Abstimmung von Parametern des Stoffwechsels, des Immunsystems und des Verhaltens wird der Organismus in die Lage versetzt, adäquat auf die gestellte Anforderung zu reagieren.“ (Schandry 2016, S. 318). Die Stressreaktion bewirkt demnach eine „allgemeine Aktivierung, die sich in charakteristischen Veränderungen von körperlichen Funktionen, von Gedanken und Gefühlen und im Verhalten zeigt“ (Kaluza 2007, S. 11).

Es kommt somit zu einer Veränderung der körperlichen und psychischen Funktionen, um dadurch besser auf die gestellten Anforderungen reagieren zu können. Das heißt, dass z.B. die vermehrte Freisetzung von Hormonen, wie Kortisol, und eine erhöhte Energieausschüttung und veränderte Immunreaktionen, auf Dauer dem Immunsystem schaden können und Krankheiten auslösen (Knoll, Nina und Schwarzer 2005). Dieser Vorgang soll beispielhaft durch die Entstehung eines Magengeschwürs erklärt werden. Durch langanhaltenden Stress aufgrund von organisatorischen Gegebenheiten, wie dem Personalmangel in der Pflege, kann es zu einer Veränderung des Verhaltens kommen (mehr Rauchen und weniger gesunde Pausen oder Erholungsphasen) und eine Veränderung der Physiologie auslösen (erhöhte Magentätigkeit, niedrigeres Hungergefühl und schwächer werdendes Immunsystem). Dies kann auf Dauer zu einer Übersäuerung des Magens führen und begünstigt die Entstehung eines Magengeschwürs. Mit anderen Worten kann die dauerhaft misslungene Bewältigung eines Stressors zu einem psycho-physischen Ungleichgewicht führen und dadurch die Person (zum Teil chronisch) erkranken (Schandry 2016). Ob und wann es zu einer Krankheitsentwicklung kommt und wie lange diese Erkrankung andauert, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Unter anderem spielen die persönlichen Stressverstärker, wie die Motive, Einstellungen und Bewertungen einer Person, eine entscheidende Rolle bei der Stressverarbeitung. Sie stellen einen Erklärungsansatz für die unterschiedlichen Stressreaktionen einer Person auf die unterschiedlichen Stressoren dar (Kaluza 2007). Auch die Persönlichkeit der Person spielt bei der Stressreaktion und der Krankheitsentstehung eine entscheidende Rolle. Bspw. besteht ein positiver Zusammenhang zwischen hohen Neurotizismuswerten und der Entwicklung von Erkrankungen (Schandry 2016).

2.2.9 Der Einfluss der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten

Da es sich bei der Persönlichkeit eines Menschen, wie oben beschrieben, um Merkmale handelt, welche sich im Fühlen, Denken und Verhalten des Menschen widerspiegeln, liegt die Hypothese nahe, dass sich die Persönlichkeit auf die Gesundheit einer Person auswirkt. Wie in der Geschichte der Persönlichkeitsforschung beschrieben, entstand diese aus der Medizin und hatte immer wieder Verbindungen zu dieser hergestellt. Besonders deutlich wird dies in Eysencks Forschungen zur Hemmungstheorie oder der „arousal theory“ (Rammsayer und Weber, 2010). Gerade in den letzten Jahren erlebte die Forschung zur Persönlichkeit und Gesundheit einen deutlichen Aufschwung.

Durch eine Vielzahl an Studien konnte der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und der Gesundheit oder dem Gesundheitsverhalten wiederholt bestätigt werden. Bereits 1994 fassten Friedman et al. die Ergebnisse folgendermaßen zusammen: *"The most current research suggests that certain people are psychologically vulnerable or resilient as a result of a combination of temperament and early socialization."* (S. 37). Ob jemand vulnerabel oder resilient in einer Situation reagiert, liegt somit an der Persönlichkeit und den frühen Sozialisationserfahrungen. Anhand der Persönlichkeitsmerkmale kann der Gesundheitsstatus, z.B. die Lebensdauer oder das Auftreten schwerwiegender Erkrankungen vorhergesagt werden (Maas und Spinath, 2012; Friedman et al., 1994). Stabile Charaktere sind dabei meist gesünder und leben länger, als instabile (Friedman et al., 1994). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Personen mit chronischen Erkrankungen meist feindseliger und niedergeschlagener sind. Personen mit einem ungesunden emotionalen Verhalten sind dabei einem erhöhten Risiko für Erkrankungen ausgesetzt. Auch bei der Erholung von Operationen oder lebensbedrohenden Krankheiten konnte ein Zusammenhang mit den Persönlichkeitsausprägungen bestätigt werden (Friedman et al., 1994). Maas und Spinath konnten in ihrer Studie zeigen, dass das Gesundheitsverhalten einer Person in einem bestimmten Maß den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Gesundheit aufklärt (2012). Bei der Entscheidung, ob die eigene Gesundheit gefördert oder Krankheit verhindert werden soll, spielt auch die Persönlichkeit in Verbindung mit der aktuellen gesundheitlichen Situation der Person eine zentrale Rolle (Lauriola et al., 2005). Neben der Vermeidung gesundheitsschädigenden Verhaltens und der aktiven Förderung der Gesundheit, konnte ein zentraler Einfluss der Persönlichkeit auf ein riskantes Gesundheitsverhalten nachgewiesen werden (Vollrath und Torgersen, 2002). Vollrath und Torgersen (2002) erklären diesen Zusammenhang mit dem unterschiedlich ausgeprägten

Bedürfnis nach Stimulation und Selbstkontrolle. Dabei stellt eine niedrige Gewissenhaftigkeit einen Langzeitprädiktor für riskantes Gesundheitsverhalten dar. D.h. eine hohe Gewissenhaftigkeit schützt vor dem Eingehen von Gesundheitsrisiken. In ihrer Studie fanden sie auch signifikante Unterschiede in Bezug auf das Gesundheitsverhalten zwischen ihren acht Persönlichkeitstypen (Vollrath und Torgersen, 2002).

Neben diesen objektiv messbaren Gesundheitsindikatoren konnten González Gutiérrez et al. (2005) die zentrale Bedeutung der Persönlichkeit als den stärksten Einflussfaktor auf das subjektive Wohlbefinden nachweisen. Besonders ausschlaggebend waren die Ausprägungen auf die Dimensionen Extraversion und Neurotizismus. Hohe Werte auf der Skala Offenheit für Erfahrungen kann sowohl positive als auch negative Gefühle hervorrufen. González Gutiérrez et al. erklären dies mit der Tatsache, dass durch die Offenheit sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht werden können. Der Einfluss der Persönlichkeit auf das subjektive Wohlbefinden ist insgesamt größer als der Einfluss der Persönlichkeit auf die physische Gesundheit, wobei Korotkov und Hannah (2004) in ihrer Studie nachwiesen, dass dieser Einfluss schwindet, sobald autoregressive Variablen mit aufgenommen werden.

Um das Gesundheitsverhalten mit Hilfe der Persönlichkeit bestmöglich vorherzusagen, können entweder die Persönlichkeitsdimensionen oder die einzelnen Eigenschaften (die jeweiligen Facetten einer Dimension) zur Erklärung herangezogen werden.

Wasylikiw und Fekken (2002) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Persönlichkeitsdimensionen sich besser zur Vorhersage genereller Gesundheitsmaßnahmen eignen, während die Facetten besser die Durchführung spezifischen Gesundheitsmaßnahmen vorhersagen. Auch bei ihrer Studie zeigt sich eine zentrale Bedeutung von Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit für das Gesundheitsverhalten. Andere Studien belegen positive Zusammenhänge der Dimensionen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für Erfahrungen mit der Gesundheit und negative mit der Dimension Neurotizismus (Maas und Spinath, 2012; Grant und Langan-Fox, 2006). Das Gesundheitsverhalten wiederum beeinflusst die habituelle Gesundheit. In Bezug auf die habituelle Gesundheit, gemessen an der Ernährung oder der sportlichen Aktivität, zeigen sich indirekte Effekte von Offenheit für Erfahrungen und der Gewissenhaftigkeit (Maas und Spinath, 2012).

Dennoch betont Hampson (2013) Einschränkungen zur Forschung des Zusammenhangs zwischen der Gesundheit und der Persönlichkeit. So konnten die bisherigen Studien keine Aussagen über die Richtung geben. Es ist somit bisher ungeklärt, ob die Persönlichkeit die

Gesundheit oder die Gesundheit die Persönlichkeit erklärt. Zudem sind mögliche Störfaktoren nicht außer Acht zu lassen. Somit ist es zielführend, die genauen Bedingungen, z.B. in denen eine hohe Gewissenhaftigkeit zu einem besseren Gesundheitsverhalten führt, mit zu erfassen und zu beschreiben. Bezüglich der Persönlichkeitsmodelle fügt Schneider (2006) kritisch an, dass diese nur wenig spezifische Aussagen zur Gesundheit machen. „*Sie geben nur indirekte Hinweise auf Gesundheit, die dann insbesondere Aspekte der seelischen Gesundheit fokussieren*“ (Schneider 2006, S. 422).

Dennoch ist der Einbezug der Persönlichkeitseigenschaften in die Gesundheitsforschung von zentraler Bedeutung, denn dieses „*would provide a broader and deeper understanding of the mechanisms by which personality traits contribute to health outcomes. This understanding would inform the development of interventions to promote healthful personality traits and trait processes*“ (Hampson 2013, S. 269).

Im Rahmen dieser Arbeit soll die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten in Bezug auf Stressvulnerabilität und Tabakkonsum betrachtet werden. Dabei löst nicht jeder Reiz in jeder Situation eine Stressreaktion aus. Zur Erklärung der individuellen Unterschiede beim Umgang mit Stress soll nun das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkmann vorgestellt werden.

2.2.9.1 Das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkmann

Beim transaktionalen Stressmodell handelt es sich um ein kognitives Modell, welches sich mit der Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Problemlösung von Reizen auseinandersetzt (Lazarus und Folkmann 1984 zitiert nach Busse, Plaumann und Walter 2006). Laut dieser Theorie sind Reize mit einer bestimmten Intensivität nicht automatisch auch Stressauslöser, vielmehr entscheidet die persönliche Interpretation darüber, ob Stress empfunden wird. Stress entsteht immer dann, wenn die Anforderungen der Umwelt die Fähigkeiten und Ressourcen einer Person übersteigen (Kaluza 2015). Somit spielt die soziale Umwelt eine entscheidende Rolle, da eine Person in einer reziproken Interaktion mit dieser steht. Die persönliche Wahrnehmung und Bewertung der Person entscheidet über das persönliche Stresserleben. Dabei kommt es zu einem Stresserleben, wenn eine Situation zu stark von den individuellen Sollwerten abweicht. Die Sollwerte beschreiben die individuellen Unterschiede in den Ausprägungen der Grundbedürfnisse (z.B. Selbstverwirklichung, Zugehörigkeit und Autonomie). Es kommt somit zu einer ständigen Veränderung des persönlichen Stresserlebens (Busse, Plaumann und Walter 2006).

Die Beurteilung einer Situation erfolgt anhand von drei Bewertungen (primäre Bewertung, sekundäre Bewertung und Neubewertung), die jedoch weder einer zeitlichen Abfolge angehören, noch sich in ihrer Relevanz unterscheiden. Bei diesem Bewertungsprozess handelt es sich nicht unbedingt um einen bewussten Vorgang. Vielmehr läuft dies automatisiert ab, ohne dass dies der Person bewusst wird. Dieser Vorgang kann jedoch bewusst reflektiert und somit eine Einwirkung ermöglicht werden (Busse, Plaumann und Walter 2006). Damit es zu einer stressbezogenen Bewertung kommt, müssen die gestellten Anforderungen für die Person relevante Aspekte betreffen (Bedürfnisse, Ziele, Lebensbereiche) und die Person muss sich unsicher sein, ob die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen für eine erfolgreiche Bewältigung ausreichen (Kaluza 2015).

Das transaktionale Stressmodell ist in Abbildung 14 vereinfacht dargestellt. Trifft ein bestimmter Reiz auf eine Person, wird der Reiz bei der primären Bewertung untersucht, ob dieser neutral, positiv oder stresshaft ist. Ist der Reiz stresshaft, erfolgt eine Einteilung, ob es eine Herausforderung, Bedrohung oder einen Schaden darstellt. Es kommt somit zu einer stressbezogenen Auseinandersetzung, wobei zunächst versucht wird, durch ein routinemäßiges Verhalten den Ausgangszustand wiederherzustellen. Ist dies nicht erfolgreich, wird eine alternative Verhaltensweise ausgewählt. Die entsprechenden Reaktionen (z.B. Flucht, Verleugnung, Angriff) sind abhängig von den Bewältigungsstrategien, die einer Person zur Verfügung stehen. Die Wirksamkeit und Anzahl der Bewältigungsstrategien einer Person sind von der Selbstwirksamkeitserwartung dieser abhängig. Wird die Selbstwirksamkeitserwartung als eher gering eingeschätzt, geht die Person davon aus, die Situation nicht adäquat bewältigen zu können und die sekundäre Bewertung des Ereignisses fällt negativ aus. Demnach kommt es zu einer Stress auslösenden Bewertung. Durch die Aufnahme neuer Informationen kann eine Neubewertung desselben Ereignisses herbeigeführt werden. Sollten jedoch auch weitere Versuche zur Rückkehr zum ursprünglichen Zustand scheitern, kommt es zu einer pathologischen Anpassung. Die Person verändert demnach den individuellen Sollwert durch bspw. die Anpassung des eigenen Leistungsdenkens. Bei allen Bewertungs- und Lösungsprozessen spielen das soziale Umfeld mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und intrapersonalen Merkmalen eine zentrale Rolle (Busse, Plaumann und Walter 2006, Schulz 2005).

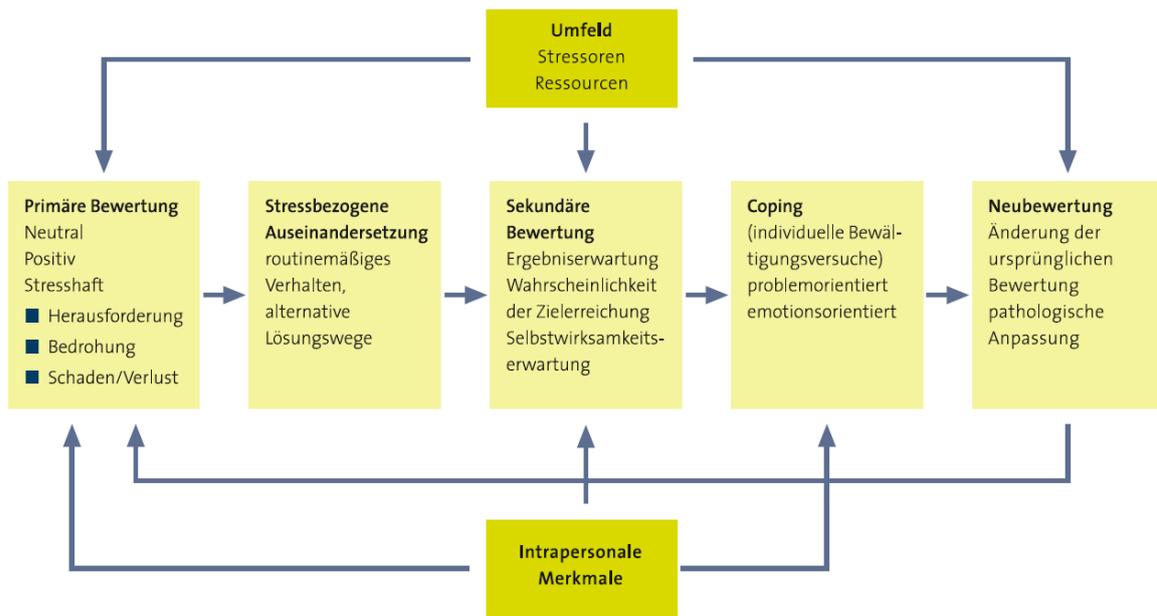


Abbildung 14: Transaktionale Stressmodell (Busse, Plaumann und Walter 2006)

Neben der Stressreaktion beschäftigt sich die Theorie mit dem Coping, also der Stressbewältigung. Es kann zwischen dem problemorientierten und emotionsorientierten Coping unterschieden werden. Während sich problemorientiertes Coping mit der sozialen Umwelt auseinandersetzt oder intrapersonale Strategien oder Handlungspläne umsetzt, umfasst die emotionsorientierte Bewältigung die kognitive Auseinandersetzung mit der Situation durch Vermeidung, Distanzierung oder positiver Umdeutung, aber auch die Stressbewältigung mittels Sport oder Meditation sind dieser Bewältigungsstrategie zuzuordnen (Busse, Plaumann und Walter 2006).

In den meisten Situationen erscheinen problemorientierte Bewältigungsstrategien als gewinnbringender, aber auch emotionsorientiertes Coping hat positive Aspekte. So kann durch emotionsorientiertes Coping kurzfristig eine Bewältigung erreicht werden. Auch bei Problemen, die nicht mehr zu ändern sind (Verlust eines Familienangehörigen), kann eine kognitive Auseinandersetzung, z.B. in Form einer Einstellungsänderung, helfen. Für eine langfristige Lösung einer Situation ist jedoch eine problemorientierte Bewältigungsstrategie von Vorteil. Durch diese Methode können alternative Lösungswege generiert werden. Dieses führt zu einem gestärkten Selbstwirksamkeitsgefühl, sodass bei einem wiederholten Auftreten der gleichen Situation die primäre Bewertung dieser positiv ausfällt. Wird eine Situation fortwährend vermieden oder verleugnet, kann dies langfristig zu gesundheitlichen Konsequenzen führen. Dauerhafte Belastungen bei gleichzeitigem Fehlen effektiver Copingmethoden können zu chronischen Stresserkrankungen führen, welche zur Heilung bestimmter Verhaltensmodifikationen benötigt werden und die oft über langjährige

therapeutische Interventionen, u.a. zur Stressbewältigung und kognitiver Umstrukturierung, realisiert werden können (Schandry 2016).

2.2.10 Persönlichkeit und Stress

Die Ausführungen im vorangegangenen Punkt über den Einfluss der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten einer Person konnten Evidenzen dafür zeigen, dass die Persönlichkeit sowohl die Gesundheit als auch das Gesundheitsverhalten ebenso wie die Regeneration der Gesundheit beeinflussen können. Wie oben bereits geschildert, ist Stress in den Pflegeberufen allgegenwärtig. Ein Resultat von zu viel Stress kann die Erkrankung an Burnout sein. Eine Studie von Hudek-Knežević et al. (2011) mit Krankenschwestern in Kroatien untersuchte den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Burnout und konnte jedoch nur eine Korrelation zwischen der Persönlichkeit und reduzierter Leistungsfähigkeit als ein Prediktor von Burnout nachweisen.

Andere Studien konnten jedoch einen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Stressempfinden ebenso wie dem Copingverhalten nachweisen (Penley und Tomaka, 2002; Karimzade und Besharat, 2011; Grant und Langan-Fox, 2006). Eine länderübergreifende Studie von Glazer et al. (2004) zeigen länderübergreifend, dass Personen des Persönlichkeitstyps A (aggressiv, feindselig, stets unter Zeitdruck) mehr Stress auf der Arbeit empfinden als Personen des Typ B (easy going, locker, entspannt bei der Aufgabenerledigung). Generell ergab diese Studie, dass der Typ A mit einer externen Kontrollüberzeugung (Locus Of Control) unter den Pflegern/Pflegerinnen am weitesten verbreitet war. Ein externer Locus of Control betrifft meist Angestellte mit wenig Einfluss und sozialen Aufstiegschancen, welches genau auf die Pflegekräfte zutrifft. Diese ungünstige Persönlichkeitskombination beeinflusst den Stress am Arbeitsplatz zusätzlich negativ (Glazer et al., 2004).

Bezogen auf die einzelnen Dimensionen der Big Five zeigen sich unterschiedliche Zusammenhänge und Verhaltensweisen. Die Forschungslage ist hier inkonsistent. Besonders wichtig im Zusammenhang mit Stress und Copingstrategien erwiesen sich in den meisten Studien die Dimensionen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit (Brebner, 2001). Diese Dimensionen eignen sich für die Vorhersage von Überlastungskriterien (Korotkov, 2008). Im Folgenden soll der aktuelle Forschungsstand zu den fünf Dimensionen zusammengefasst werden.

Neurotizismus

Studien zeigten positive Korrelationen zwischen Neurotizismus und Stress. Penley und Tomaka (2002) zeigten, dass sich positive Korrelation zwischen dem hohen Neurotizismus und bestimmten Emotionen der Beunruhigung, wie Angst, Schuld, Selbsthass ebenso wie emotionsfokussiertem Coping, z.B. Strategie des Vermeidens, messen lassen (Vollrath et al., 1995; Leandro und Castillo, 2010, Karimzade und Besharat, 2011). Negativ korreliert hoher Neurotizismus mit dem wahrgenommenen Verhalten und dem wahrgenommenen Coping (Brebner, 2001) sowie aufgabenfokussierten Coping und lösungsorientierten Ansätzen, wie z.B. eine positive Neuinterpretation (Leandro und Castillo, 2010).

Extraversion

Hohe Extraversion korreliert negativ mit dem wahrgenommenen Stress und den Emotionen, wie Angst und Scham (Penley und Tomaka, 2002). Demgegenüber korreliert es positiv mit problemfokussierten und emotionsfokussierten Coping (Karimzade und Besharat, 2011), mit Gefühlen wie Fröhlichkeit und Stolz, den wahrgenommenen Fähigkeiten des Copings, dem wahrgenommenen Verhalten, der wahrgenommenen Verantwortung für die Kontrolle über bestimmte Aufgaben und der Bewertung des Verhaltens anderer Personen sowie der Zufriedenheit mit dem Umgang der Situation (Penley und Tomaka, 2002).

In Bezug auf die Erfassung der Persönlichkeit anhand des Big Five-Ansatzes konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen den Copingstrategien und dieser Dimension bestätigt werden (Leandro und Castillo, 2010; Karimzade und Besharat, 2011).

Offenheit

Hohe Offenheit korreliert negativ mit dem wahrgenommenen Stress und den Emotionen von Beunruhigung, ebenso wie mit der wahrgenommenen Aufgabenanforderung und dem passiven Coping in Form des Aussitzens (Brebner, 2001). Dagegen korreliert es positiv mit den wahrgenommenen Copingfähigkeiten, mit dem aktiven Coping (z.B. mit problemfokussierten Copingstrategien), mit der wahrgenommenen Verantwortung für die Kontrolle über die Aufgaben und mit der Bewertung des eigenen Umgangs mit der Situation, ebenso wie die Bewertung des gezeigten Verhaltens durch andere Personen (Penley und Tomaka, 2002). Andere Forscher konnten jedoch keine Zusammenhänge zwischen der Offenheit für Erfahrungen und dem Coping mit Stress nachweisen (Leandro und Castillo, 2010).

Verträglichkeit

Hohe Verträglichkeit steht in einem positiven Zusammenhang mit dem Gefühl der Glückseligkeit und mit emotions-fokussierten Copingstrategien, wie dem passiven Abwarten und der Suche nach sozialer Unterstützung (Penley und Tomaka, 2002). Allerdings konnte dieser Zusammenhang nicht bei allen Studien gefunden werden (Leandro und Castillo, 2010).

Gewissenhaftigkeit

Hohe Gewissenhaftigkeit steht in einem negativen Zusammenhang mit wahrgenommenem Stress und Angst. Zudem werden bei einer niedrigen Ausprägung der Gewissenhaftigkeit Aufgaben als schwerer beurteilt und die Bewertung einer Aufgabe fällt negativer aus (Penley und Tomaka, 2002). Laut Leandro und Castillo (2010) korreliert Gewissenhaftigkeit negativ mit dem aufgabenfokussierten Coping und dem emotionsfokussierten Coping. Demgegenüber beschreiben Karimzade und Besharat (2011) einen positiven Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem problemfokussierten Coping sowie einen negativen Zusammenhang mit dem negativen emotionsfokussierten Coping. Positive Korrelationen fanden sie mit lösungsorientierten Ansätzen, wie einer positiven Neuinterpretation oder der Zunahme von aktiven Copingstrategien. Zudem konnten positive Zusammenhänge mit dem aktiven Coping und den wahrgenommenen Copingfähigkeiten nachgewiesen werden (Penley und Tomaka, 2002). Dabei korreliert Gewissenhaftigkeit positiv mit aufgabenfokussiertem Coping und negativ mit emotionsfokussiertem Coping (Brebner, 2001). Auch die wahrgenommene Verantwortung für die Kontrolle über Aufgaben und das wahrgenommene Verhalten korreliert positiv mit Gewissenhaftigkeit, ebenso wie positive Emotionen, wie Mitgefühl, Fröhlichkeit, Hoffnung und Stolz (Penley und Tomaka, 2002).

Da sich, wie oben beschreiben, die Werte zwischen den einzelnen Dimensionen der Persönlichkeit ausgleichen, verstärken oder umkehren können, ist es sinnvoll, auch den Umgang der unterschiedlichen Persönlichkeitstypen mit Stress zu betrachten. Vollrath und Torgersen (2000) konnten empirisch belegen, dass hoher Neurotizismus verbunden mit einer niedrigen Gewissenhaftigkeit zu mehr Stressempfinden und zu einem höheren Intra- und Interrollenkonflikt führen (Vollrath und Torgersen 2000, Grant und Langan-Fox, 2006). Demgegenüber geben Personen mit niedrigem Neurotizismus, hoher Extraversion und hoher Gewissenhaftigkeit an, stressresistenter zu sein und besitzen meist niedrige Intra- und Interrollenkonflikte (Grant und Langan-Fox, 2006). Personen mit hohen Werten in der Extraversion und hohen Werten bei der Gewissenhaftigkeit geben im Mittel höhere Werte beim problem-fokussierten Coping an. Dahingegen führten hohe Werte im Neurotizismus

und niedrige Werte bei der Gewissenhaftigkeit vermehrt zu dysfunktionalen Copingstrategien (Grant und Langan-Fox, 2006). Bezogen auf die einzelnen Persönlichkeitstypen nach Torgersen konnten die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Stressempfinden bzw. dem Umgang mit Stress bestätigt werden.

- 1) Der **Spectator Type** besitzt eine niedrige Vulnerabilität für Stress und verwendet eher passive Copingstrategien, wie sich zurückzuziehen oder zu kapitulieren (Vollrath und Torgersen, 2002; Vollrath und Torgersen, 2000). Sie besitzen die höchste Jobunzufriedenheit von allen Typen (Grant und Langan-Fox, 2006).
- 2) Der **Insecure Type** besitzt eine hohe Vulnerabilität für Stress. Zudem verwendet er ineffektive oder vermeidende Copingstrategien (Vollrath und Torgersen, 2002; Vollrath und Torgersen, 2000). Dabei gelingt ihm das positive Umdeuten am schlechtesten von allen Typen (Grant und Langan-Fox, 2006).
- 3) Der **Sceptic Type** gilt als resilient und zeigt eine niedrige Vulnerabilität. Er verwendet effektive Copingstrategien (Vollrath und Torgersen, 2002; Vollrath und Torgersen, 2000).
- 4) Der **Brooder Type** zeigt eine hohe Stressvulnerabilität und ist somit stressempfindlich. Er verwendet ineffektive Copingstrategien und neigt zu negativen Gefühlen (Vollrath und Torgersen, 2002; Vollrath und Torgersen, 2000).
- 5) Der **Hedonist Type** hat eine niedrige Vulnerabilität für Stress und nutzt effektive Copingstrategien (Vollrath und Torgersen, 2002; Vollrath und Torgersen, 2000).
- 6) Laut Vollrath und Torgersen (2002; 2000) gilt der **Impulsive Type** als sehr stressanfällig. Er besitzt somit eine hohe Vulnerabilität und verwendet dabei nur passive Bewältigungsstrategien. Dabei weist er von allen Typen die höchsten Werte bei der körperlichen Krankheit auf (Grant und Langan-Fox, 2006).
- 7) Beim **Entrepreneur Type** konnte eine niedrige Stressvulnerabilität gemessen werden. Dieser Persönlichkeitstyp ist stressresistent und verwendet erfolgreiche und effektive Copingstrategien (Vollrath und Torgersen, 2000; Vollrath und Torgersen, 2002; Grant und Langan-Fox, 2006). Er hatte die höchsten Werte beim positiven Umdeuten und ist am seltensten krank und mit der Arbeit am zufriedensten von allen Typen (Grant und Langan-Fox, 2006).
- 8) Vollrath und Torgersen konnten beim **Complicated Type** eine leichte Stressvulnerabilität messen. Dabei verwendet dieser Typ jedoch ein effektives Coping. Er reagiert flexibel und bewältigt Probleme erfolgreich (Vollrath und Torgersen, 2000; Vollrath und Torgersen, 2002).

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass der Insecure Type und der Impulsive Type am stressempfindlichsten sind und dabei ineffektive Copingstrategien verwenden. Demgegenüber geht der Entrepreneur Type am erfolgreichsten mit dem Stress um und bewältigt diesen souverän (Vollrath und Torgersen, 2000; Vollrath und Torgersen, 2002). Es soll jedoch betont werden, dass die Persönlichkeit allein nicht die Copingstrategien erklären kann. Auch andere externe Faktoren, wie die aktuelle Gefühlslage oder eine Passivität gegenüber Stress, ebenso wie die Herkunft bzw. das Herkunftsland und die Sozialisation vor Ort, beeinflussen das Stressempfinden und die Bewältigung einer Stresssituation (Vollrath et al. 1995; Glazer et al., 2004).

Möglicherweise könnte im Sinne einer Verhältnisprävention das Stressniveau bei den Individuen gesenkt werden, wenn die unabhängige Zielerreichung einer Person unterstützt wird und kein Konkurrenzkampf für den Erfolg nötig ist (Glazer et al., 2004). Im Sinne einer Verhaltensprävention raten Hudek-Knežević et al. (2011) dazu, Krankenschwestern emotional zu stärken. Auf diese Weise können sie in Stresssituationen besser reagieren und besitzen eine optimierte Wahrnehmung ihrer Kompetenz und Leistung und können sich schneller und sicherer an sich ändernde Arbeitsbedingungen anpassen.

Eine weitere Methode des versuchten Stressabbaus stellt das Rauchen dar. Im nächsten Punkt soll deshalb auf den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und den Ausprägungen der Persönlichkeitsdimension sowie zwischen dem Tabakkonsum und den Persönlichkeitstypen eingegangen werden.

2.2.11 Persönlichkeit und Tabakkonsum

Da im Rahmen der vorliegenden Studie der Fokus auf den Tabakkonsum unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen gerichtet wird, soll in diesem Punkt auf den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Tabakkonsum eingegangen werden. In verschiedenen Studien konnten unterschiedliche Ergebnisse zur Beziehung zwischen den einzelnen Persönlichkeitsdimensionen und dem Tabakkonsum gefunden werden. Die meisten Studien bestätigten einen positiven Zusammenhang zwischen einer hohen Gewissenhaftigkeit und einem niedrigen Tabakkonsum (Maas und Spinath, 2012). Tabakkonsum kann auch ein Indikator für das persönliche Angstlevel sein und ist demnach entsprechend höher bei Personen mit hohen Werten beim Neurotizismus (Allik, 2012; Maas und Spinath, 2012). Hohe Werte beim Neurotizismus könnten sowohl ein Grund für den Tabakkonsum als auch eine Folge dessen sein (Terracciano und Costa, 2004). Uneindeutig

ist der Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und der Extraversion, Offenheit oder der Verträglichkeit. Maas und Spinath (2012) fanden aber einen positiven Zusammenhang zwischen der Offenheit für Erfahrung und dem Tabakkonsum. Munafò und Black (2007) fanden in ihrer Längsschnittstudie eine zentrale Bedeutung der Extraversion und des Neurotizismus bei Langzeitrauchern/Langzeitraucherinnen. Terracciano und Costa (2004) konnten keinen Einfluss von Extraversion und Offenheit auf das Rauchverhalten nachweisen, fanden aber höhere Neurotizismuswerte und niedrige Werte bei Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit bei Rauchern/Raucherinnen und Ex-Rauchern/Ex-Raucherinnen. Diese Ergebnisse decken sich auch mit der Metaanalyse von Maloff et al. (2005). Sie fanden keinen Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Tabakkonsum in den USA und Kanada, wohl aber in Ländern, in denen das Rauchen sozial akzeptiert ist, wie z.B. Japan. Dahingegen konnten Shadel et al. (2004) in einer kleinen Studie mit Rauchenden (N=120) keinen Zusammenhang mit den Big Five und rauchbezogenen Variablen, wie mit der Konsummenge, dem Grad der Abhängigkeit oder dem Alter bei der ersten Zigarette, finden.

Vollrath und Torgersen (2002) vertreten die Annahme, dass eine variablenzentrierte Vorgehensweise, bei der jede Dimension für sich betrachtet wird, nicht ausreicht, um das rauchbezogene Verhalten einer Person zu erklären. Hohe Werte bei der einen Dimension können niedrige in einer anderen ausgleichen, nivellieren oder verstärken. Mit Hilfe einer Clusteranalyse anhand der Persönlichkeitstypen konnten sie bessere Aussagekraft erreichen als mit einer variablenzentrierten Vorgehensweise (Vollrath und Torgersen 2002).

Bezogen auf die Persönlichkeitstypen nach Torgersen (2002) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Typen und dem Rauchverhalten. Dabei lag die Anzahl der RaucherInnen (jemals, derzeitig und starke RaucherInnen) bei dem Insecure Type und dem Impulsive Type signifikant über dem der anderen Persönlichkeitstypen (Vollrath und Torgersen 2002). Diese beiden Typen bleiben auch vermehrt RaucherInnen nach einem Rauchstoppversuch, bzw. unternehmen diesen seltener (Terracciano und Costa, 2004). Der Insecure Type raucht zudem die meisten Zigaretten am Tag (Vollrath und Torgersen 2002). Demgegenüber raucht der Sceptic Type und der Brooder Type die wenigsten Zigaretten pro Tag. Interessanterweise gibt es viele RaucherInnen beim Complicated Type, allerdings scheint es sich hier vorrangig um GelegenheitsraucherInnen zu handeln, da die Zigarettenanzahl pro Tag eher niedrig ausfiel. Besonders viele Probierer zeigen sich beim Hedonist Type. Hier lag der Anteil der jemals RaucherInnen signifikant über dem der anderen Typen (Vollrath und Torgersen 2002).

Es kann somit festgehalten werden, dass sich unterschiedliche Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Tabakkonsum finden lassen. Am deutlichsten scheint der Zusammenhang zwischen dem Rauchen und dem Neurotizismus und der Gewissenhaftigkeit zu sein. Durch eine Clusteranalyse mit Hilfe der Persönlichkeitstypen kann die Schwäche einer variablenzentrierten Vorgehensweise weitgehend behoben werden. Es ist somit ratsam bei der Analyse des Rauchverhaltens und der Persönlichkeit die Dimensionen nicht nur einzeln für sich, sondern auch in Kombination zu betrachten. Da in dieser Arbeit eine Betrachtung der Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen in Bezug auf Stressoren und auf den Umgang mit Stress, u.a. dem Rauchen zum Stressabbau, stattfinden soll, werden die wichtigsten Ergebnisse zum aktuellen Forschungsstand noch einmal zusammengefasst.

2.2.12 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse zu Persönlichkeit und Gesundheit

Die Ausführungen zu Persönlichkeit und Gesundheit konnten für die Indikatoren Gesundheitsverhalten, Stress und Coping sowie den Tabakkonsum einen Zusammenhang mit den Ausprägungen auf die einzelnen Dimensionen nachweisen. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse bietet die nachfolgende Tabelle 3.

Tabelle 3: Big Five und Gesundheit

	Gesundheitsverhalten	Stress	Coping	Tabakkonsum
E	Hohe Werte in der Extraversion stehen in einem positiven Zusammenhang mit einem gesunden Lebensstil.	Stressunempfindlich	Problemfokussiertes und emotionsfokussiertes Coping	Hohe Extraversion führt zu Tabakkonsum (nur in Ländern in denen das Rauchen akzeptiert ist).
N	Hoher Neurotizismus steht in einem positiven Zusammenhang mit einem ungesunden Lebensstil.	Hohe Stressvulnerabilität emotionsfokussierten Coping	Emotionsfokussiertes Coping	Hoher Neurotizismus führt zu starkem Tabakkonsum.
G	Gewissenhaftigkeit steht in einem positiven Zusammenhang mit einem gesunden Lebensstil.	Stressunempfindlich	Problemfokussiertes Coping	Hohe Gewissenhaftigkeit korreliert negativ mit Tabakkonsum.
V	Verträglichkeit korreliert positiv mit einem gesunden Lebensstil.	Stressunempfindlich	Emotionsfokussiertes Coping	Niedrige Verträglichkeit und Tabakkonsum korrelieren positiv.
O	Offenheit führt Erfahrungen kann sowohl mit einem positiven als auch mit einem negativen Lebensstil im Zusammenhang stehen.	Stressunempfindlich	Passives Coping	Offenheit für Erfahrungen korreliert positiv mit dem Tabakkonsum (nicht durchgängig nachgewiesen).

Dennoch gibt es gerade hinsichtlich des Tabakkonsums zum Teil unterschiedliche Forschungsergebnisse. Eine besonders zentrale und klare Rolle spielen bei allen vier Kategorien die Dimensionen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit, aber auch für die Extraversion könnten überwiegend vergleichbare Ergebnisse ermittelt werden. Der Argumentation von Vollrath und Torgersen (2002) folgend, würden die unterschiedlichen Forschungsergebnisse zur Persönlichkeit und dem Tabakkonsum auf eine Nivellierung, Ausgleichung oder Verstärkung der Dimensionen untereinander zurückführbar sein. Eine Zusammenführung der drei Dimensionen Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Extraversion zu den acht Persönlichkeitstypen könnte dem entgegenwirken. Die zentralen Ergebnisse zu Stressempfindlichkeit, Coping und Tabakkonsum für die einzelnen Typen wurden in der unteren Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Die acht Persönlichkeitstypen nach Torgersen (Vollrath und Torgersen, 2000; Vollrath und Torgersen, 2002)

Persönlichkeits-typen	Extra-version	Neuroti-zismus	Gewissen-haftigkeit	Vulnera-bilität für Stress	Coping	Rauch-verhalten
Spectator Type	Niedrig	Niedrig	Niedrig	Niedrig	Ineffektiv	n.s.
Insecure	Niedrig	Hoch	Niedrig	Hoch	Ineffektiv	Hoch
Sceptic	Niedrig	Niedrig	Hoch	Niedrig	Erfolgreich	Niedrig
Brooder	Niedrig	Hoch	Hoch	Hoch	Ineffektiv	Niedrig
Hedonist	Hoch	Niedrig	Niedrig	Niedrig	Erfolgreich	Hoch (nur jemals)
Impulsive	Hoch	Hoch	Niedrig	Hoch	Ineffektiv	Hoch
Entrepreneur	Hoch	Niedrig	Hoch	Niedrig	Erfolgreich	n.s.
Complicated	Hoch	Hoch	Hoch	Etwas	Erfolgreich	n.s.

Um Tabakprävention und -reduktion bei Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen zu erreichen, stellt sich zunächst die Frage, wie Verhaltensänderungen bewirkt werden können und inwiefern die Persönlichkeit des Probanden hier eine Rolle spielt. Es ist demnach wichtig neben dem Wissen über das Gesundheitsverhalten bei den unterschiedlichen Persönlichkeitsausprägungen sich auch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob und wie das bereits internalisierte Verhalten einer Person verändert werden kann. Die Klärung dieser Frage erfolgt im nachfolgenden Punkt.

2.2.13 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) von Prochaska und DiClemente (1982, 1983) beschreibt ein Modell der Gesundheitspsychologie, welches

ursprünglich für die Tabakentwöhnung entwickelt wurde (Maurischat 2001). Es ist das am häufigsten verwendete Stadienmodell und kommt heutzutage in vielen Bereichen des Gesundheitsverhaltens zum Einsatz (Scholz und Schwarzer 2005). Dabei beschreibt es zeitliche Dimensionen, die „Stages of Change“, und nutzt Prozesse und Grundsätze unterschiedlicher gesundheitspsychologischer Theorien (Prochaska und Velicer 1997).

Das Modell beschreibt die Entwicklung einer Person von einer Motivationsstufe zur anderen im Hinblick auf die Veränderung eines unerwünschten Verhaltens. Der Prozess der Verhaltensänderung findet dabei in fünf Stufen statt. Wobei diese nicht nur nach oben führen. Wie in der Grafik 15 erkennbar, werden die Veränderungsprozesse oft spiralförmig dargestellt, da Rückschläge normal sind. Die Zuordnung einer Person zu einem bestimmten Stadium erfolgt anhand der motivationalen Ausgangslage, der Absicht für zukünftiges Verhalten und für das vergangene Verhalten (Egger und Razum 2014).

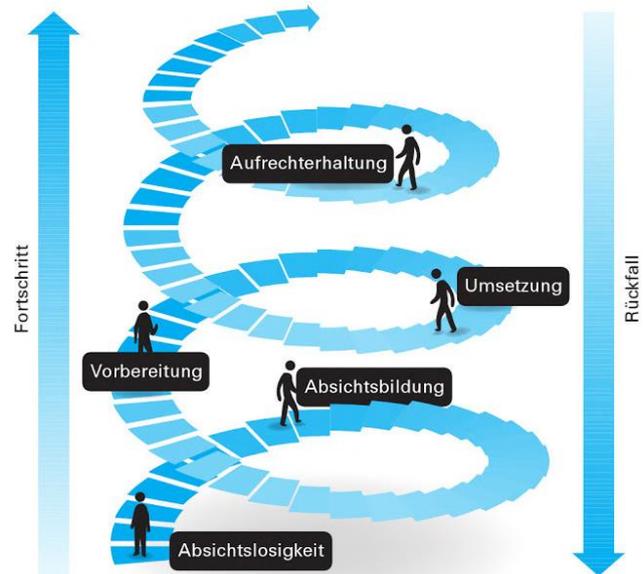


Abbildung 15: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Egger & Razum 2014, S. 143 / Zeichnung von Christoph Frei)

Zu Beginn steht die Stufe der **Absichtslosigkeit** oder **Präkontemplation**, in der eine Person noch keine konkrete Absicht (nicht in den nächsten sechs Monaten) gebildet hat, ein bestimmtes Verhalten zu verändern. Es herrscht noch kein ausgeprägtes Problembewusstsein vor und es besteht noch keine Veranlassung zur Verhaltensänderung. Daran schließt sich die zweite Stufe der **Absichtsbildung** oder **Kontemplation** an. In diesem Stadium denken Personen über eine Verhaltensänderung in den nächsten sechs Monaten nach, jedoch noch nicht innerhalb des nächsten Monats. Dabei kommt es bereits zur Abwägung positiver und negativer Handlungsergebniserwartungen. Im dritten Stadium der **Vorbereitung** denken die Personen über eine Verhaltensänderung im nächsten Monat nach und hatten bereits die ersten Versuche einer Verhaltensänderung im vergangenen Jahr unternommen. Im Stadium der **Umsetzung** oder **Handlung** sind die Personen gerade dabei aktiv ihr Verhalten zu verändern. Diese Verhaltensänderung muss seit mindestens einem Tag und maximal seit sechs Monaten erreicht sein. Dabei haben die Personen ein bestimmtes Kriterium erreicht, welches sie beibehalten wollen. An dieses Stadium schließt als fünftes Stadium die **Aufrechterhaltung**

an. Nachdem ein bestimmtes Kriterium (z.B. Rauchstopp) seit sechs Monaten beibehalten wurde, kommt es zur Stabilisierung der Verhaltensänderung und zu einer Vermeidung von Rückfällen. Nach fünf Jahren Aufrechterhaltung erreicht die Person das letzte Stadium der **Termination**. In dieser Phase besitzt die Person ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und hat kein Interesse mehr, zu dem alten Risikoverhalten zurückzukehren (Scholz und Schwarzer 2005; Egger und Razum 2015). Wie auf der Grafik erkennbar, kann es jedoch jederzeit zu Regressionen oder Rückfällen kommen. Sie sind ein fester Bestandteil des Modells und entscheidend für das therapeutische Handeln. Es wird davon ausgegangen, dass ein Zurückfallen in die vorherige Stufe normal und ein mehrfaches Durchlaufen mancher Stadien sogar nötig ist (Maurischat 2001).

Neben diesen Stadien beschreibt das Modell auch die Veränderungsprozesse. Hierzu zählen:

- 1) Ein **steigendes Bewusstsein**, dass die Veränderung gut ist.
- 2) Die entscheidende **Befreiung von den negativen Gefühlen** (z.B. Angst), die mit dem ungesunden Verhalten einhergehen.
- 3) Die **Neubewertung von sich selbst** und das Verständnis, dass der Veränderungsprozesse einen Teil der eigenen Identität darstellt.
- 4) Die **Neubewertung der eigenen Umwelt** und das Realisieren, dass das eigene Verhalten einen Einfluss auf die Umwelt ausübt.
- 5) Die **Selbstbefreiung** als feste Zusage einer Verhaltensänderung angesehen wird.
- 6) Die **Hilfebeziehungen**, also die aktive Suche und Nutzung sozialer Unterstützung, bei der Veränderung hin zu einem gesunden Verhalten.
- 7) Die **Gegenkonditionierung** als Austausch gesunder Verhaltensweisen und Kognitionen gegen die „alten“ ungesunden.
- 8) Das **Verstärkungsmanagement** in Form einer steigenden Belohnung für gesunde Verhaltensweisen und sinkende Belohnungen für ungesundes Verhalten.
- 9) Des Weiteren gibt es die **Stimuluskontrolle**, welche durch die Beseitigung von Schlüsselmomenten, die an das ungesunde Verhalten erinnern, und die Schaffung neuer Schlüsselmomente zur Erinnerung an das neue gesunde Verhalten (z.B. Austausch der Aschenbecher durch eine Obstschale).
- 10) Als letzter Veränderungsprozess wird die **soziale Befreiung** genannt. Diese beschreibt die Veränderung der sozialen Normen hin zur Unterstützung des gesunden Verhaltens (Prochaska, Redding und Evers 2008).

Neben den Stadien und den Veränderungsprozessen betrachtet dieses Modell auch zwei abhängige Variablen: die Selbstwirksamkeitserwartung und die Entscheidungsbalance. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann in Vertrauen (gesundes Verhalten auch in schwierigen Situationen aufrechterhalten zu können) und Versuchung (in unterschiedlichen Situationen wieder in das ungesunde Verhalten zurückzufallen) unterschieden werden. Mit jedem Stadium nimmt das Maß an Selbstwirksamkeitserwartung weiter zu. Die Entscheidungsbalance beschreibt die Reflektion der Verhaltensänderung sowohl positiver als auch negativer Handlungserwartungsergebnisse für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten oder eine bestimmte Versuchung. Dabei nehmen in der präaktionalen Phase die negativen Erwartungen mit den Stadien zu und in der aktionalen Phase die negativen Erwartungen mit den Stadien ab (Scholz und Schwarzer 2005; Prochaska, Redding und Evers 2008).

An diesem Modell wird oft die willkürliche Einteilung in die Stufen aufgrund zeitlicher Kriterien kritisiert. Besser wäre hier eine Einteilung anhand psychologischer Kriterien. Zudem gibt dieses Modell keine Erklärungsansätze für eine Reduktion der Konsummene (Scholz und Schwarzer 2005). Dennoch kommt diesem Modell eine wichtige Rolle bei der Verhaltensänderung und im Besonderen bei der Tabakentwöhnung zu, da Personengruppen bestimmten Stadien zugeordnet werden können und anschließend die Entwicklung und Durchführung passender Interventionen möglich ist. Die Zuordnung zu den Stadien hilft demnach dem Therapeuten oder Trainer, die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt anzuwenden und somit den Patienten/Patientinnen oder TeilnehmerInnen bestmöglich zu unterstützen oder zu motivieren (Maurischat 2001).

2.2.14 Der Einfluss der Persönlichkeit auf die Veränderungsbereitschaft

Die Annahme eines Zusammenhangs von Persönlichkeit und Gesundheitsverhalten konnte theoretisch begründet werden. In einem nächsten Schritt könnte die Frage eines Einflusses der Persönlichkeit auf die Veränderungsbereitschaft des Gesundheitsverhaltens einer Person gestellt werden. Gerade hinsichtlich der Verhaltensänderung bei einer Tabakabhängigkeit ist das Stufenmodell von zentraler Bedeutung. Eine Metaanalyse von Webb und Sheeran (2006) konnte einen signifikanten positiven Einfluss der Intention einer Person und der tatsächlichen Verhaltensänderung bestätigen. Sie fanden mittlere bis starke Effekte bei den Intentionen, die zu kleinen bis mittleren Veränderungen im Verhalten führten. Als

theoretische Basis wurden unter anderem das oben erläuterte transtheoretische Modell der Verhaltensänderung überprüft.

Dabei verändern sich jedoch nicht alle Menschen in einem gleichen Maße. Einen Erklärungsansatz hierfür bietet eine Studie von Bühringer et al. (2008), nach welcher es verschiedene personenbezogene Faktoren gibt, die eine Veränderung beeinflussen: Zum einen Risikofaktoren, wie die Schwere der Abhängigkeit, das Veränderungsrepertoire oder die Absicht zur Veränderung, aber auch soziale Kontextfaktoren, wie die familiäre Unterstützung, die soziale Kontrolle oder Selbsthilfegruppen. Die Nikotinabhängigkeit ist dabei ein verlässlicherer Prädiktor bei der Vorhersage des Rauchverhaltens nach einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungskurs als die Persönlichkeitsmuster nach dem Millon Clinical Multiaxial Inventory- III (MCMI-III), (Piñeiro et al., 2013). Demnach ist die Nikotinabhängigkeit beim Rauchstopp entscheidender als die Persönlichkeitsausprägung, wobei diese nicht automatisch nivelliert wird. Des Weiteren lassen sich auch Behandlungsfaktoren, wie die Selbstwirksamkeit oder die Bewältigungsstrategien oder (kontextbezogen) die Therapeuten-PatientInnen-Beziehung oder die soziale Beziehungsqualität, identifizieren. Es gibt jedoch noch nicht ausreichendes Wissen über die Mechanismen, welche bei dem Beginn und der Beendigung von Substanzmissbrauch wirken. Es scheint, als würden bei einer Abhängigkeit höherrangige Kontrollfunktionen im Gehirn beeinträchtigt sein. Dennoch fehlen Informationen über die individuellen Hintergründe, z.B. hinsichtlich der erfolgreichen Beendigung mit und ohne Hilfe. In der angeführten Studie von Bühringer et al. (2008) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den patientenbezogenen Variablen, verhaltensbezogenen Variablen und der Umwelt. Es müssen demnach bei einer geplanten Maßnahme alle Bereiche mit beachtet werden. Besonders zielführend ist es, wenn zum einen kognitive Funktionen, wie die Förderung der kognitiven Kontrolle, z.B. durch das Setzen von Zielen, das Erstellen von Handlungsplänen und die Impulskontrolle, aber auch exekutive Funktionen gestärkt werden. Entscheidend für den Handlungserfolg ist die gelungene Aktivierung der kognitiven Kontrollprozesse, sodass gegensätzliche motivationale Tendenzen unterdrückt werden können. Eine Verhaltensänderung ist somit zum einen von der Ausbalanciertheit des „impulsiven“ Systems (dem Bedürfnisaufschub) und der kognitiven Kontrolle (dem Setzen von Langzeitzielen) abhängig (Bühringer et al. 2008).

Bezogen auf die Persönlichkeitsausprägung lässt sich demnach vermuten, dass hohe Neurotizismuswerte, die mit wenig Impulskontrolle einhergehen, eher einen Risikofaktor darstellen. Demgegenüber sollten sich hohe Werte bei der Gewissenhaftigkeit eher positiv

auf eine Verhaltensänderung auswirken. Diese These wird auch durch die Studie von Terracciano und Costa (2004) bestätigt, in welcher Ex-RaucherInnen etwas niedrigere Werte beim Neurotizismus und etwas höhere Gewissenhaftigkeitsausprägungen besaßen als aktuelle RaucherInnen. Extravertierte Menschen sind sehr an den sozialen Normen orientiert. Wenn, wie in der Studie von Bühringer et al. (2008) gezeigt, die Umwelt einen zentralen Einfluss ausübt, dann sollte sich die Veränderungsbereitschaft der Extravertierten an den wahrgenommenen Normen orientieren. Demnach sollte sich bei dieser Persönlichkeitsdimension eine Veränderung der tabakbezogenen Normen besonders positiv auf die Veränderungsbereitschaft auswirken. Dabei ist es wichtig, bereits die jungen extravertierten RaucherInnen zu erreichen, da eine höhere Extraversion zu weniger Rauchstopp-Versuchen im Alter führt (Munafò und Black 2007). Bezogen auf die Pflege ist zudem wichtig zu betonen, dass Männern eher ein Rauchstopp gelingt als Frauen und dies unabhängig von der Konsummenge (Munafò und Black 2007). Der soziale Einfluss sollte auch bei den Personen mit hohen Verträglichkeitswerten einen positiven Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft ausüben. Bei den Personen mit einer hohen Offenheit für neue Erfahrungen sollte ein generelles Interesse für ein Projekt und das Erlernen neuer Kompetenzen vorhanden sein. Dabei wirken sich Intelligenz und eine offene Haltung positiv auf die Aufhormotivation und den Erfolg bei den Aufhörversuchen aus (Shadel et al. 2004).

In Bezug auf die Interaktion der Persönlichkeitsdimensionen zeigt sich, dass eine hohe Extraversion und hohe Gewissenhaftigkeit im Durchschnitt zu höheren Werten beim problem-fokussierten Coping führen (Vollrath und Torgersen 2000). Demnach kann die Hypothese aufgestellt werden, dass eine hohe Ausprägung bei diesen Dimensionen im Hinblick auf die Verhaltensänderung eher zum Erfolg führen. Demgegenüber führen hohe Neurotizismuswerte und niedrige Gewissenhaftigkeit zum dysfunktionalen Coping. Dies könnte sich negativ auf die Veränderungsbereitschaft und den Erfolg auswirken.

Zu den Typen lässt sich resümieren, dass der Entrepreneur Type die höchsten Werte und der Insecure Type die niedrigsten Werte beim positiven Umdeuten besitzt (Grant und Langan-Fox 2006). Dabei sind unter dem Impulsive Type und dem Insecure Type vermehrt RaucherInnen und bleiben dies auch eher (Terracciano und Costa 2004). Insofern lassen sich im Hinblick auf die Veränderungsbereitschaft höhere Werte für den Entrepreneur Type und niedrige Werte beim Insecure Type und Impulsive Type hypothetisieren.

Wichtig für einen Veränderungsprozess ist eine effiziente Vermittlung von kognitiven und exekutiven Kompetenzen für den Umgang mit Belastungen und einem Rauchstopp sowie

eine tabakpräventive Veränderung der Verhältnisse. Die Intentionen einer Person entscheiden dabei über deren Verhalten. Vorhaben zur Verhaltensänderung sind dabei weniger wirksam, wenn die TeilnehmerInnen keine ausreichende Kontrolle über ihr Verhalten wahrnehmen, die Möglichkeiten sozialer Reaktionen fehlen und die Umstände sich nicht verändern lassen und damit die Rückkehr in die alten Verhaltensmuster erleichtert wird (Webb und Sheeran 2006).

Das aktuelle Wissen über die Förderung der MitarbeiterInnengesundheit soll noch einmal im folgenden Punkt erläutert werden.

2.3 Wie kann das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen verändert werden?

Lindeman (2011) ermittelte gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Faktoren, die zum einen vom Individuum, aber auch vom sozialen Umfeld bedingt werden.

Tabelle 5: Gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (vgl. Lindeman et al. 2011, S.84)

Schädigend	Fördernd
Belastung durch Ausbildung	Zufriedenheit in der Ausbildung
Belastung im Privatleben	soziales Umfeld / Unterstützung
Stress	Stress kontrollieren / Entspannung
Fehlernährung / Diäten	ausgewogene / gesunde Ernährung
Übergewicht	Gewichtskontrolle
Risikoverhalten	Präventionsverhalten
riskantes Freizeitverhalten	kontrolliertes Freizeitverhalten
Bewegungsmangel	Bewegung/ körperliche Aktivitäten/ Sport
Nikotinkonsum	Verzicht auf Zigaretten
übermäßiger Alkoholkonsum	Verzicht auf Alkohol
Drogenkonsum	
Arzneimittelmissbrauch	

Durch gezielte Interventionen können die schädigenden Umweltbedingungen und Verhaltensweisen in eine positive Richtung verändert werden. Gelingt es, die Gesundheit der PflegeschülerInnen dauerhaft aufrechtzuerhalten oder zu fördern, kann diese Gesundheit wiederum zur Ressource werden (Faltermaier und Salisch 2005; Faltermaier 2017). Es kann durch eine gezielte und wirksame Veränderung demnach ein Prozess in Gang gebracht

werden, der den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen dauerhaft dabei hilft, besser mit den Belastungen zurechtzukommen. Durch eine veränderte berufliche Sozialisation kann bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen die Internalisierung gesundheitsbewusster Normen vom beruflichen Leben bis hin ins Privatleben erfolgen (Busse, Plaumann und Walter 2006). Diese gesundheitsbewusste Lebensführung wirkt sich wiederum positiv auf die Arbeit aus, da es zu weniger Krankheitstagen und einer stärkeren Belastbarkeit führt, die nicht auf kurze Zigarettenpausen zur Stressreduktion angewiesen ist. Sonnentag, Frese und Coch (2005) beschreiben, wie individuumsbezogene und organisationsbezogene Stressinterventionen, die in Organisationen stattfinden können, umgesetzt werden können.

Tabelle 6: Stressinterventionen in Organisationen (Sonnentag, Frese und Coch 2005, S. 321)

	Individuum	Organisation
<i>Stress-Reduktion</i>	Reduktion der individuellen Stressoren	Reduktion von Stressoren durch den Arbeitgeber
<i>Ressourcen-Förderung</i>	- Kompetenzerweiterung	- Partizipation in Entscheidungsprozessen - Einführung und Partizipation im Gesundheitszirkel
<i>Strain-Reduktion*</i>	- Entspannungsübungen - Stressimpfungen - Erholungsphasen	- Arbeitspausen
<i>Veränderung des Lebensstils</i>	- Ernährung - Nichtraucher-Training - Sportprogramme	- Rauchfreie Gebäude - auffällige Treppenhäuser statt auffällige Aufzüge

*Strain= Belastungen

Somit kann zum einen in Form von verhältnispräventiven Maßnahmen und gleichzeitig durch verhaltensintervenierende Angebote die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der MitarbeiterInnen in einer Organisation gezielt verbessert werden. Besonders vielversprechend sollte dabei eine Kombination von beidem sein.

2.4 Zusammenfassung der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten von Individuen

Die aktuelle Literatur zeigt demnach, dass Sozialisations- und Selektionsfaktoren stark miteinander verbunden sind. Bei der Erforschung des Rauchverhaltens sollte demnach nicht nur auf die Umwelt, sondern auch auf die personenbezogenen Merkmale geachtet und in Maßnahmen berücksichtigt werden. Soll das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen während der Arbeitszeit verbessert werden, müssen demnach zum einen die Verhältnisse in der Schule und Praxis sowie die vorherrschenden tabakbezogenen Normen und das Berufsverständnis verändert werden. Zum anderen müssen auch verhaltensbezogene Angebote stattfinden, um die Kompetenzen der PflegeschülerInnen im Umgang mit Stress durch u.a. einer Förderung der Lebenskompetenzen, zu stärken. Aber auch Angebote zur Tabakreduktion sind notwendig. Wichtig ist ein gemeinsames und freiwilliges Vorgehen mit allen Beteiligten, z.B. mittels Gesundheitszirkel, um so die Akzeptanz für die Maßnahme zu sichern (Karnicnik 2010). Dies ist auch im Hinblick auf das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek und Theorell (1990) wichtig, da dieses von einem starken Zusammenhang zwischen der Höhe der Arbeitsanforderungen und dem Ausmaß an Kontrolle ausgeht. Demnach führen hohe Arbeitsanforderungen, wie sie in der Pflege vorzufinden sind, bei gleichzeitig niedrigen Kontrollmöglichkeiten (Handlungs- und Entscheidungsspielräumen) zu einem erhöhten Stresserleben. Besonders positiv auf die Entwicklungs- und Lernmöglichkeiten einer Person wirken sich demgegenüber hohe Anforderungen bei gleichzeitig hohen Kontrollmöglichkeiten aus (Siegrist 2005). Durch die Erweiterung der Handlungs- und Entscheidungsfreiräume, z.B. in Projekten oder Workshops, wird die Möglichkeit einer Mitgestaltung und demnach ein Kontrollgewinn ermöglicht, der von den Teilnehmenden als Ressourcengewinn erlebt wird.

Dieses Wissen wurde bei der Erstellung des astra-Programms berücksichtigt und versucht bestmöglich umzusetzen. Im Folgenden soll deshalb das Projekt und deren Entwicklung vorgestellt werden.

2.5 Entwicklung eines Modellprojekts zur Tabakprävention und –intervention für Auszubildende in der Pflege

Die Entwicklung eines Präventionsprogramms für eine bestimmte Zielgruppe stellt eine große Aufgabe dar. Um später Aussagen zur Kausalität und Wirksamkeit des Projekts zu ermöglichen, ist die Einhaltung gewisser wissenschaftlicher Standards eine wesentliche Voraussetzung. Die sogenannte Evidenzbasierung beschreibt eine *„gewissenhafte(n), vernünftige(n) und systematische(n) Nutzung der gegenwärtigen und bestmöglichen theoretischen und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppe für die Planung, Implementation, Evaluation, Vorbereitung und Weiterplanung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen“* (Moesgen 2015, S. 129). Im Folgenden sollen zunächst die grundlegenden Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Tabaksucht und deren Folgen definiert werden, bevor das Sechs-Phasen-Modell für suchtpreventive Tätigkeiten vorgestellt wird, welches bei der Entwicklung des astra-Programms eine zentrale Rolle spielt.

2.5.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Der Begriff der Prävention beschreibt, wie auch die Begriffe Vorbeuge, Vorsorge und Prophylaxe, die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und die Verringerung der Verbreitung und Verminderung ihrer Auswirkungen. In diesem Ansatz geht es um das Zurückdrängen oder das Ausschalten der Auslösefaktoren von Krankheiten (Hurrelmann et al. 2010). Demgegenüber richtet sich die Definition der Gesundheitsförderung an die Definition von Gesundheit der World Health Organisation (1986) und umfasst *„alle Maßnahmen zur Stärkung des psychischen, sozialen und körperlichen Wohlbefindens“* (Jerusalem 2005). Durch die Verbesserung der Lebensbedingungen soll es zu einer Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten kommen (Hurrelmann et al. 2010). Es handelt sich um einen salutogenetischen Ansatz. Demnach ist das gemeinsame Ziel der Prävention und der Gesundheitsförderung eine Förderung der individuellen und kollektiven Gesundheit, was durch das Zurückdrängen der Risiken und Krankheiten und der Förderung der Ressourcen ermöglicht wird. Allerdings geht es bei der Prävention um die *„Dynamik bei der Entstehung von Krankheiten“* und bei der Gesundheitsförderung um die *„Dynamik bei der Entstehung von Gesundheit“*, also der Salutogenese. Demnach gibt es eine gemeinsame

Zielsetzung, jedoch mit einer unterschiedlichen Herangehensweise und unterschiedlicher Wirkprinzipien (Hurrelmann et al. 2010, S. 14).

Die Herangehensweise und der Grundgedanke bei der Prävention sind, dass eine frühzeitige Identifikation einer Krankheit und deren Krankheitsverlauf durch gezielte Interventionen zu einer Verhinderung der Erkrankung und deren Folgen führen kann. Um dies zu ermöglichen, müssen Risikofaktoren identifiziert werden, die eine Krankheit auslösen können. Je nach Zeitpunkt der Prävention kann zwischen der primären Prävention (noch keine Krankheitssymptome, mit dem Ziel der Verhütung körperlicher Erkrankungen), der sekundären Prävention (manifestierten Krankheitssymptome im Erststadium, mit dem Ziel einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten) und einer tertiären Prävention (manifestiert gewordener Erkrankungen, mit dem Ziel der Begrenzung der Folgeschäden und Rückfallprophylaxe) unterschieden werden (Jerusalem 2005; Hurrelmann et al. 2010; Slesina 2007).

In der Suchtprävention findet eine Unterscheidung vorrangig nicht nach dem Zeitpunkt, sondern nach der Zielgruppe statt. Hier wird zwischen der universellen Suchtprävention, die sich an Personen einer Gesamtgruppe mit einem durchschnittlichen Risiko für Substanzmissbrauch richtet (z.B. Gesamtbevölkerung, Schulklassen) und der selektiven Prävention, die sich an Personen einer Gesamtgruppe mit einem überdurchschnittlichen Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch (Kinder suchterkrankter Familien, Studierende) richtet, unterschieden (Bühler und Thrul 2013).

In Bezug auf die unterschiedlichen Wirkprinzipien geht es bei der Prävention um die Bekämpfung oder den erfolgreichen Umgang mit den Risikofaktoren. Diese können in drei Klassifikationen eingeteilt werden:

1. Genetische, physiologische und psychologische Dispositionen (z.B. Überlastungen),
2. Behaviorale Dispositionen (z.B. Tabakkonsum)
3. Ökologische Dispositionen (z.B. Selenmangel), (Hurrelmann et al. 2010, S. 15)

Risikofaktoren sind jedoch nicht allein entscheidend für die gesundheitliche Entwicklung (z.B. Resilienz) einer Person. So gibt es Personen, die unter ungünstigen Verhältnissen aufwachsen und dennoch diesen Belastungen resilient gegenüberstehen (Jerusalem 2005). Das Wirkprinzip der Gesundheitsförderung ist, die Schutzfaktoren und Ressourcen einer Person oder deren Umfeld zu fördern.

Die Schutzfaktoren können in den folgenden vier Kategorien unterschieden werden:

1. Soziale und wirtschaftliche Faktoren (z.B. gute Bedingungen auf Arbeit)
2. Umweltfaktoren (z.B. soziale Netzwerke)
3. Behaviorale und psychische Faktoren (z.B. Bewegung, Ernährung, reduzierter Tabakkonsum)
4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen (Sozialeinrichtungen, Bildungseinrichtungen), (Hurrelmann et al. 2010, S. 16)

Bei der Planung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme sollte zuvor überlegt werden, wie die Stärkung der Schutzfaktoren erfolgen soll. Dies kann zum einen durch die Stärkung der individuellen Ressourcen (wie der emotionalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen) oder die Stärkung der systematischen Ressourcen (wie dem Familienzusammenhalt, Schul-, Berufsklima) erfolgen. Die Herangehensweise kann gesundheitspezifisch (z.B. Umgang mit gesundheitlichen Risiken) oder universell (z.B. Lebenskompetenzen) ausgerichtet sein. Dabei kann eine Maßnahme universell gestaltet werden oder sich explizit an eine bestimmte Risikogruppe richten. Zudem kann gewünschtes gesundheitsförderliches Verhalten unterstützt und/oder ressourcenförderliche Verhältnisse geschaffen werden. Durch die Aktivierung von persönlichen und sozialen Ressourcen, zum Beispiel durch die Vermittlung von Empowerment-Strategien, kann die Gesundheit gestärkt und die Krankheit verhindert oder verzögert werden (Jerusalem 2005).

Eine höhere Effektivität von präventiven Interventionen kann erzielt werden, wenn die nachfolgenden Leitlinien beachtet werden:

1. Die theoretische Basis des Modells sollte auf dem Modell des sozialen Lernens von Bandura begründet sein.
2. Es sollten Lebenskompetenztrainings zum Einsatz kommen.
3. Die Normen und Handlungsabsichten zum Konsumverzicht sollten vereinbart werden.
4. Es sollte sich um eine interaktive Kursgestaltung handeln.
5. Die Risiko- und Schutzfaktoren sollten berücksichtigt werden (Bühler und Kröger 2006).

Bei der Entwicklung eines Präventionsprogramms ist es wichtig, über das wissenschaftliche Wissen hinaus, auch weitere Parameter zu beachten und zu kontrollieren. Broesskamp-Stone (2012) entwickelten ein Schema zur Umsetzung von Best-Practice. Ähnlich wie bei einem Radarschirm (siehe Abb. 16) ist es laut dieser Vorstellung wichtig, neben den

wissenschaftlichen Komponenten wie dem Studiendesign oder den Erfolgsparametern, ständig auch die vorherrschenden Werte und den Kontext zu kontrollieren.

Auch Bühler und Thrul (2013) schließen sich in ihrer abschließenden Diskussion zur Suchtprävention in Deutschland dieser Auffassung an. Die Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen erfordert eine ständig wiederholte Reflektion der Werte (Empowerment, Nachhaltigkeit), des Wissens (aktuelle wissenschaftliche, Studien, Erkenntnisse aus eigener Evaluation) und des Kontextes (Kapazitäten für Maßnahmen, Gesetze), (Bühler und Thrul 2013, S. 114).

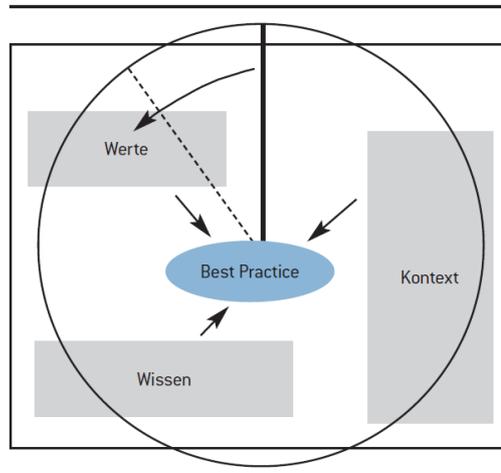


Abbildung 16: Radarschirm >>Best Practice<< (Broesskamp-Stone 2012, S. 35)

2.5.2 Die Tabaksucht – das Abhängigkeitspotential, die Folgen des Tabakkonsums und die Tabakreduktion

Laut dem deutschen Krebsforschungszentrum konnten 2007 insgesamt 110.000 der Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurückgeführt werden. Dies entspricht ca. 13% aller Todesfälle, wobei vor allem Männer von den Folgen betroffen sind. Allerdings erleiden auch bereits die ersten Frauenkohorten an den Folgen des Tabakkonsums (DKFZ, 2009). Laut einer Studie aus Großbritannien starben zwei Drittel der englischen Raucherinnen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren an den Folgen des Tabakkonsums. Dabei verloren die Raucherinnen mindestens 10 Jahre ihrer Lebenszeit gegenüber den Nichtraucherinnen. Wer jedoch vor dem 40. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhört, verhindert zu mehr als 90% der überschüssigen Tode, die durch das Weiter-Rauchen verursacht werden. Wer vor dem 30. Lebensjahr aufhört, verhindert sogar mehr als 97% der Tode (Perie et al. 2012).

In Studien konnte hinsichtlich des Abhängigkeitspotentials gezeigt werden, dass 32% der Personen, die jemals Tabak konsumiert haben, davon abhängig werden. Dies liegt deutlich über dem Anteil der Personen, die jemals Heroin (23%), Kokain (16%) oder Alkohol (15%) probiert haben und eine Abhängigkeit entwickelten (Anthony, Warner, Kessler 1994). Laut Lieb et al. entwickelt fast jede(r) vierte RaucherIn eine Abhängigkeit, demgegenüber nur ca. jeder zehnte, der Alkohol probiert (Lieb et al. 2000). Als tabakabhängig gilt nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) jemand, bei dem mindestens drei der sechs folgenden Kriterien innerhalb eines Jahres vorliegen:

1. Die Personen verspüren einen starken Wunsch oder Zwang Tabak zu konsumieren.
2. Sie besitzen eine eingeschränkte Kontrolle über den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums.
3. Bei Abstinenz oder Reduktion des Konsums kommt es zum Auftreten von körperlichen Entzugserscheinungen, bzw. es wird der Konsum fortgesetzt, um das Auftreten der Symptome zu vermeiden.
4. Es kommt zu einer Toleranzentwicklung, bei der immer größere Dosen erforderlich werden, um eine gleichbleibende Wirkung zu erzielen.
5. Es kommt zugunsten des Konsums zu einer Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen.
6. Der Konsum wird fortgesetzt, obwohl die gesundheitlichen Folgeschäden nachgewiesen und bekannt sind (Dilling et al. 2012).

Zur Erklärung der Entstehung der Tabaksucht kann auf das Stress-Coping-Modell der Suchtentstehung von Wagner et al. (1999) zurückgegriffen werden. Laut dieses Modells dient der Substanzkonsum der Reduktion negativer Affekte von Stress und der Verstärkung positiver Affekte. Diese Strategie dient demnach einer kurzfristigen Stressreduktion, welche auf lange Sicht mit negativen gesundheitlichen Folgen einhergeht (Wagner et al. 1999). Demnach handelt es sich beim Rauchen um eine ineffektive Copingstrategie, welche nach der Manifestation ins Verhalten einer Person meist die Suche nach effektiven und gesunden Strategien der Stressbewältigung behindert, da auf die positive Wirkung der Zigarette vertraut wird (Kaluza 2015; Richards et al., 2011; Bindu et al., 2010). Dabei steigen das Verlangen nach dem Tabakkonsum und die Konsummenge mit dem Stressniveau (Vinci, Copeland und Carrigan, 2012;). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch im beruflichen Kontext (Azagba und Sharah, 2011).

Demnach ist es wichtig, bei einem Programm zur Tabakreduktion auch den beruflichen Kontext zu beachten. Das astra-Programm versucht mittels verhältnispräventiver Maßnahmen, wie die Umgestaltung der Umgebung und die Veränderung der Normen, die berufliche Sozialisation positiv zu beeinflussen. Darüber hinaus bietet es auf freiwilliger Basis den Besuch einer Verhaltensintervention zur Tabakreduktion an. Der frühzeitige Ausstieg aus dem Tabakkonsum ist hinsichtlich des Abhängigkeitspotentials von Nikotin wichtig.

Aus der Forschung ist bekannt, dass verhaltenstherapeutische Programme, die Elemente der Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Achtsamkeit, Belohnung und soziale Unterstützung

beinhalteten aber auch Inhalte zur Rückfallprävention und Stressbewältigung vermittelten als erfolgsversprechendsten sind. Auch der zusätzliche Einsatz von Nikotinersatzpräparaten stellte sich als positive Unterstützung heraus. Dabei liegt die Erfolgsquote einer professionellen Unterstützung dreimal höher als ohne diese. Die Wirksamkeit von Hypnose und Akupunktur sowie Selbsthilfematerialien sind nicht konsistent nachgewiesen worden (Kröger und Piontek 2011).

Die professionelle Tabakreduktion verläuft dabei in drei Phasen ab.

1. In der Vorbereitungsphase kommt es zur Wissensvermittlung, es findet eine Selbstbeobachtung statt und die Motivation zum Rauchstopp wird gefördert (Kröger, Piontek 2011). Mittels Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) kann das Maß der Abhängigkeit ermittelt werden. Dieser Test umfasst den Umfang des täglichen Zigarettenkonsums und Variablen der körperlichen Abhängigkeit. Die ermittelten Werte dieses psychometrischen Tests korrelieren mit den körperlichen Entzugserscheinungen und biologischen Markern (wie Kohlenmonoxidkonzentration in der Atemluft), (Dilling et al. 1991).
2. Im zweiten Schritt, der Beendigungsphase, kommt es zur Förderung des Selbstmanagements, des Kontingenzmanagements, des Aufbaus von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten, der sozialen Unterstützung, aversiver Anreize und der Suggestionen (Kröger, Piontek 2011).
3. Als Letztes folgt eine Stabilisierungsphase, in der eine Rückfallprävention stattfindet. Der Umgang mit Entzugserscheinungen und Rauchverlangen wird trainiert, das Thema der Gewichtskontrolle und stressreduzierende Maßnahmen, sowie die Änderung des Lebensstils werden diskutiert (Kröger, Piontek 2011).

Im Rahmen des astra-Programms werden auch Elemente der professionellen Tabakreduktion, wie der Aufbau von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten, verwendet.

2.5.3 Sechs-Phasen-Modell für suchtpreventive Tätigkeiten von Springer und Uhl (1998)

Dieses Modell beschreibt die sechs Phasen von einer Projektentwicklung über die Testphase bis hin zur routinierten Durchführung eines Präventionsprojekts. Im Folgenden sollen die zentralen Punkte vorgestellt werden.

Tabelle 7: Sechs-Phasen-Modell für suchtpreventive Tätigkeiten (Moesgen 2015; Springer und Uhl 1998)

Grundlagenforschung	
Phase I	In der ersten Phase erfolgt die Wissensgenerierung grundlegender Aspekte, wie den Erhebungsinstrumenten, der Zielgruppe, den epidemiologischen Daten und aktuellen Trends zur Sucht und möglichen Erklärungsmodellen.
Präventionsforschung	
Phase II	In der zweiten Phase erfolgt eine spezifischere Wissensgenerierung über suchtpreventive Projekte und eine Analyse der Publikationen zu diesem Thema. Es werden kausale Erklärungsmodelle für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Reduktion bis Beendigung des Konsums für die entsprechende Zielgruppe recherchiert und mögliche Risiko- und Schutzfaktoren überprüft.
Konzeptionsphase	
Phase III	In der dritten Phase kommt es bereits zur Erarbeitung eines ersten Entwurfes des geplanten Präventionsprogramms. Hierfür wurde ein konkretes Konzept erarbeitet, welches sowohl die Inhalte der Maßnahme als auch Vorschläge zur Evaluation verankert. Zudem erfolgt eine Diskussion der ethischen Fragen, z.B. wie mit der Kontrollgruppe umgegangen wird.
Entwicklungsphase	
Phase IV	In der vierten Phase kommt es zur Optimierung des Konzeptentwurfes bis hin zu einer finalen Version des Präventionsprogramms. Hierbei ist es sinnvoll, in einem engen Austausch mit Vertretern aus Theorie und Praxis zu stehen, um die Maßnahme effizient und anwenderfreundlich zu gestalten.
Erprobungsphase	
Phase V	In der vorletzten Phase kommt es zur Erprobung der entwickelten Maßnahme und somit zur Evidenzgenerierung. Dies geschieht in drei Schritten, den Akquisearbeiten, der Implementation der Maßnahme und der Evaluation.
Routinephase	
Phase VI	In der letzten Phase der Modellentwicklung kommt es zur nachhaltigen Implementation und Verbreitung des Projekts. Hier steht eine Strukturanalyse (wer, wo, wie oft und in welchem Rahmen) der Maßnahme im Vordergrund, aber auch eine Langzeitevaluation im Hinblick auf die Effizienz der Maßnahme ist ratsam.

Im nachfolgenden Punkt soll dieses Modell nun exemplarisch auf das astra-Modellprojekt für die PflegeschülerInnen übertragen werden.

2.5.4 Astra – ein Modellprojekt zur Tabakprävention und –intervention für Auszubildende in der Pflege

Der Name astra steht für „aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“. Dieses Projekt wurde 2013 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert, um gegen die hohen Raucherprävalenzen in der Pflege vorzugehen. Es sollte hierfür ein Programm entwickelt werden, das an die Bedürfnisse der PflegeschülerInnen ansetzt und dabei die Verhältnisse in der Pflegeausbildung berücksichtigt.

Zunächst erfolgt eine Übertragung der Projektphasen auf das sechs-Phasen-Modell für suchtpräventive Tätigkeiten von Springer und Uhl. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem Modell um einen idealtypischen Verlauf handelt. Bei der Entwicklung des astra-Programms wurde das Wissen über dieses Modell berücksichtigt, es wurde jedoch nicht versucht, dieses Modell Phase für Phase abzuarbeiten. Demnach erfolgt nun eine nachträgliche Zuordnung der Projektphasen zu dem sechs-Phasen-Modell der suchtpräventiven Tätigkeit. Die ersten drei Phasen liegen zeitlich sehr nah beieinander und überschneiden sich sogar zeitweise.

Planung des astra- Modellprojekts unter Berücksichtigung des Sechs-Phasen-Modells der suchtpräventiven Tätigkeit

Phase I: Grundlagenforschung (2012/2013)

Zu Beginn der Projektarbeit und bei der Stellung des Projektantrages beim BMG erfolgte eine Ermittlung der aktuellen Trends der Tabakprävalenzen und in Deutschland und im Besonderen bei jungen Erwachsenen. Es wurden Daten zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Zielgruppe sowie deren berufliches Umfeld generiert. Zudem erfolgte eine Überprüfung der gängigen Erklärungsmodelle für Suchtentwicklung (wie den Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit) und eine Analyse der aktuellen Erkenntnisse über wirksame Tabakreduktionsmaßnahmen.

Phase II: Präventionsforschung (Frühjahr - Sommer 2013)

Da bislang in Deutschland nur wenige wissenschaftliche Studien und kaum Literatur über wirksame Präventionsmaßnahmen für das Setting Pflege und insbesondere Pflegeausbildung im Hinblick auf Tabakreduktion und –prävention existiert, nutzte das Modellprojekt einen partizipativen Ansatz, um die Maßnahme bestmöglich an die Zielgruppe anzupassen. Hierfür wurden vor der Fertigstellung der einzelnen astra-Module Fokusgruppeninterviews mit den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen aus zwei Schulen: Altenpflege und Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, den Auszubildenden in Theorie und Praxis sowie den Experten/Expertinnen aus dem Pflegekontext geführt. Von der letzten Gruppe, Vertretern des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), dem deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Jungen Pflege (DBfK), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Raucherambulanz der Uniklinik Göttingen, konnten wichtige Hinweise bzgl. der Nachhaltigkeit und Verbreitung eingeholt werden. Auf Basis dieser Informationen erfolgte eine Überarbeitung der geplanten Maßnahmen hin zu einer zielgruppenspezifischen und relevanteren Version.

Phase III: Konzeptionsphase (Sommer 2013)

Das astra-Programm war als ein Modellprojekt zur Prävention und Intervention bei Auszubildenden in der Pflege geplant und richtet sich an die Auszubildenden der ersten Jahrgangsstufe. Die Ausbildung in den Pflegeberufen ist durch einen ständigen Wechsel zwischen schulischer Ausbildung und Praxiseinsatz in unterschiedlichen Stationen und Einrichtungen gekennzeichnet. Diese Bedingungen fordern eine Maßnahme, die umfassend und zielgruppenspezifisch gestaltet ist. Das heißt, es wurden sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Elemente eingeplant. Durch die Einführung tabakpräventiver Verhältnisse in Kombination mit der Kompetenzvermittlung zur Stressregulation, Standfestigkeit und Tabakreduktion sollen die PflegeschülerInnen nachweislich dabei unterstützt werden, den Tabakkonsum zu reduzieren oder nicht (wieder) mit dem Rauchen anzufangen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit bei gleichzeitiger Beachtung der ethischen Frage wurde sich für ein Wartelisten-Kontrollgruppen-Design entschieden. Da es sich um eine Machbarkeitsstudie handelt, welche eine spätere deutschlandweite Implementation des Projekts zum Ziel hat, wurde auf eine Randomisierung aus ökonomischen Gründen verzichtet. Dies hat jedoch zur Folge, dass nur Hinweise auf eine Wirksamkeit und Kausalität ermittelt werden können. Dennoch konnte eine Erprobung in insgesamt fünf Bundesländern allein in der Modellprojektphase erreicht werden.

Um den besonderen Gegebenheiten der Zielgruppe gerecht zu werden, entstand astra durch die Kooperation dreier Projektpartner, die eine Expertise in ganz unterschiedlichen Bereichen aufweisen können. Bei der Entwicklung der verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen sowie bei der Evaluation profitierte das Projekt von den langjährigen Erfahrungen und dem Wissen des IFT Instituts für Therapieforschung München. Bezüglich der Implementierung von Beratung und Tabakentwöhnung in der Praxis, besonders in den Krankenhäusern und der anschließenden Dissemination der Ergebnisse, konnte auf die Erfahrungen und Kontakte des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNRfK) zurückgegriffen werden. Große Expertise im Bereich der Pflegeausbildung besitzt die Fakultät für soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Esslingen (SAGP). Durch die Kooperation der Hochschule und deren vertieftes Wissen über die curricularen Strukturen dieser Ausbildung kann die Maßnahme zielgruppenspezifisch gestaltet und langfristig in die Ausbildung implementiert werden. Eine kurze Übersicht über Aufgabenverteilung der Projektpartner bietet die untere Tabelle 8.

Tabelle 8: Projektbeteiligte und Aufgabengebiete

Name Rolle	Institut	Verantwortlichkeit
Dr. Bühler, Anneke Projektleitung	IFT München	Maßnahmenentwicklung und Evaluation <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der verhaltensbezogenen Maßnahmen • Unterstützung bei der Entwicklung verhältnispräventiver Maßnahmen • Koordination des Projekts • Evaluation des astra-Projekts
Schulze, Katrin Wissenschaftliche Mitarbeiterin		
Rustler, Christa Projektleitung	DNRfK Berlin	Nachhaltigkeit <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der verhältnispräventiven Maßnahmen • Überarbeitung eines Tools zur Veränderung der Verhältnisse in den Einrichtungen • Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung in Form von Tagungen und Konferenzen • Dissemination des Projekts, u.a. durch die Erstellung einer Homepage
Scheifhacken, Sabine Wissenschaftliche Mitarbeiterin		
Prof. Dr. Bonse- Rohmann, Mathias Projektleitung ¹	HS Esslingen später HS Hannover ¹	Strukturelle Komponente: <ul style="list-style-type: none"> • Curriculumanalyse • Implementierung der Elemente aus astra in die Pflegeausbildung • Absicherung der Realisierung unter Kontrolle des Zeitumfangs bei gesamten astra-Maßnahmen
Schweizer, Ines Wissenschaftliche Mitarbeiterin		

Phase IV: Entwicklungsphase (Sommer - Herbst 2013)

Nachdem ein erster Konzeptentwurf vorlag, fand eine Beiratssitzung mit Vertretern aus Theorie und Praxis statt. Insgesamt fanden drei Beiratssitzungen statt. Die erste Sitzung war kurz vor der ersten Maßnahmendurchführung, um eventuelle Anregungen noch aufnehmen zu können. Das zweite Treffen mit dem Beirat lag zwischen der ersten und zweiten Durchführungsphase und die dritte Sitzung fand zum Ende der ersten Projektphase statt. Es wurden sowohl Rückmeldungen zu den Inhalten, der Evaluation, als auch der Anwenderfreundlichkeit eingeholt und mögliche Optimierungsvarianten diskutiert. Zudem konnten Unterstützerschulen gewonnen werden, welche exemplarisch die Konzepte durchgingen und Rückmeldungen hinsichtlich der Praxistauglichkeit und Verständlichkeit gaben.

Insgesamt verfolgte das Programm verschiedene tabakbezogene und generelle gesundheitsfördernde Ziele, welche auch im Rahmen der Evaluation überprüft werden.

Tabakbezogene Ziele des astra-Programms sind:

Schul- und Praxisebene:

1. Die strukturellen Bedingungen tabakpräventiv zu verändern. Es soll somit die Tabakpolitik in Schule und Praxis positiv verändert werden.
2. Die Schaffung erster Schritte hin zu einem rauchfreien Krankenhaus oder einer rauchfreien Altenpflegeeinrichtung.
3. Vermittlung der Kompetenzen, zur Schaffung eines rauchfreien gesunden Arbeitsplatzes.
4. Ausbildung der astra-Trainer, um das astra-Programm auch nach Projektende weiter eigenständig an den Schulen durchführen zu können.

PflegeschülerInnen:

1. Vermittlung eines Problembewusstseins bezüglich des eigenen Rauchverhaltens und das der Kollegen/Kolleginnen in einem Gesundheitsberuf. Es soll somit das Berufsverständnis verändert werden.
2. Entwicklung rauchfreier Normen. Es soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Mehrheit in der Pflege NichtraucherInnen sind. Es soll die Akzeptanz verhältnispräventiver Maßnahmen gestärkt werden und die Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens zurückgehen.
3. Förderung einer kritischen Auseinandersetzung mit der Tabakindustrie
4. Vermittlung von Kompetenzen zum Rauchstopp – für sich und für andere

Rauchende PflegeschülerInnen:

1. Erhöhung der Selbstwirksamkeitserfahrung und Änderungsmotivation bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen
2. Unentschlossene RaucherInnen: Aneignung von Aufhörungsfertigkeiten für zukünftige Versuche
3. Aufhörwillige RaucherInnen:
 - I. Reduktion des Tabakkonsums durch eine kurzfristige oder dauerhafte Abstinenz
 - II. Punktabstinenz, d.h., der Pflegeschüler/die Pflegeschülerin ist in der Lage, in bestimmten Situationen nicht mehr zu rauchen, z.B. es wird nicht mehr während der Arbeit geraucht, sondern nur noch in der Freizeit.

Präventiv gesundheitsfördernde Ziele des astra-Programms sind:

Schul- und Praxisebene mit Unterstützung durch die PflegeschülerInnen:

1. Schaffung eines gesunden Arbeits- und Ausbildungsplatzes durch die Realisierung und Förderung einer gesunden Pausenkultur
2. Schaffung eines Problembewusstseins für die ungesunde Pausengestaltung und den daraus resultierenden Folgen

PflegeschülerInnen:

1. Stärkung des sozialen Zusammenhaltes und des Wir-Gefühls
2. Vermittlung einer alternativen und gesunden Pausengestaltung
3. Vermittlung von Stressbewältigungskompetenzen
4. Verbesserter Umgang mit kritischen Situationen
5. Vermittlung von Problembewältigungskompetenzen
6. Ressourcenaktivierung im privaten und beruflichen Kontext
7. Förderung der Lebenskompetenzen und von Resilienz (Kommunikation, Standfestigkeit)

Phase V: Erprobungsphase (Herbst 2013 – Sommer 2014)

1. *Akquisearbeiten (Frühjahr 2013 – Frühjahr 2014 – Akquise für das Modellprojekt)*

Bereits zu Modellbeginn wurde das Interesse von Pflegeschulen bezüglich einer Teilnahme an dem Projekt erfragt und eine verbindliche Kooperationsvereinbarung getroffen. Mit Hilfe von Flyern, Postern, Publikationen bei zielgruppenspezifischen Zeitschriften (z.B. Die Schwester -

Der Pfleger) und Vorträgen auf Kongressen, die von der Zielgruppe besucht werden (z.B. Bremer Pflegekongress), wurde stetig auf das Programm aufmerksam gemacht und interessierte Schulen und Lehrkräfte geworben.

2. Implementation der Maßnahme (Herbst 2013 – Frühjahr / Sommer 2014)

Die Maßnahme konnte zunächst an sechs Schulen und in der zweiten Phase erneut an zwei weiteren Schulen (eine neue und eine Wartelistenkontrollschule) implementiert und erprobt werden. Astra besteht aus insgesamt fünf Modulen, die in der gleichen Reihenfolge durchgeführt wurden. Einen Überblick über die Maßnahmen, die jeweiligen Wirkprozesse und angestoßenen Wirkparameter bietet das Wirkmodell in Abbildung 17. Eine genaue Ausformulierung der einzelnen Blöcke sowie die verwendeten Folien finden sich im Manual (siehe Anhang).

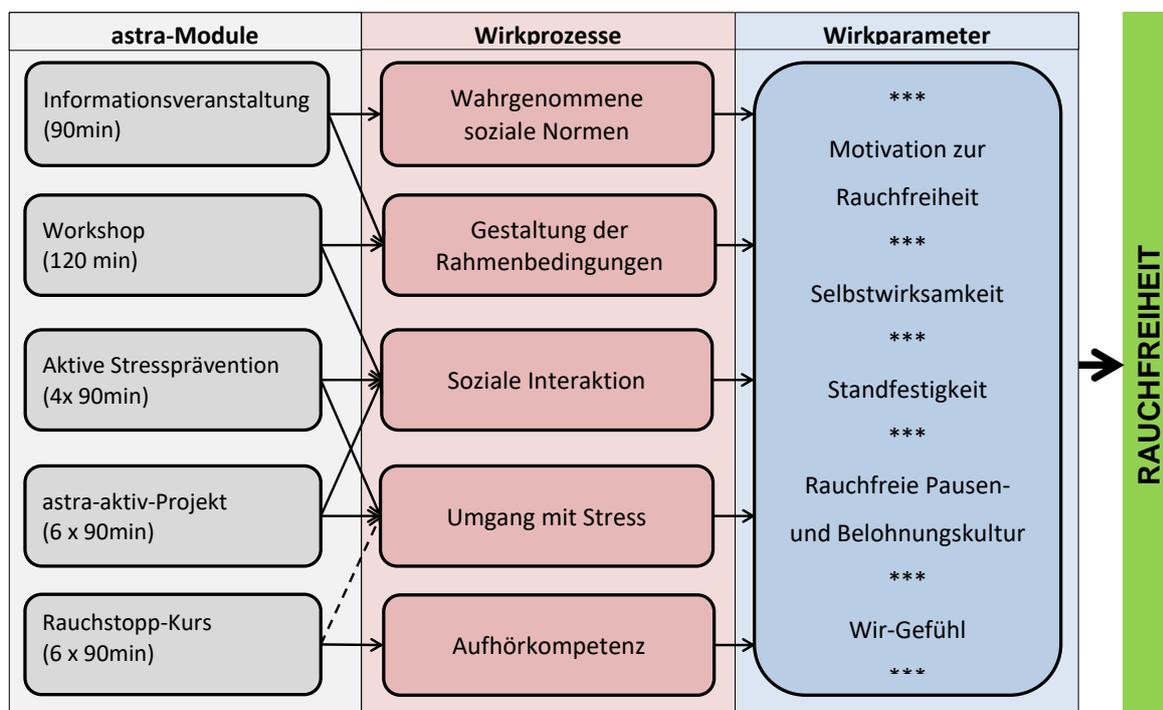


Abbildung 17: Das Wirkmodell von astra

Die astra Kursstunden fanden jedoch nur in den Interventionsschulen (astra-Schulen) bzw. den Wartelisten-Kontrollschulen nach der letzten Befragung statt. Um das astra-Projekt an einer Schule durchzuführen, ist es nötig, den persönlichen Kontakt zur Schulleitung und den Lehrenden zu suchen. Zielführend ist es zusätzlich, wenn auch die entsprechenden Praxiseinrichtungen über das Vorhaben informiert werden. Um dies zu ermöglichen und die künftige Kommunikation und Kooperation zu erleichtern, wird zunächst eine Steuerungsgruppe gegründet. In dieser Arbeitsgemeinschaft, bestehend aus Vertretern der Schule, der

Praxiseinrichtung und astra-MitarbeiterInnen, müssen zunächst gemeinsam Zeiträume während des Unterrichts für die astra-Module gefunden werden. Wichtig ist hierbei, dass die Schulleitung hinter dem Projekt steht und dies auch so an die SchülerInnen kommuniziert und die Teilnahme an der Veranstaltung als verpflichtend einstuft.

Aufgrund der Ergebnisse im ersten Durchgang kam es zu kleineren Modifikationen des Programms. So wurde im ersten Durchgang an zwei Schulen auf die Durchführung der verhältnispräventiven Maßnahmen auf Wunsch der Schule (aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen) verzichtet. Ansonsten kam es zur Veränderung der Reihenfolge und Auflockerung der Inhalte der Stressbewältigungsstunden und zur Festlegung, dass diese stets in vier Doppelstunden durchgeführt werden sollten.

3. Evaluation der Maßnahme (Herbst 2013 – Sommer 2014)

Auf der verhaltensbezogenen Seite erfolgten die Infoveranstaltung, die Präventionsmaßnahme und die Rauchstoppintervention sowie einzelne Elemente des Tools. Auf der Seite der verhältnisbezogenen Maßnahme befinden sich der Workshop mit dem Tool und das astra-aktiv-Projekt. Die Befragung erfolgt in sieben Interventions- und fünf Kontrollgruppen. Da es sich bei astra um eine Wartelistenkontrollgruppen-Studie handelt, haben die Kontrollschulen die Möglichkeit eines späteren Einstiegs. Vor der Durchführung der Interventionen (in den Interventionsschulen) füllten die Schulleitung und die PflegeschülerInnen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe den ersten Fragebogen aus. Dies stellt den ersten der drei Befragungszeitpunkte dar (T0-Vortest). Anschließend fanden in den Interventionsschulen die astra-Maßnahmen statt. Aus ethischen Gründen wurden in den Kontrollschulen (KG) die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei!“ der BZgA und „Richtig aufatmen“ der deutschen Krebshilfe als Minimalinterventionen ausgeteilt. In den Interventionsschulen dokumentieren die Kursleiter ihre Erfahrungen bei der Umsetzung und ihre Tätigkeiten in einer Art Logbuch (vgl. Bühler, 2012). Dies gewährleistete eine Vergleichbarkeit zwischen den Schulen und Versuchsleitern. Zentrale Inhalte waren der Umfang und die Qualität der umgesetzten Maßnahmen, etwaige Abweichungen vom Vorgehensplan mit Begründung sowie einem kurzen Vermerk hinderlicher und förderlicher Faktoren. Da es sich bei astra um eine Machbarkeitsstudie handelt, nimmt die Prozessevaluation eine zentrale Rolle ein. Diese dient der Überprüfung der Machbarkeit und der Akzeptanz der Maßnahme. Sie findet direkt nach den Maßnahmen und erneut innerhalb der T2-Befragung für die PflegeschülerInnen in der Interventionsgruppe (IG) statt. Im Februar fand zusätzlich die T1-Befragung der PflegeschülerInnen in der Interventionsgruppe IG und Kontrollgruppe (KG)

statt. Als Letztes erfolgte Ende April bis Mai 2014 das Follow-up. Da eine Verlängerung des Projekts durch das BMG bewilligt wurde, konnte zusätzlich im Sinne einer Längsschnitterhebung eine Evaluation im Frühjahr 2016 durchgeführt werden.

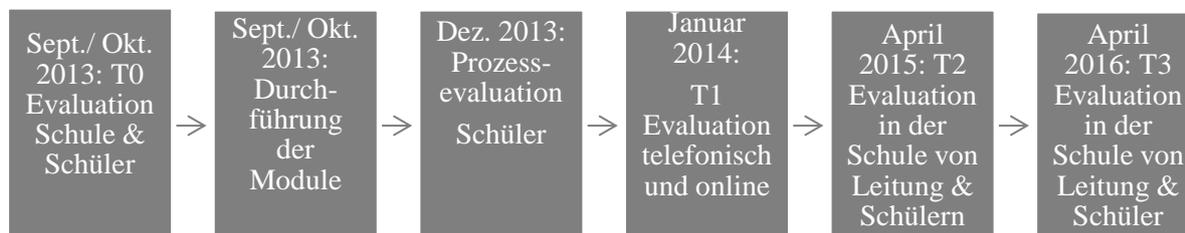


Abbildung 18: Zeitlicher Ablauf des astra-Projekts

Zum besseren Verständnis der Durchführung ist in der unteren Tabelle 9 die Studie mit der Zeiteinteilung in tabellarischer Form zusammengefasst.

Tabelle 9: Untersuchungsdesign astra I und II

Gruppe	Zielgruppe	Sept./Okt 2013	Sep. - Dez. 2013	Dez. 2013	Januar 2014	April/ Mai 2014	April 2016
IG* ¹	SchülerInnen	T0 Vortest	Maßnahmen-durchführung	Prozess-evaluation	T1 Nachttest	T2 Follow-up	T3 Längsschnitt-erhebung
	Schulleitung	T0 Vortest			-	-	T2 Follow-up
KG* ²	SchülerInnen	T0 Vortest	Keine Maßnahme	-	T1 Nachttest	T2 Follow-up	T3 Längsschnitt-erhebung
	Schulleitung	T0 Vortest		-	-	T2 Follow-up	T3 Längsschnitt-erhebung

* Note: Vortest, Nachttest, Follow-up= Ergebnisevaluation; Prozess= Prozessevaluation

*¹ IG (Interventionsgruppe) *² KG (Kontrollgruppe)

Nachdem alle Fragebögen eingegangen waren, fanden seit April 2014 in der Wartelistenkontrollgruppe und den „neuen“ Interventionsschulen die Befragungen und

Maßnahmen statt. An der T0 Befragung nahmen ausschließlich die „neuen“ Interventionsschulen teil. Bei diesen Schulen findet sich dasselbe Untersuchungsdesign mit einer zeitlichen Versetzung. Jedoch wurde hier auf die T1 Erhebung verzichtet. Die Längsschnitterhebung im Frühjahr 2016 fand gemeinsam mit den zehn „alten“ Pflegeschulen statt.

Phase VI: Routinephase

Ziel der Projektausschreibung durch das BMG war die Schaffung eines evidenzbasierten Programms für die PflegeschülerInnen, welches dazu beitragen soll, die Gegebenheiten positiv zu verändern. Das astra-Modell konnte, wie später gezeigt wird, viel Diskussion anregen und unter anderem die tabakbezogenen Normen verändern. Um das astra-Programm später deutschlandweit implementieren zu können, fiel bereits in der Konzeptionsphase die Entscheidung für eine Curriculumanalyse. Ziel der Curriculumanalyse ist dabei, die Maßnahmeninhalte fest im Lehrplan der Schule zu integrieren, um eine langfristige Aufrechterhaltung in den folgenden Jahren zu sichern. Hierfür wurden die Curricula der einzelnen Bundesländer hinsichtlich möglicher Anknüpfungspunkte analysiert und Integrationsvorschläge ausgearbeitet, sodass astra in allen 16 Bundesländern in den Lehrplan integriert werden könnte. Jede Schule erhält Integrationsvorschläge, in welchen Themenblöcken die einzelnen astra-Module integriert werden können (z.B. Selbstpflege, Sucht etc.). Hierdurch konnte die Möglichkeit hinsichtlich eines Übergangs von dem Modellprojekt hin zu einem festen Programm, das auch nach der Projektzeit bestehen bleibt, gesichert werden. Die Verankerung des Projekts konnte aus zeitlichen Gründen jedoch nicht mehr während der ersten Projektphase erreicht werden. Um das Programm nachhaltig deutschlandweit zu implementieren, erfolgte deshalb eine Verlängerung des Projekts unter dem Fokus der Implementationsforschung von 01/15 bis 09/16 durch das BMG. Dabei wurden im Sinne der Langzeitstudie die PflegeschülerInnen aus dem Modellprojekt abschließend befragt (Effizienzevaluation). Aktuell wird das fertige Programm durch die Nutzung des Präventionsgesetzes von der DAK finanziert. Es erfolgt auch weiterhin eine evaluative Begleitung, wobei eine Strukturevaluation im Vordergrund steht.

Fazit:

Die zielgruppenspezifische Gestaltung des Projekts konnte zum einen durch die Hochschule Esslingen, dem gesammelten Wissen aus den Fokusgruppeninterviews und dem Feedback des Beirats ermöglicht werden. Dieses Wissen bildete die Grundlage bei der Anpassung evidenzbasierter Maßnahmen und Programme sowie der Anpassung des bereits vorhandenen

Tools zur nachhaltigen Implementierung von tabakpräventiven Maßnahmen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, sodass die astra-Module und Tools bestmöglich an die Zielgruppe angepasst wurden. Ziel ist eine Veränderung der Bedingungen und Normen in der Pflege in Bezug auf die Möglichkeiten und die Akzeptanz des Tabakkonsums. Dies ist jedoch ein zeitaufwendiger Prozess, der mit Hilfe einer stetigen Überprüfung und Anleitung vorangetragen wird.

In Bezug auf den Radarschirm der evidenzbasierten Praxis versucht astra stets, alle drei Komponenten zu beachten. Ein ständiger Austausch mit den Ergebnissen und Erfahrungen des Partnerprojekts PATRES und eine ständige Literatursuche über den aktuellen Wissensstand sorgen für eine ununterbrochene Optimierung des Programms. Zudem werden die Normen und Werte im Rahmen des Projekts evaluiert. Dabei erfolgt gleichzeitig ein enger Austausch mit den Beobachtungen und Erfahrungen von Vertretern der Praxis, wie der jungen Pflege oder dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Abschließend wird im Rahmen der Evaluation und im Austausch mit den astra-Trainern regelmäßig der Kontext reflektiert. Es kann somit geschlussfolgert werden, dass astra bemüht ist einer evidenzbasierten Praxis gerecht zu werden.

2.5.5 Durchführung des Programms und Vorstellung der astra Module

Im Rahmen des Projekts soll auf das Rauchverhalten bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eingewirkt werden. Sicherlich scheint es im ersten Moment sinnvoll, die Maßnahme innerhalb der Praxiseinrichtung durchzuführen, da hier die meisten Stressquellen liegen und dies den späteren Arbeitsort darstellt. Allerdings kooperiert eine Schule meist mit mehreren Praxiseinrichtungen bzw. mit vielen



Abbildung 19: Säulen und Ziele des astra-Programms

verschiedenen Stationen gleichzeitig. Dabei rotieren die PflegeschülerInnen nicht nur zum Teil zwischen den unterschiedlichen Praxiseinrichtungen, sondern auch innerhalb einer Einrichtung

zwischen den einzelnen Stationen. Die Arbeitsbedingungen unterscheiden sich bezüglich der Regeln und Normen gegenüber dem Umgang mit Raucherpausen enorm. Um alle PflegeschülerInnen des ersten Jahrgangs im gleichen Umfang zu erreichen und genug Zeit für tabakpräventive Unterrichtsstunden im Klassenverbund zu haben, wurde sich für die Umsetzung der Maßnahme in der Schule entschieden.

Beim astra-Programm handelt es sich um eine sehr umfangreiche Maßnahme, deren Umsetzung viel organisatorischen Aufwand und eine starke Motivation der astra-Trainer erfordert. Um das Programm erfolgreich in den Ausbildungsalltag zu integrieren, bedarf es eines starken Rückhalts und einer strukturierten Vorgehensweise. Um dies zu ermöglichen, wurde sich bei der Projektplanung für die Nutzung von einer Steuerungsgruppe entschieden.

1. Gründung einer Steuerungsgruppe

Veränderungen in Organisationen, bzw. die Umsetzung von Projekten, muss rationale und emotionale Faktoren verbinden (Problemlösung und emotionale Intelligenz), Strukturfragen lösen und dabei auch die Kultur des Unternehmens und der Personen darin beachten und die Leistungskompetenz stärken sowie eine Beteiligung durch die MitarbeiterInnen ermöglichen (Schley 1998). Um dies zu fördern, kam es bei astra zur Gründung einer Steuerungsgruppe, welche für die Planung und Durchführung des Projekts zuständig war. Die Steuerungsgruppe berücksichtigt bei der Umsetzung der Projektvorschläge die Ressourcen des Unternehmens, um eine erfolgreiche und passgenaue Gestaltung der Maßnahme zu ermöglichen. Dabei müssen die Projekte kommuniziert und die Aufgaben verteilt werden. Hier hat es sich als förderlich erwiesen, gleich die Aufgaben und die zuständigen Personen sowie den Zeitraum schriftlich festzuhalten. Um sich über die Umsetzung und Veränderungen auszutauschen und weitere Ziele zu planen, muss eine Kommunikation der Zwischenergebnisse erfolgen. Hierfür sollte sich die Steuerungsgruppe in regelmäßigen Abständen treffen. Dadurch können Probleme diskutiert oder gegebenenfalls geschlichtet und andere Herangehensweisen entwickelt werden. Im Rahmen der Steuerungsgruppe kommt es demnach zur Generierung von Ideen, der Beurteilung und Bewertung dieser und der Auswahl und Beschreibung der geplanten Vorhaben (BGW 2016, S. 17).

Die Steuerungsgruppe besteht aus Vertretern von Theorie und Praxis, also neben der Schul- und Kursleitung sind auch die PraxisanleiterInnen und Stations- und Pflegedienstleitungen vertreten. Ihre Aufgabe im Programm ist die Unterstützung der astra-Trainer bei der Planung,

Organisation und Durchführung des Programms. Die Steuerungsgruppe nimmt an Workshops teil und versucht weitere TeilnehmerInnen für diese zu gewinnen. Auch die Unterstützung des astra-Trainers bei der Integration des Programms in den Lehrplan und die Förderung einer Vernetzung von gelebter Theorie und Praxis gehören zu den Aufgaben der Steuerungsgruppe. Zudem sollen im Rahmen der Steuerungsgruppe Weisungs-, Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse geklärt werden. Auch die Entscheidung für die zu bearbeitenden Themen und die Entwicklung gemeinsamer Ziele aber auch die Unterstützung der astra-Trainer bei der Evaluation des Programms, sind Aufgaben der Steuerungsgruppe. Die Entwicklung eines Ablaufplans mit einer konkreten Zeitachse für die Durchführung der einzelnen astra-Module ist das Ziel der ersten Sitzung. Dabei müssen Termine gefunden und für die einzelnen Veranstaltungen, wie der Informationsveranstaltung, geworben werden (astra-Projektteam 2015).

2. Informationsveranstaltung

Die Informationsveranstaltung dient als Kick-off und richtet sich in erster Linie an die PflegeschülerInnen. Darüber hinaus sind auch Auszubildende aus Theorie und Praxis sowie interessierte MitarbeiterInnen eingeladen, um ein Gespür zu entwickeln, wie sich an das Thema Rauchen in der Pflege angenähert werden kann. Die Grundlage bei der Entwicklung der Informationsveranstaltung war die Kick-off-Veranstaltung von „losgelöst“, welche einen sehr guten Erfolg erzielte. Bei „losgelöst“ handelt es sich um ein schulbasiertes, jugendspezifisches Rauchstopp-Programm der BZgA.

Es wurde zum einen von den Teilnehmenden, zum anderen von den Durchführenden, sehr gut akzeptiert. Durch die Kick-off-Veranstaltung konnten bei „losgelöst“ insgesamt 39% zum Rauchstopp motiviert und 32% zur Kursteilnahme motiviert werden (Bühler et al. 2012). Demnach ließen sich aufhörwillige RaucherInnen auf dieses Rauchstopp-Programm ein und beurteilten dieses positiv.

Das Ziel der Informationsveranstaltung ist die Vermittlung von sieben zentralen Botschaften (astra-Projektteam 2015).

1. Rauchfreiheit passt besser zu Gesundheitsberufen.

Inhaltlich kommt es hier zu einer Sensibilisierung hinsichtlich der Identität als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf. Das Rauchen in der Pflege zwar weit verbreitet ist, aber dennoch die Mehrheit NichtraucherInnen sind. Ebenso thematisiert wird die Belästigung der

Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen durch den Tabakgeruch sowie die sinkende Akzeptanz des Tabakkonsums von Ausbildungsseite.

2. Rauchen zur Stressbewältigung, aber das Rauchen verursacht auch Stress.

Es erfolgt eine Aufklärung der Gründe für das Rauchen, der wirkenden Mechanismen beim Rauchen und der Entstehung einer Tabakabhängigkeit.

3. Tabakindustrie manipuliert junge Erwachsene, um Geld zu verdienen.

Es wird daran appelliert, sich von der Tabakindustrie nicht manipulieren zu lassen. Jede(r) RaucherIn zahlt mit seiner Gesundheit den Profit der Tabakkonzerne.

4. RaucherInnen wollen ihr Rauchverhalten ändern oder aufhören.

Es wird darauf hingewiesen, dass die meisten RaucherInnen mit ihrem Tabakkonsum unzufrieden sind und diesen gerne reduzieren oder gleich beenden wollen.

5. Es gibt viele Gründe aufzuhören - das Rauchverhalten zu verändern - Aufhören lohnt sich.

Bei dieser Botschaft wird erneut an die bekannten negativen gesundheitlichen Folgen erinnert und es werden die frauenspezifischen Risiken vorgestellt. Gleichzeitig werden auch betriebswirtschaftliche Folgen dargelegt und ein Gefühl aufgebaut, dass sich ein Rauchstopp in vielerlei Hinsicht lohnt (Aussehen, Gesundheit, Mortalität, finanzielle Gewinne, Arbeitsklima und im aktuellen Trend zu liegen).

6. Aufhören und rauchfrei bleiben geht, für viele am besten mit Hilfe.

Es wird vermittelt, dass Rauchfreiheit normativ ist und dies auch im Pflegeberuf. Aber es wird auch dafür sensibilisiert, dass Rauchen eine Sucht ist und es beim selbst-intendierten Rauchstopp zu Schwierigkeiten beim Erfolg kommen kann. Aber es gibt wirksame Methoden mit guten Abstinenzquoten und dass man keine Angst vor den Folgen eines Rauchstopps in Form von Entzugserlebnissen oder Suchtdruck zu haben braucht.

7. Wenn alle dabei sind, wird es klappen.

Das Wir-Gefühl unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen wird gestärkt. Die Spaltung zwischen den Rauchenden und NichtraucherInnen soll reduziert werden.

Die Informationsveranstaltung versucht dabei nicht den „salutogenetischen“ Zeigefinger zu erheben, sondern durch eine spannende und interaktive Didaktik zum Nachdenken anzuregen. Dadurch sollen erste Reflektionen des eigenen Rauchverhaltens angestoßen und NichtraucherInnen in ihrer Haltung gestärkt werden. Es werden zudem erste Anstöße für die

Entwicklung eines Wir-Gefühls gegeben, im Sinne einer gegenseitigen Rücksichtnahme, Unterstützung und die Sensibilisierung gegenüber Suchterkrankungen.

Demnach sind die Ziele der Informationsveranstaltung die Veränderung der wahrgenommenen sozialen Normen zum Rauchen, eine Sensibilisierung des Themas Rauchens bei allen Beteiligten. Es erfolgt eine erste Motivation zur Rauchfreiheit und zum Rauchstopp und eine Stärkung der Selbstwirksamkeit im Hinblick auf eine Rauchfreiheit und einen Rauchstopp (astra-Projektteam 2015).

Nachdem nun die SchülerInnen und Auszubildenden sowie weitere Interessierte über die Projektdurchführung informiert sind, erfolgt als Nächstes der Workshop, in dem konkrete Veränderungsziele festgelegt werden.

3. Workshop

Der Workshop versucht vorrangig die Verhältnisse in Schule und Praxis zu verbessern. Dafür erfolgt zunächst eine Bestandsanalyse der derzeitigen Bedingungen in der Schule und / oder Praxis. In einer Gruppe von ca. vier bis acht Personen, bestehend aus Auszubildenden (Theorie und Praxis) und der Leitung sowie der Kurssprechern des 'astra-Kurses' (Auszubildende des ersten Jahrgangs), sollen die aktuellen Bedingungen erfasst werden.

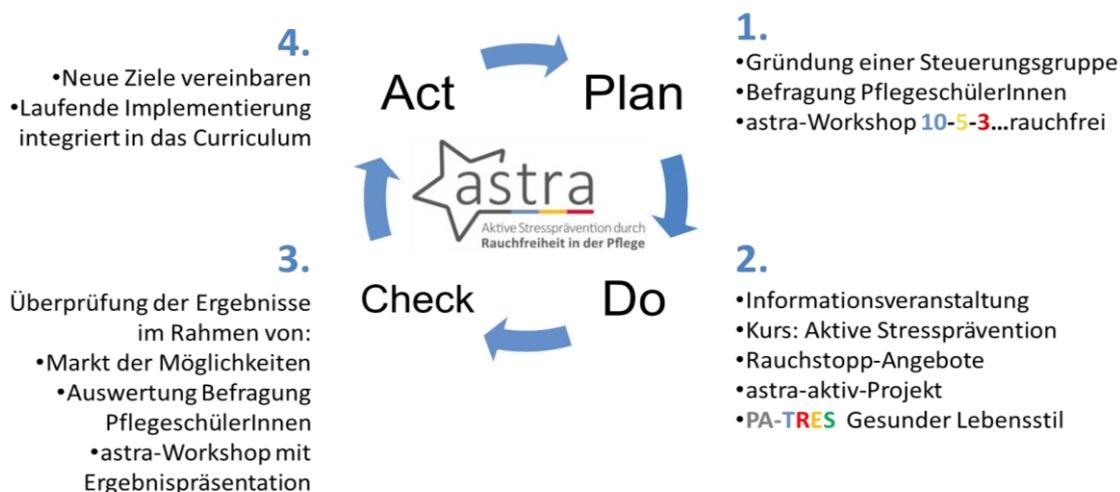


Abbildung 20: PDCA-Zyklus bei astra

Um die Qualität der Interventionen zu sichern, arbeitet astra mit dem PDCA-Zyklus.

Hierbei handelt es sich um einen Qualitäts- und Verbesserungsregelkreislauf, welcher dazu dient, Veränderungen zu planen, umzusetzen, zu kontrollieren und wenn sie erfolgreich waren, zu implementieren. PDCA steht für Plan Do Check Act und beschreibt somit einen Zyklus der

Optimierung, welcher nicht zum Stillstand kommt, sondern eine kontinuierliche Verbesserung der Umstände zum Ziel hat (Syska 2006).

Als Unterstützung und Orientierung bei der Planung der Maßnahmen erhalten die astra-Schulen ein Tool – ein bewährtes Instrument zur Implementierung von Beratung und Tabakentwöhnung – welche insgesamt **zehn Kriterien** beschreibt, die sich als erfolgsversprechende Indikatoren bei der Tabakintervention erwiesen haben. Anhand

dieser Kriterien sollen **fünf Ideen** gesammelt und schließlich **drei Ziele** gesetzt werden (z.B. Umsetzung einer aktiven, rauchfreien Pausengestaltung, eines Pausenraumes). Um innerhalb der 120 Minuten, die pro Workshop



geplant sind, auch Ziele definieren zu können, wird das astra-Tool von jedem/jeder Workshop-TeilnehmerIn ausgefüllt.

Hierfür mussten folgende 10 Kriterien vor Ort beurteilt werden:

- 1) Engagement
- 2) Kommunikation
- 3) Schulung und Training
- 4) Prävention und Tabakentwöhnung
- 5) Rauchfreiheit
- 6) Umfeldgestaltung
- 7) Gesunder Arbeitsplatz – gesunde Ausbildung
- 8) Kooperationen mit Praxiseinsatzorten und Region
- 9) Überprüfung der Umsetzung
- 10) Langfristige Umsetzung im Austausch mit anderen Schulen / Hochschulen bezüglich der aktuellen Situation.

Das astra plus-Tool: 10 – 5 – 3rauchfrei	
1. Engagement der Entscheidungsträger: Beauftragung Implementierungsteam	6. Berufliche Rolle & Vorbild sein: Verhalten als Vorbild wird erarbeitet
2. Kommunikation & Beteiligung: Schule und Praxis	7. Gesunder Arbeitsplatz – gesunde Ausbildung: Gesundheit schützen & Gesundheitskompetenz fördern
3. Schulung & Training: Beratungs- und Stresskompetenz	8. Kooperation mit Praxiseinsatzorten & Region
4. Prävention & Tabakentwöhnung: Rauchfrei bleiben und Hilfe zum Rauchstopp	9. Überprüfung der Umsetzung: Weiterentwicklung & Qualität entwickeln
5. Rauchfreiheit: Passivrauchen wird verhindert	10. Langfristige Umsetzung im Austausch mit anderen Schulen/Hochschulen

Abbildung 22: 10 astra-Kriterien im Überblick

Nach einem Austausch darüber mussten fünf Handlungsmöglichkeiten gefunden und anschließend drei Ziele gesetzt werden. Das Hauptziel des Workshops ist somit, die Regelungen der Rahmenbedingungen zu verbessern, aber auch die sozialen Interaktionen, wie die Kommunikation zwischen den Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen, zu fördern. Die

Grundlage für die Entwicklung des Tools bildete das evidenzbasierte Tool für die Implementierung eines rauchfreien Krankenhauses (DNRfK).

Neben dieser vorrangig verhältnispräventiven Maßnahme wirkte das astra-Programm gezielt verhaltenspräventiv auf die PflegeschülerInnen des ersten Ausbildungsjahrgangs ein. Nach der Informationsveranstaltung zu Beginn kommt den Stressbewältigungsstunden hier eine zentrale Rolle zu.

4. Stressbewältigungsstunden

Für die Entwicklung der aktiven Stresspräventionsstunden wurde das evidenzbasierte Programm „Der erfolgreiche Umgang mit den täglichen Belastungen“ des IFT Gesundheitsförderung genutzt, gekürzt und an die Zielgruppe angepasst. Diese verhaltenspräventive Maßnahme findet in der Klasse mit allen Schülern/Schülerinnen verpflichtend während der Unterrichtszeit statt. Innerhalb von vier Doppelstunden sollen neben dem richtigen Umgang mit Stress auch die Stärkung der Problemlösefähigkeit, das Entdecken der persönlichen Ressourcen und die Verbesserung des kollegialen Zusammenhalts, die Stärkung der Standfestigkeit in Problemsituationen sowie Module zur Körpersprache und zur Kommunikation vermittelt werden. Innerhalb dieser Stunden werden zum einen kognitive Konstrukte theoretisch erlernt und anhand von Beispielen und kleineren Übungen praktisch umgesetzt. Zum anderen wird die Bedeutung von Lebenskompetenzen diskutiert und in Form von interaktiven Übungen gefestigt. Didaktisch stellt die aktive Stressprävention somit eine Kombination aus Frontalunterricht anhand von Folien und Arbeitsblättern zur Vermittlung von Informationen und des Wissen mit der aktiven Umsetzung des Wissens in diversen Gruppen- und Partneraktivitäten dar, welche dem Austausch untereinander und der Einübung und Festigung neuer Verhaltensweisen dienen. Dies geschieht bspw. in Form von Rollenspielen. Das Brainstorming hilft bei der Generierung von Ideen und zeigt zusätzlich verschiedene Lösungsansätze auf. Diese Kombination aus Frontalunterricht und interaktiven Komponenten, Einzelarbeiten und Gruppenarbeiten aktiviert alle Lernstrategien, um die unterschiedlichen Lerntypen zu erreichen. Pro Stresspräventionsstunde werden zwei große Themenblöcke behandelt. Zwischen diesen findet immer abwechselnd eine kurze Entspannungs- oder eine kurze Aktivierungsübung statt. Durch das Vorstellen und Ausprobieren einzelner Entspannungs- und Aktivierungsübungen sollen Möglichkeiten zum schnellen kurzfristigen Stressabbau oder der Aktivierung bei den ersten Ermüdungserscheinungen aufgezeigt werden, welche auch im Praxiseinsatz schnell und ortsunabhängig durchgeführt werden können. Ziel der Übungen ist es somit, einfache in der Praxis umsetzbare Übungen zur Entspannung zu

erlernen, Alternativen zur Zigarettenpause aufzuzeigen und die Konzentration für die zweite Unterrichtseinheit wieder herzustellen. Die konkret ausformulierten Inhalte sowie die Unterrichtsfolien und das Manual können unter info@astra-plus.de angefordert werden. Im Folgenden sollen die zentralen Inhalte, konkreten Ziele und theoretischen Hintergründe der einzelnen Unterrichtsstunden vorgestellt werden. Eine tabellarische Darstellung mit einer Beschreibung der Methode und Didaktik befindet sich im Anhang (siehe Tabelle 84 bis 87).

Die vier Kursstunden

Wie im transaktionalen Stressmodell angeführt, entscheidet die individuelle Beurteilung eines jeden Menschen, ob es bei einem Reiz zu einer Stressreaktion kommt. Das Ziel von Stressbewältigungsprogrammen ist es, ein gewisses Repertoire an Bewältigungsstrategien und Kompetenzen aufzubauen. Die helfen künftig sicher mit den Belastungen zurechtzukommen. Die Wahl der optimalen Methode ist dabei von den Bedürfnissen, Ressourcen und Stressoren abhängig (Schulz 2005). Die Stärkung und Vergrößerung der Bewältigungsstrategien hilft den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen von Anfang an kompetenter mit dem Stress umgehen zu können und dies wirkt sich positiv auf deren Gesundheit aus. Schulz erstellte anhand der aktuellen Literatur eine Klassifikation der Stressbewältigungsstrategien, die in der unteren Tabelle 10 erkennbar sind.

Tabelle 10: Klassifikation von Stressbewältigungsstrategien (vgl. Schulz 2005, S. 230)

Bewältigung erzielt über die Beeinflussung	Offensives Coping	Defensives Coping	
...der Stressquelle (stimulus-directed coping)	1. Planvolles Handeln zur Beeinflussung der Stressquelle	2. Bewusstes Vermeiden der Konfrontation mit der Stressquelle	Problemorientiert
...der Stresswahrnehmung (attention-directed coping)	3. Infos über die Stressquelle	4. Verleugnung/ Ignorieren/ Ausblenden der Stressquelle	
... der Stressbewertung (appraisal-focused coping)	5. Sich Mut machen durch Umbewerten	6. Akzeptieren durch Umbewerten	
... der körperlichen Stressreaktion (reponse-directed, palliatives Coping)	7. Aktives Beruhigen und Anregen	8. Passives Beruhigen und Anregen	Reaktionsbezogen
...des Stressausdrucks (response-directed, expressives Coping)	9. Stresseemotionen ausdrücken/ abreagieren/ mitteilen	10. Stresseemotionen kontrollieren/ unterdrücken	

Im Rahmen des Projekts wurden alle offensiven Copingstrategien sowie eine Strategie des defensiven Copings zur Stressbewertung, das Akzeptieren einer Situation durch deren Umbewertung (6), vermittelt.

1. Die Suche nach den eigenen Ressourcen – Das erste Treffen

Die erste Stressbewältigungsstunde soll einen entspannten Einstieg in das Thema bieten und eine Beziehung zwischen dem astra-Trainer und der Klasse aufbauen.

- Die eigenen Ressourcen erkennen und Zeit dafür einplanen

Laut der salutogenetischen Perspektive kann die Nutzung von sozialen und personalen Ressourcen helfen, besser mit den Anforderungen umgehen zu können und stellen somit gesundheitliche Schutzfaktoren dar (Lazarus 2015). Im ersten Teil der Stunde sollen die PflegeschülerInnen die Bedeutung der eigenen Ressourcen kennenlernen und sich ihrer persönlichen Ressourcen bewusst werden. Sie lernen ihre Ressourcen zu aktivieren und optimal einzusetzen. Um möglichst viele soziale Ressourcen aufzubauen, soll im zweiten Teil der Stunde das Wir-Gefühl gestärkt werden.

- Stärkung des Wir-Gefühls

Laut der Theorie der sozialen Unterstützung hängen Stress und die soziale Unterstützung eng miteinander zusammen. Soziale Unterstützung beschreibt dabei die Interaktion zwischen zwei und mehr Personen, die versuchen, einen bestimmten Problemzustand einer Person zu lösen, zu beheben oder zu reduzieren. Dieses Modell berücksichtigt dabei sowohl den Empfänger als auch die Quelle der sozialen Unterstützung und betont die subjektive Wahrnehmung sowohl der empfangenen als auch der geleisteten Hilfe. Dabei kann die soziale Unterstützung als protektiver Faktor oder als Risikofaktor wirken, abhängig, ob es sich um ein günstiges oder ungünstiges soziales Netzwerk handelt. Frauen leisten dabei mehr emotionale Unterstützung und nehmen öfter Hilfe in Anspruch. Sie besitzen oft große soziale Netzwerke, auf die in Stresssituationen zurückgegriffen wird. Durch eine gelungene soziale Unterstützung können auch positive Effekte auf die Gesundheit der Person (z.B. das Immunsystem) nachgewiesen werden (Knoll Nina und Schwarzer 2005). Damit die soziale Unterstützung durch die Klassenkameraden optimal genutzt werden kann, lernen die PflegeschülerInnen in der zweiten Unterrichtsstunde, im Team zu funktionieren und sich im Team abzusprechen.

2. *Auf dem Weg zum Stressprofi – Das zweite Treffen*

In der zweiten Kursstunde sollen sich die PflegeschülerInnen aktiv mit den Belastungen und Stressoren in der Pflege auseinandersetzen und erlernen die Kompetenz, ihre Einstellung zu bestimmten Stresssituationen zu ändern.

- Erlernen der Stressanalyse

In der zweiten Kursstunde werden die drei Bestandteile von Stress vermittelt. Stress besteht, wie oben beschrieben, aus den Stressoren, der Stressreaktion und aus dem persönlichen Stressverstärker (Kaluza 2007). Durch das Kennen der Stressquelle kann im Sinne des offensiven Copings durch planvolles Handeln die Stressquelle beeinflusst werden. Es werden bewusst Informationen zusammengetragen, sodass eine bewusste Stresswahrnehmung erfolgt. Anhand dieser Informationen findet eine Stressbewertung statt, die im Sinne einer Umbewertung genutzt wird (offensives Coping) oder dabei hilft, die Situation zu akzeptiert (defensives Coping), (Schulz 2005). Die Vermittlung dieser Stressbewältigungsstrategien soll den Pflegeschülern/den Pflegeschülerinnen dabei helfen, sich ihrer persönlichen Stressquellen im Beruf und im Privatleben bewusst zu werden. Sie sollen sich dem Sinn und Zweck einer gezielten Stressanalyse bewusst werden und lernen, diese selbstständig durchzuführen. Durch das Erkennen der Stresssituationen können die PflegeschülerInnen künftig besser damit umgehen.

- Gezielte Einstellungsänderung erlernen

Einige Situationen sind nicht mehr zu ändern und benötigen zunächst eine kurzfristige Problemlösung. Um dies zu ermöglichen, ist es wichtig, die Einstellung zur Stresssituation zu ändern. Durch die Reflektion der persönlichen Stressverstärker und einer Neubewertung dieser kann der Stresslevel einer Person gesenkt werden (Kaluza 2015, Schulz 2005). Die PflegeschülerInnen lernen im zweiten Teil der Stunde die Bedeutung und Möglichkeiten der kurzfristigen Stressbewältigung kennen und verstehen das Prinzip und Ziel der Einstellungsänderung. Sie lernen, dass einige Probleme zwar nicht behoben werden können, eine veränderte Einstellung dazu jedoch dennoch das Stresserleben reduziert.

3. *Probleme richtig anpacken und lösen – Das dritte Treffen*

Bei der dritten Sitzung geht es um die bewusste Problemzuwendung. Dabei kommt es zur Vermittlung von Kompetenzen, die dabei helfen, ein Problem im Kern zu erfassen und dieses anschließend zu lösen oder nicht länger als Belastung zu empfinden.

- Erlernen einer kurzfristigen Problemlösestrategie – die kontrollierte Zuwendung

Durch die Aktivierung des Wissens über stresserzeugende persönliche Bewertungen und Motive kann bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen das Verständnis für deren Wirkung auf das persönliche Stresserleben reflektiert werden. Bei dem kognitiven Konzept der kontrollierten Zuwendung steht die Veränderung der persönlichen Stresserzeuger im Vordergrund. Durch die praktischen Übungen mit selbstgewählten stresserzeugenden Ereignissen und einer anschließenden kognitiven Auseinandersetzung und Umstrukturierung (z.B. durch Rollentausch) erleben die TeilnehmerInnen die stressreduzierende Wirkung dieser Methode (Kaluza 2015). Die PflegeschülerInnen lernen eine Strategie zur kurzfristigen Stressbewältigung, die sie anwenden können, wenn eine Situation nicht veränderbar ist. Die PflegeschülerInnen verstehen dabei die Bedeutung der kontrollierten Zuwendung und können diese selbstständig durchführen. Da diese Strategie jedoch keine langfristige Lösung darstellt und viele Probleme angepackt werden können, wird in der zweiten Stunde die systematische Problemlösestrategie vermittelt.

- Erlernen einer langfristigen Problemlösestrategie – das systematische Problemlösen

Die systematische Problemlösung ist ein psychologisches Verfahren, bei dem eine Person gezielt mit einer Stresssituation (theoretisch) konfrontiert wird und eine problembezogene Auseinandersetzung erfolgt. Anschließend werden mögliche Ideen zur Problemlösung gesammelt und reflektiert. Nach Einbezug der möglichen Konsequenzen der Handlung kommt es zur Entscheidung für eine der Ideen oder eine Ideenkombination. Damit die Idee später umgesetzt werden kann, erfolgt eine konkrete Handlungsplanung mit allen nötigen Schritten, die bei der Realisierung entscheidend sind. Durch die Umsetzung des Handlungsplanes in der Praxis kann anschließend die Bilanz gezogen werden, ob der Handlungsplan erfolgreich war. Ist dies nicht der Fall, erfolgt eine Fehleranalyse und ein neuer Versuch. Durch diese Methode sollen die Strategien zur langfristigen Stressbewältigung erlernt und verstanden werden, sodass künftig Probleme besser gelöst werden können und das Kernproblem schneller identifiziert wird. Demnach erlernen die SchülerInnen eine Strategie zur systematischen Suche nach den Ursachen eines Problems und den möglichen Lösungswegen. Ziel der Stunde ist, dass die SchülerInnen die Bedeutung des systematischen Problemlösens verstanden haben und dieses selbstständig durchführen können.

4. *Stark sein und nach außen stark auftreten – Das vierte Treffen*

In der letzten Sitzung erfolgt ein Lebenskompetenztraining. Dies hat sich im schulischen Kontext als wirksame Möglichkeit erwiesen, positiv auf die distalen und proximalen Schutzfaktoren einzuwirken. Durch die Stärkung der individuellen Soft-Skills kann das Risiko gesenkt werden sodass es zu einem Substanzmissbrauch kommt (Maiwald und Bühler 2000).

- Analyse und Nutzung der eigenen Körpersprache

Bereits 1967 untersuchten Mehrabian und Ferris die Bedeutung nonverbaler und verbaler Kommunikation. In ihrer Studie stellten sie fest, dass 55% über die Körpersprache, 38% über die Stimme und nur 7% über den eigentlichen Inhalt bestimmt wird (Schneider-Stickler und Bigenzahn 2013). Auch wenn die „55-38-7“-Regel heutzutage umstritten ist, herrscht dennoch eine Einigkeit über die zentrale Bedeutung der Körpersprache und der Stimme bei der Kommunikation vor. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der Vielzahl an Trainingsangeboten hierzu. In der letzten Stressbewältigungsstunde lernen demnach die PflegeschülerInnen die Bedeutung der eigenen Körpersprache und deren Wirkung auf andere kennen. Sie haben die Gelegenheit, in verschiedenen Rollenspielen die unterschiedliche Wirkung zu erproben und die Körpersprache gezielt zu nutzen. Ziel ist die Vermittlung der Kompetenz, die Körpersprache gezielt in Verbindung mit der Sprache und Lautstärke zu nutzen, um den eigenen Standpunkt bestmöglich vertreten zu können.

- Standfestigkeitstraining

In Studien zur Suchtprävention hat sich das Training der Standfestigkeit als besonders wirksamer proximaler Schutzfaktor erwiesen. Die SchülerInnen berichten, danach leichter einem Angebot (Zigarette) widerstehen zu können und dieses auch öfter abgelehnt zu haben (Maiwald und Bühler 2000). Im Rahmen des Unterrichts lernen die PflegeschülerInnen „Nein“ zu sagen, um ihre eigenen Interessen und ihre eigene Gesundheit zu schützen. Sie erleben die Zweideutigkeit zwischen dem gesagten Wort und der Körpersprache einer Person und deren Wirkung auf die empfundene Standfestigkeit dieser. Durch diese Erfahrung erlernen die PflegeschülerInnen selbstsicheres Auftreten und können dieses festigen. Dies dient als Training, um auch in schwierigen Situationen standfest zu bleiben.

5. *Astra-aktiv-Projekt*

Das Ziel des astra-aktiv-Projekts ist die Entwicklung und Umsetzung der verhältnispräventiven Maßnahmen aus dem Blickwinkel der SchülerInnen. Dabei steht die Tabak- und

Stressprävention im Vordergrund des Projekts. Zur Realisierung werden jeder astra-Klasse 500 € zur Verfügung gestellt, um gesundheitspräventive Bedingungen zu schaffen. Um eine strukturierte und gewinnbringende Arbeitsweise zu erleichtern, arbeiten auch die SchülerInnen mit dem astra-Tool, welches bereits beim Workshop zum Einsatz kam. Des Weiteren werden den Schülern/Schülerinnen die Ziele aus dem Workshop präsentiert und (falls möglich) zur Umsetzung durch die SchülerInnen freigegeben. Besonders empfehlenswert und beliebt war die Schaffung von Pausenräumen, welche durch die PflegeschülerInnen im Rahmen des Projekts gestaltet werden konnten. Zudem wurden auch „Nichtraucherbänke“ im Freien geschaffen und im aktuellen Durchgang renovierte eine Schule in der Projektzeit die Tischtennisplatten und ermöglichte so den Schülern/Schülerinnen einen körperlichen Ausgleich zum Schulstress.

Zur Veranschaulichung der Leistungen erstellen die SchülerInnen ein Poster mit den Projektergebnissen, welches auf dem Markt der Möglichkeiten vor Vertretern aus Schule und Praxis vorgestellt wird.

Das astra-aktiv-Projekt beinhaltet demnach wichtige Basiselemente des Projektmanagements. Der astra-Trainer achtet darauf, dass die Ziele auch klar definiert sind und umgesetzt werden können. So wird im Sinne der SMART-Methode darauf geachtet, dass die Projekte: Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch und Terminiert sind (Eremit, Weber 2016). Im astra-aktiv-Projekt geht es vorrangig um kurzfristige Ziele, demgegenüber können im Workshop auch mittel- oder langfristige Ziele gesetzt werden. Damit die Ziele von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen akzeptiert und getragen werden, ist es wichtig, dass diese den Wünschen und Interessen der SchülerInnen entsprechen (Karnicnik 2010). Durch die Schaffung der Möglichkeiten (z.B. Bereitstellung eines Raumes) und die Umsetzung durch die SchülerInnen (Umgestaltung eines einladenden Pausenraums) wird die Akzeptanz der Maßnahmen erhöht und die PflegeschülerInnen identifizieren sich mit der Maßnahme.

Parallel zu diesem Projekt können die aufhörmotivierten PflegeschülerInnen an einer Rauchstoppintervention teilnehmen.

6. Die Tabakintervention

Je nachdem welches Angebot genutzt wird, unterscheiden sich auch die Gruppengröße sowie die Methode des Rauchstopp- Kurses. Während der Rauchfrei-Kurs und der internetbasierte Kurs Gruppenprogramme darstellen, handelt es sich beim Rauchertelefon um eine individuelle

Beratung. Im Folgenden sollen die drei angebotenen Tabakinterventionsformen vorgestellt werden.

1. Das Rauchfrei-Programm

Die Raucherintervention in der Gruppe erfolgt auf der Grundlage des „Rauchfrei Programms“ (vorrangig für Erwachsene) der IFT Gesundheitsförderung vermischt mit einzelnen Elementen aus „losgelöst“ (Rauchstoppprogramm für Jugendliche), um es besser an die vorrangig jugendlichen PflegeschülerInnen anzupassen. Beide Programme werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] angeboten. Das Rauchfrei Programm ist ein etabliertes Gruppenentwöhnungsprogramm, welches jährlich hinsichtlich der Wirksamkeit evaluiert wird und gute Erfolgsquoten von einer Abstinenz nach einem Jahr von 30,7% aufweisen kann (Ofner, Kröger 2015).

Um dieses Programm bei astra anbieten zu können, fanden in der Vorbereitungsphase Eigenqualifikationen als Rauchfrei-Trainer statt.

Dieses Programm verwendet eine Bandbreite an Methoden, welche sich bei der Suchtberatung und –entwöhnung als wirksam erwiesen haben, wie kognitive Verfahren zur Einstellungsänderung, motivierende Gesprächsführung, um die Motivation hin zur Rauchfreiheit aufzubauen, Verfahren zur Zielsetzung, Umgang mit Emotionen sowie Rückfallprophylaxe (Ofner, Kröger 2015). Damit die TeilnehmerInnen von den Gruppenprozessen, wie dem Lernen von den anderen (Modelllernen) und der gegenseitigen Unterstützung, profitieren können, sollte die Gruppengröße mindestens sechs Personen betragen.

Es ist zu beachten, dass die Kursteilnahme bei astra kostenfrei ist und während der Unterrichtszeit stattfindet. Zudem richtet es sich zum einen an die aufhörwilligen RaucherInnen, aber auch an PflegeschülerInnen, die nur darüber nachdenken sowie an jene, die gerne mehr darüber erfahren möchten, wie eine wirksame Tabakprävention funktioniert. Das Angebot ist somit deutlich niedrigschwelliger als normalerweise, da sonst die Rauchfrei-Kurse mit Kosten verbunden sind und im Allgemeinen während der Freizeit stattfinden. Dies soll bei astra dazu beitragen, dass möglichst viele an dem Raucherentwöhnungsprogramm teilnehmen, führt aber auch dazu, dass deutlich niedrigere Abstinenzquoten erwartet werden. In Bezug auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung wird davon ausgegangen, dass die PflegeschülerInnen auf einer niedrigeren Stufe sind und somit mehr Motivationsarbeit nötig ist.

Deshalb wird es bei astra als Erfolg gewertet, wenn in den Schulen ein Kurs zustande kommt und somit Einfluss auf die Amivalenz des Rauchens ausgeübt werden kann.

Für den Durchführungsort und die Zeit wurde sich für die Schule idealerweise während der Unterrichtszeit (parallel zum astra-aktiv-Projekt) entschieden. Neben der guten Erreichbarkeit garantiert die Schulpflicht gleichzeitig gute Haltequoten für die Raucherprävention. Dies ist insofern von zentraler Bedeutung, da die Forschung zum Projekt „losgelöst“ gezeigt hatte, dass die Akzeptanz, Erreichbarkeit und Effektivität von tabakbezogenen Maßnahmen von den Rahmenbedingungen in der Schule (und bei astra auch denen der Praxiseinrichtung) abhängen (Bühler et al. 2012). Hier ist im Besonderen die schulbezogene Tabakkontrollpolitik gemeint. Diese umfassen laut Bühler und Piontek (2014, S. 1):

- Struktur: regelmäßige Zusammenarbeit in einem Arbeitskreis
- Regelwerk: komplette Rauchverbote für alle Personengruppen
- Durchsetzung der Regelungen und Konsequenzen
- Förderung des Nichtrauchens, der Aktivitäten für das Nichtrauchen
- Wissen- und Kompetenzvermittlung: Fortbildungen zu rauch-/ präventionsspezifischen Themen
- Kooperation und Vernetzung: Zusammenarbeit mit anderen Schulen, Krankenkassen, Beratungsstellen
- Formalisierung der Tabakpolitik: Dokumentation und regelmäßige Kommunikation der vorherrschenden Regelungen

Diese Kriterien sowie deren Umsetzungsgrad geben ein Maß dafür, wie gut die Tabakpolitik an einer Schule bereits ist und wo noch Optimierungsmöglichkeiten liegen (Bühler und Piontek 2014, S. 2). Aus diesem Grund sollen bereits vor dem Präventionskurs im Rahmen eines Workshops (der im Kapitel 2.4.5 genauer beschrieben wurde) die aktuellen strukturellen Rahmenbedingungen ermittelt und verbessert werden.

Die Forschung im Rahmen von „losgelöst“ identifizierte die folgenden erleichternden Faktoren, um eine Schule für eine Tabakintervention zu motivieren (Bühler et al 2012):

- Interesse der Schule am Thema Tabakentwöhnung
- Etablierte Zusammenarbeit
- Ein persönlicher Kontakt des Kursleiters zur Schulleitung
- Klärung der zeitlichen Koordination der Maßnahmenbausteine
- Keine konkurrierenden Veranstaltungen an der Schule zur selben Zeit
- Kooperation, indem Schulsozialarbeiter vor Ort sind

Im astra-Programm konnten durch die Steuerungsgruppe die meisten Punkte in den Schulen angebracht und realisiert werden. Die Motivation für den Besuch eines Rauchstopp-Kurses fand in der Informationsveranstaltung und den Kursstunden zur aktiven Stressprävention statt.

2. Online-Programm

Die Forschung zur Wirksamkeit von computerbasierten Interventionen ergab, dass diese wirksam sind, wenn sie auf die persönlichen Bedürfnisse des Rauchenden abgestimmt sind und Module zum eigenen Rauchverhalten, den Aufbau von Alternativen, der Motivationsförderung und Tipps zur Ernährung und dem Durchhaltevermögen besitzen. Zudem haben sich Videoclips, Kostenrechner, Tagebuchfunktionen und ein Chat als förderlich erwiesen. Die Maßnahmenumsetzung sollte auf einer kognitiv-emotional-motivationalen Ebene stattfinden und Elemente der Wissensvermittlung, der Erhöhung der kognitiven Dissonanz, der Förderung des Selbstbewusstseins, der kognitiven Umstrukturierung rauchbezogener Einstellungen, der Selbstbeobachtung, des Selbstmanagements, des Kontingenzmanagements, des Aufbaus von Handlungsalternativen und der Problemlösefähigkeiten enthalten. Zudem ist es hilfreich, Elemente auf der physiologisch-biologischen Ebene, wie der Stressreduktion und Entspannung, mit einfließen zu lassen. Diese Inhalte konnten beim Online-Programm „SQUIN“ gefunden werden (<http://www.squin.de/>). SQUIN steht für Smoke Quit Win und kombiniert wissenschaftlich erfolgreiche Methoden der Tabakentwöhnung mit Spiele-Elementen und Community-Funktionen. Dieses Programm entspricht, ebenso wie das Rauchfrei-Programm, dem §20 SGB V zur Primären Förderung und Prävention. Das besagt: „Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“ (Sozialgesetzbuch, 2016). Wie auch beim Rauchfrei-Programm handelt es sich um eine verhaltensbezogene Gruppenintervention. Dabei lösen die TeilnehmerInnen kleine Aufgaben und erlangen dadurch einen höheren Level. Die Gruppengröße wird automatisch auf vier bis zwölf Personen festgelegt. Da SQUIN flexibel auf die Gruppengröße reagieren und gegebenenfalls auch andere TeilnehmerInnen (außerhalb von astra) bei einer unzureichenden Gruppengröße hinzuholen können, eignet sich dieses Online-Programm besonders bei kleineren Gruppengrößen (SQUIN 2017).

Durch die Verteilung der Gutscheine kann eine Teilnahme an SQUIN anonym und kostenfrei erfolgen. Es können auch durch die Suche eines buddy die sozial unterstützenden Prozesse, wie

sie im Gruppen-Kurs existieren, genutzt werden. SQUIN ermöglicht eine zeit- und ortsunabhängige Plattform, die gerade im Hinblick des Wechsels zwischen Schul- und Praxiseinheiten sowie des Schichtdienstes eine flexible Möglichkeit der Tabakintervention für die Zielgruppe darstellt (Zeidler, Kleiber 2016).

3. Telefonische Beratung

Für eine telefonische Betreuung bei dem Vorhaben, rauchfrei zu werden, kann das Rauchertelefon der BZgA genutzt werden. Beim Rauchertelefon werden Einzelberatungen durchgeführt, die mittels persönlicher und individueller Beratung und Unterstützung einen Rauchstopp begleiten sollen. Hierfür werden zu Beginn fünf bis sechs Telefonsitzungen bis zur Abstinenz eingeplant, diese können jederzeit durch proaktive Anrufe ergänzt werden. Die Dauer beträgt ca. 15 Minuten pro Telefonat und die Termine hierfür werden gemeinsam bestimmt. Nach dem Rauchstopp werden über zwei bis drei Wochen wöchentlich Sitzungen abgehalten. Die Nachkontrolle erfolgt hier nach fünf Monaten.

3 Methode

Im Methodenteil soll zum einen das Studiendesign, die Durchführung der Befragung und die Fragebögen sowie die Rekrutierung vorgestellt werden. Es werden zudem die Interventionen und die Kontrollbedingungen beschrieben und die Sicherung der Vergleichbarkeit bei der Durchführung der Module in den einzelnen Schulen von den unterschiedlichen Trainern erläutert werden, bevor auf die Stichprobenbeschreibung und die Operationalisierung der Messinstrumente eingegangen wird. Im Anschluss daran soll die Baselineäquivalenz, der Ausfall zwischen T0 und T2 sowie die Ausfallanalyse dargestellt werden. Abschließend erfolgt eine Vorstellung der untersuchten Fragestellungen und Hypothesen.

3.1 Design

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein nicht randomisiertes Wartelisten-Kontrollgruppen-Design. Die Schulen für Pflegeberufe konnten selber wählen, ob sie das Projekt als Kontrollschule, Kontrollschule mit späterem Einstieg oder als Interventionsschule unterstützen möchten. Bei der Auswahl der Schulen wurde aus ökonomischen Gründen größtenteils die Nähe zu den Projektstandorten bevorzugt. Dennoch wurde bei der Auswahl der Pflegeschulen auf Heterogenität hinsichtlich der Ausbildungsformen (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege) und der Größe der Schulen (große Ausbildungsinstitute mit mehreren Klassen pro Jahrgang bis hin zu sehr kleinen Pflegeschulen) geachtet.

Wie in Abbildung 23 erkennbar wurden die SchülerInnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf unterschiedliche Weise befragt. Die erste Befragung (T0) fand im September 2013 in den Klassen vor der Durchführung der Module statt. Dies geschah sowohl in den Interventionsschulen als auch in den Kontrollschulen. Nachdem die ersten vier Schritte (Gründung einer Steuerungsgruppe, Durchführung der Informationsveranstaltung, Durchführung des Workshops und Durchführung der aktiven Stressbewältigungsstunden) stattfanden, erfolgte in den Interventionsschulen eine schriftliche Prozessevaluation in der Klasse. Dies geschah in der letzten Kursstunde und demnach im Dezember 2013. Die Prozessevaluation diente vordergründig der Ermittlung der Akzeptanz der Maßnahmen und Nutzung der vermittelten Inhalte. Nachdem auch das astra-aktiv Projekt bzw. der Rauchstopp-Kurs durchgeführt wurde, erfolgte sowohl in den Interventionsschulen als auch in den Kontrollschulen Ende Januar 2014 die nächste Evaluation (T1). Diese ermittelte u.a. die

kurzfristigen Effekte des Projekts und erfolgte zunächst Online (mittels surveymonkey) und später zusätzlich mittels Telefonbefragung (durch Infratest), da bei der Onlinebefragung nur eine unzureichende Teilnahmequote erreicht wurde. Im April 2015 fand die Abschlussbefragung (T2) statt, um zu überprüfen, inwieweit sich auch nach anderthalb Jahren noch Hinweise auf die Wirksamkeit des Projekts finden lassen. Im Rahmen der vorliegenden Studie sind die Ergebnisse zu den Befragungszeitpunkten T0 und T2 von Interesse. Informationen, z.B. zur Prozessevaluation, sind auf Anfrage erhältlich bzw. finden sich auf der Projekthomepage unter: <http://www.astra-programm.de/home/>.

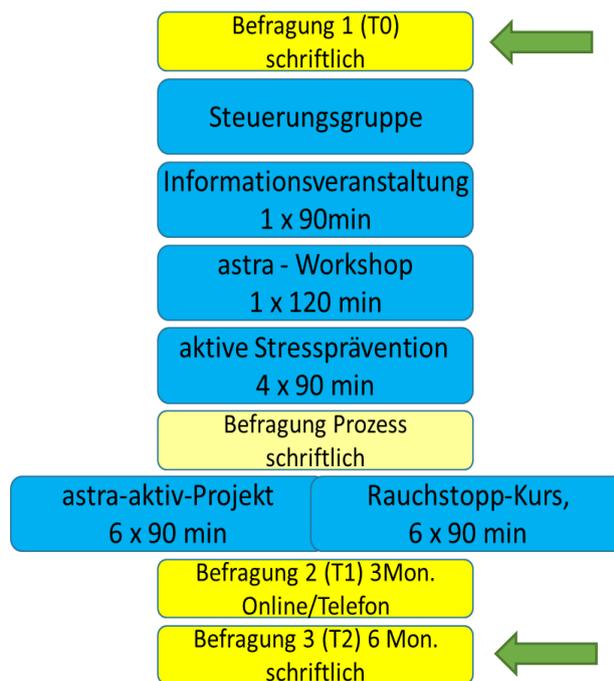


Abbildung 23: Ablauf der Studie und der Befragungen in den Interventionsschulen

3.2 Durchführung der Befragung

Der Schulleitungsfragebogen wurde an alle zwölf Schulen geschickt. Bei einer Kontrollschule fand bei T2 krankheitsbedingt die Beantwortung des Bogens trotz Erinnerung nicht statt.

Um die Beteiligungsquote bei der astra die Befragung zu erhöhen, wurde die Befragung in der Klasse und während der Unterrichtszeit durchgeführt (Paper und Pencil). Die genaue Durchführung der Evaluation wurde von den astra-ProjektmitarbeiterInnen besprochen und an allen Schulen in gleicher Weise durchgeführt. Eine Ausnahme waren die Hamburger Schulen. Hier wurden externe Personen mit Erfahrung in der quantitativen Forschung für die Evaluation der Klassen engagiert und bezüglich der Vorgehensweise telefonisch geschult. Es herrschten somit an allen Schulen vergleichbare Abläufe.

Zunächst erfolgte eine grobe Information der SchülerInnen über das Projekt, die Auftraggeber und die Ziele. Im Anschluss daran wurde die Einwilligungserklärung mit den zentralen Informationen ausgehändigt, besprochen und von den Schülern/Schülerinnen unterschrieben. Die Informationen zum Projekt und den Rahmenbedingungen der Studie blieben bei den Schülern/Schülerinnen, die unterschriebene Einverständniserklärung wurde in einen Umschlag gesteckt und an das IFT Institut für Therapieforchung München gesendet. Die Befragung fand freiwillig und anonymisiert statt. Da die Evaluation von astra als eine Längsschnittstudie angelegt war, erstellten die SchülerInnen ein persönliches Codewort, welches eine Zuordnung

der Bögen an den unterschiedlichen Messzeitpunkten, nicht jedoch eine Zuordnung der Person, ermöglichte. Als Vergütung nahmen die SchülerInnen an der Verlosung eines Wellnesswochenendes für zwei und eines Tablet-PCs teil. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Schülern/SchülerInnen in einen Umschlag gesteckt und zur Auswertung an das IFT München Institut für Therapieforschung geschickt.

Da das astra-Projekt für die SchülerInnen des ersten Ausbildungsjahrgangs konzipiert wurde, stand die Befragung dieser im Vordergrund. Insgesamt wurden in einigen Schulen alle SchülerInnen und in anderen Schulen nur ein Kurs befragt. Da das astra-Projekt ausschließlich mit Schülern/Schülerinnen des ersten Jahrgangs durchgeführt wurde, erfolgte die Befragung zum Abschluss des Projekts (T2) nur mit den Schülern/Schülerinnen des ersten Jahrgangs, sodass die SchülerInnen der höheren Jahrgänge nicht erneut befragt wurden (nähere Erläuterungen siehe Punkt 3.9.7). Insgesamt liegen die Daten von 508 Schülern/Schülerinnen vor. Damit konnte eine Ausschöpfungsquote von 88 Prozent erreicht werden.

3.3 Die Fragebögen

Sowohl bei den Fragebögen an die Schulleitung als auch bei den Schülerbögen handelte sich es um Papierfragebögen.

Der Eingangsfragebogen (T0) für die Schulleitung umfasste 15 Fragen und die Beantwortung dauerte ca. acht Minuten. Der Abschlussfragebogen (T2) für die Schulleitung umfasste 17 (KG) bis 22 (IG) Fragen und dauerte ca. zehn Minuten. Der Fragebogen erfasste die Größe der Schuleinrichtung (Schülerzahl und Personal), die Region (städtisch oder ländlich), die Kooperation und Zusammenarbeit mit den Praxiseinrichtungen, die Tabakpolitik in der Schule, die Möglichkeiten der Pausengestaltung in der Schule, die Prioritätenverteilung von Themen der Gesundheitsförderung, die Motivation zur Rauchfreiheit der gesamten Einrichtung sowie die Zuversicht und konkreten Ziele diesbezüglich und schaffte mittels offener Fragen die Möglichkeit, auf mögliche Probleme oder Widerstände hinzuweisen als auch Empfehlungen anzubringen. Im Abschlussfragebogen wurden bei den Interventionsschulen auch die wahrgenommenen Veränderungen erfragt und Feedback zum Programm eingeholt.

Der Fragebogen (T0) für die SchülerInnen umfasste 58 Fragen und die Bearbeitung dauerte durchschnittlich 15 Minuten. Der Abschlussfragebogen bestand aus 76 (KG) - 100 (IG) Fragen und die Bearbeitung dauerte im Durchschnitt 20 Minuten. Nach der Erstellung des Codewortes beantworteten die SchülerInnen demografische Fragen, Fragen zur wahrgenommenen Tabakpolitik in Schule und Praxis, Fragen zum eigenen Rauchverhalten und zum persönlichen Aufhörwunsch, Fragen zum Stress und zur sozialen Unterstützung, Fragen zur Pausengestaltung, Fragen zum Rauchverhalten der Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzten,

Fragen zur eigenen Widerstandsgewissheit und Fragen zur Persönlichkeit (nur im Eingangsfragebogen). Da sich unter den Schülern/Schülerinnen auch Minderjährige befanden, wurde der Fragebogen zuvor der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) vorgelegt, welche die Fragen als unbedenklich einstufte.

3.4 Rekrutierung

Zu Beginn des Projekts wurden insgesamt dreizehn Schulen deutschlandweit angeschrieben, und das Interesse an einer Kooperation im Projekt astra erfragt. Dem Anschreiben lagen eine Einverständniserklärung und ein kurzer Fragebogen bei, in dem der Umfang und Beginn der Kooperation angegeben werden konnte. Insgesamt konnten so zunächst elf Schulen für die Kooperation gewonnen werden. Diese befanden sich in Berlin (2x), Hamburg (2x), München, Erding, Freising, Esslingen, Waiblingen, Tübingen und Weinstadt-Beutelsbach. In der zweiten Interventionsphase trat zusätzlich eine weitere Schule aus Sachsen-Anhalt (Aschersleben) dem Projekt bei. Somit partizipierten insgesamt zwölf Schulen aus fünf Bundesländern am Projekt astra, von denen sechs als Interventionsschulen (IG), zwei als Kontrollschulen mit Spätestieg und vier Schulen als reine Kontrollschulen (KG) fungierten.

Insgesamt führten acht Interventionsschulen das astra-Programm entweder teilweise (astra reduziert – an zwei Schulen) oder vollständig (astra voll – an sechs Schulen) durch. Die Längsschnittstudie fand von Oktober/ November 2013 bis Mai 2015 statt. Im Rahmen einer Projektverlängerung durch das BMG konnte zudem im Juli 2016 eine abschließende Befragung durchgeführt werden. Diese T3 Befragung ist jedoch für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung.

3.4.1 Rekrutierungsstrategien für den freiwilligen Rauchstopp-Kurs

Da einige Schulen zum Teil mit bis zu 30 Praxiseinrichtungen kooperieren und auch innerhalb einer Einrichtung ein Wechsel zwischen den Stationen vorgesehen wird, ist es zielführender mit dem Projekt in den Schulen anzusetzen. Innerhalb der einzelnen astra-Module wird immer wieder auf das Thema Tabak und deren Folgen, aber auch auf Vorteile und Alternativen eingegangen. Dabei soll bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen die Motivation, an einem Rauchstopp-Kurs teilzunehmen, aufgebaut oder zumindest die Ambivalenz gestärkt werden. Dies geschieht durch eine direkte Ansprache durch den Kursleiter oder einer Vertrauensperson, aber auch durch eine informative Kick-Off-Veranstaltung und die Präventionsmaßnahme. Durch die verpflichtende Projektteilnahme während der Unterrichtszeit haben die PflegeschülerInnen die Gelegenheit, die Kursleiter besser kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen. Die NichtraucherInnen sollen während der astra-Module einerseits in

ihrer Nichtraucheridentität gestärkt werden und gleichzeitig ein Verständnis für die Nikotinabhängigkeit entwickeln und ihre rauchenden MitschülerInnen bei der Entscheidung für einen Rauchstopp unterstützen und bestärken. Dabei ist es wichtig, die RaucherInnen nicht zu einem Rauchstopp zu drängen. Stattdessen kann durch das Aufzeigen der Vorteile eines Rauchstopps und dem Angebot an Rauchstopp-Kursen, der Wunsch nach und die Umsetzung von einem rauchfreien Lebens gefördert werden. Um die aufgebaute Motivation aus der Infoveranstaltung und den Stressbewältigungsstunden zu nutzen, wurde versucht, den Rauchstopp-Kurs zeitnah anzubieten. Deshalb sollte der Rauchstopp-Kurs auch im Anschluss an die Stressbewältigungsstunden stattfinden.

Um die Teilnehmeranzahl am Rauchstopp-Kurs weiter zu erhöhen, wurden zudem rauchende SchülerInnen direkt angesprochen und auf den Kurs hingewiesen und Informationsgespräche in den Pausen ermöglicht. Insgesamt rauchen 104 SchülerInnen der Interventionsgruppe, von diesen nahmen 48 SchülerInnen an einem Rauchstopp-Kurs teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 46%.

3.5 Interventionen

Das Modellprojekt astra besteht aus fünf Modulen. Zu Beginn der Durchführung wurde in den Schulen eine Steuerungsgruppe gegründet, welche idealerweise sowohl aus Vertretern der Praxiseinrichtung, als auch der Schule (LehrerInnen und einzelne SchülerInnen), bestand. Diese Steuerungsgruppe ist für die Planung, Durchführung und Implementierung des Programms in der Schule von zentraler Bedeutung. Anschließend erfolgte ein Workshop mit den Vertretern aus Theorie und Praxis, um die aktuellen tabakbezogenen Verhältnisse der jeweiligen Einrichtung aufzunehmen und anhand dieser den aktuellen Handlungsbedarf zu ermitteln sowie konkrete Handlungsziele zu bestimmen und Maßnahmen zu planen. Diese sind auch maßgebend für das später stattfindende astra-aktiv-Projekt. Parallel dazu erfolgt als ein Kick-Off eine Informationsveranstaltung zum Projekt für die Auszubildenden, zu der auch interessierte MitarbeiterInnen aus Theorie und Praxis eingeladen wurden. Nachdem den Schülern/Schülerinnen die aktuelle Situation dargelegt und die Bedeutung eines gesunden Umgangs mit Stress herangetragen wurde, erfolgte in vier Doppelstunden die Vermittlung von Stressbewältigungsmethoden. Während des gesamten Programms wird immer wieder auf die Möglichkeit hingewiesen, einen angebotenen Rauchstopp-Kurs zu besuchen. Dieser findet anschließend parallel zum astra-aktiv-Projekt statt. Während die aufhörwilligen RaucherInnen in der Gruppe versuchen, in den 3x180 Stunden mit dem Rauchen aufzuhören, haben die NichtraucherInnen und nicht aufhörwilligen RaucherInnen die Gelegenheit, die zuvor im Workshop beschlossenen Maßnahmen aktiv umzusetzen. Hierfür wurden aus dem Projekt 500 Euro pro Schule zur Verfügung gestellt. Diese Zusammenarbeit zwischen den Plänen der Leitungsebene und der Umsetzung durch die SchülerInnen soll die Akzeptanz der Maßnahmen weiter stärken.

Eine detailliertere Beschreibung der Interventionsmaßnahmen befindet sich Kapitel 2.5.5.

3.6 Kontrollbedingungen

In den Kontrollschulen fand ausschließlich die Befragung zu den Zeitpunkten T0, T1 und T2 statt. Ansonsten wurden nur die grundlegenden Informationen über das Projekt gegeben, welche zusammen mit der Einverständniserklärung ausgehändigt wurden. Aus ethischen Gründen wurde die Broschüre „richtig aufatmen“ der deutschen Krebshilfe als Minimalintervention zur Mitnahme ausgelegt.

3.7 Vergleichbarkeit der Maßnahmen

Im astra-Modellprojekt wurden die Module vorrangig von den astra-Projektpartnern selber durchgeführt. Eine Ausnahme bildete der Rauchstopp-Kurs, welcher dem Rauchfrei-Programm des IFT Gesundheitsforschung entspricht und von ausgebildeten und zertifizierten Trainern abgehalten wurde. Beim astra-Programm existierte ein einheitlicher Foliensatz für alle Trainer und eine klare Absprache über die zentralen Botschaften zu den unterschiedlichen Modulen und den einzelnen Unterrichtseinheiten. Zusätzlich dokumentierten alle Trainer nach jeder Einheit den prozentuellen Umfang der vermittelten Inhalte in einem Logbuch und bewerteten die Unterrichtsstunde. Das astra-Logbuch ist in den Inhalten und seinem Aufbau in starker Anlehnung an das Logbuch von Bühler et al. (2012) entstanden. Hier erfolgte auch die Dokumentation, ob astra reduziert (Informationsveranstaltung, z.T. Workshop und Stressbewältigung) oder vollständig durchgeführt wurde.

3.8 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 508 PflegeschülerInnen an der Befragung teil. Allerdings antworteten nicht alle SchülerInnen auf alle Fragen, sodass die Anzahl der Antworten bei den Fragen leicht variiert. Es beteiligten sich 12 Schulen und 20 Klassen an der Befragung. Sieben Schulen meldeten sich als Interventionsschulen (N=181) und fünf als Kontrollschulen (N=327). Zwei Klassen waren in einem höheren Jahrgang (N= 78). Die Betrachtung der SchülerInnen zeigt einen in der Pflege üblichen Frauenüberschuss. Insgesamt füllten 120 Pflegeschüler (23,7 %) und 387 Pflegeschülerinnen (76,3%) den Fragebogen aus. Die Altersspanne der SchülerInnen liegt zwischen 16 und 54 Jahren ($M=22.2$, $SD=6.1$). Der Modalwert liegt bei $Mo=20$ Jahre. Aufgeteilt auf die Altersgruppen zeigt sich, dass die meisten Auszubildenden mit $n=430$ (84,7%) zur Altersgruppe 18-35 gehören. Bezüglich der Ausbildungsform zeigt sich, dass mit $n=404$ die überwiegende Mehrheit die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege absolviert (85,6%). Mit $n=55$ besucht ein deutlich niedrigerer Anteil die Ausbildung zur Altenpflege (11,7%) und nur 13 SchülerInnen nehmen an einer Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege teil (2,8%). Von den befragten Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung 388 im ersten Ausbildungsjahr (83,3%), 59 PflegeschülerInnen im zweiten (12,7%) und 19 PflegeschülerInnen (4,1%) im dritten Ausbildungsjahr. Eine Zusammenfassung der Verteilung unter genderspezifischer Betrachtung findet sich in der Tabelle 11.

Tabelle 11: Genderspezifische Betrachtung von Alter, Ausbildungsform und Ausbildungsjahr

		Männlich	Weiblich	Insgesamt
Insgesamt	Geschlecht	N=120 (23,7%)	N=387 (76,3%)	N=507
Alter	<18 Jahre	N= 11 (9,2%)	N= 40 (10,3%)	N= 51 (10%)
	18-35 Jahre	N=105 (87,5%)	N=324 (83,7%)	N=430 (84,7%)
	>35 Jahre	N= 4 (3,3%)	N= 23 (5,9%)	N= 27 (5,3%)
Ausbildung	Gesundheits- und Krankenpflege	N= 99 (88,4%)	N=305 (85,0)	N=404 (85,6%)
	*Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	N= 1 (0,9%)	N= 12 (3,3%)	N= 13 (2,8%)
	Altenpflege	N= 12 (10,7%)	N= 42 (11,7%)	N= 55 (11,7%)
Ausbildungs- jahr	Erstes	N= 93 (84,6%)	N=294 (82,8%)	N=388 (83,3%)
	Zweites	N= 12 (10,9%)	N= 47 (13,2%)	N= 59 (12,7%)
	Drittes	N= 5 (4,6)	N= 14 (3,9%)	N = 19 (4,0%)

*Note: Aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden diese bei den Berechnungen mit den Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden zusammengefasst. Dies ist auch vor dem Hintergrund gerechtfertigt, dass es sich bei den Schülern/schülerinnen oft um wenige in einer Klasse bzw. um einzelne Klassen an einer Schule handelt.

Eine genauere Betrachtung der Stichprobe hinsichtlich der Verteilung in die Kontrollgruppe (KG) und der Interventionsgruppe (IG) zeigt ähnliche Verteilungen auf (siehe hierzu auch die Tabelle 12).

Tabelle 12: Stichprobenverteilung auf die Interventions- und Kontrollgruppe

		KG	IG	N
Insgesamt	Geschlecht	M: N= 77 (23,6%)	M:N= 43 (23,7%)	KG: 326
		W: N=249 (76,4%)	W:N=138 (76,2%)	IG: 181
Alter	<18 Jahre	N= 26 (8%)	N= 25 (13,8%)	KG: 327
	18-35 Jahre	N=289 (88,4%)	N=141 (77,9%)	IG: 181
	>35 Jahre	N= 12 (3,7%)	N= 15 (8,3%)	
Ausbildung	Gesundheits- und Krankenpflege	N=284 (92,5%)	N=120 (72,7,8%)	KG: 307 IG: 165
	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	N= 4 (1,3%)	N= 9 (5,5%)	
	Altenpflege	N= 19 (6,2%)	N= 36 (21,8%)	
Ausbildungs- jahr	Erstes	N=224 (74,2%)	N=164 (100%)	KG: 302
	Zweites	N= 59 (19,5%)	N= 0	IG: 164
	Drittes	N= 19 (6,3)	N= 0	
Rauchstatus	NichtraucherIn	N=150 (45,9%)	N= 77 (42,5%)	KG: 327
	GelegenheitsraucherIn	N=104 (31,8%)	N= 49 (27,1%)	IG: 181
	Täglicher RaucherIn	N= 73 (22,3%)	N= 55 (30,4%)	

3.9 Operationalisierung der Messinstrumente

3.9.1 Soziodemografische Variablen

Als allgemeine Variable wurde nach dem Alter, Geschlecht, der Ausbildungsform und dem Ausbildungsjahr gefragt. Bei diesen Fragen war das Alter ein offenes Item, bei den anderen Fragen konnte eine Antwort ausgewählt werden. Diese Fragen fungierten zusätzlich als „Eisbrecher“. Die Ergebnisse dieser Items wurden unter Punkt 3.8 bereits näher beschrieben.

3.9.2 Sozialisation

Bei den Sozialisationsfaktoren steht die Tabakpolitik in der Schule im Vordergrund. Dennoch wird auch die Raucherprävalenz im beruflichen wie auch im privaten Umfeld der PflegeschülerInnen erfasst. Es wird die Einstellung zu verhältnispräventiven Maßnahmen erfasst und die Zuversicht auf soziale Unterstützung durch die Kurskollegen/Kurskolleginnen und die Vorgesetzten ermittelt. Aber auch die Bereitschaft der rauchenden PflegeschülerInnen zu verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Tabakreduktion sowie die konkrete Veränderungsbereitschaft wurden untersucht.

Schule:

Die Ermittlung der Tabakpolitik an der Pflegeschule erfolgte anhand der evidenzbasierten Fragebatterie von Bühler und Piontek (2014). Zur Beurteilung der fünf Faktoren der Tabakpolitik in den Pflegeschulen wurden die Werte mit den Mittelwerten der hessischen Schulen aus Bühler und Piontek (2014) verglichen.

Tabelle 13: Faktoren der Tabakpolitik an Schulen mit Reliabilität

Faktor 1: Verankerung und Organisation	Cronbachs $\alpha = 0.70^*$
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein fester Arbeitskreis, der sich mit dem Thema Rauchen an der Schule befasst.	
An Entscheidungen bezüglich des Rauchens sind alle wichtigen Gruppen beteiligt (Auszubildende, Schulleitung, Lehrpersonal, PraxisanleiterInnen, nicht pädagogisches Personal).	
Das Kollegium nimmt an Fortbildungen zum Thema Rauchen teil.	
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein allen zugängliches Dokument zur Tabakpolitik, in dem alle Bemühungen und Regelungen verbindlich aufgezeichnet sind.	
Unsere Bildungseinrichtung arbeitet regelmäßig mit anderen Einrichtungen zusammen, die auf dem Gebiet Rauchen/Nichtrauchen tätig sind.	
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	Cronbachs $\alpha = 0.82^*$
Im Laufe des Unterrichtstages gibt es überall an der Schule regelmäßige Kontrollen der Einhaltung der Regelungen (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	
Bei Regelüberschreitungen gibt es konsequente und abgestufte Sanktionen.	
Die Sanktionen sind sowohl disziplinierender (z.B. Dokumentation, Verweise, Nachsitzen) als auch eher gesundheitsfördernder und unterstützender Natur (z.B. Rauchstopp-Interventionen).	
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	Cronbachs $\alpha = 0.71^*$
Die Einhaltung des Rauchverbots wird regelmäßig kontrolliert.	
Es gibt Sanktionen für das pädagogische und nicht pädagogische Personal sowie für BesucherInnen, wenn diese sich nicht an das Rauchverbot halten.	
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	Cronbachs $\alpha = 0.52^*$
Unsere Schule bietet Tabakentwöhnungskurse für Auszubildende an oder unterstützt Auszubildende dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	
An unserer Bildungseinrichtung sind wissenschaftlich überprüfte Präventionsmaßnahmen (z. B. Stresspräventionsprogramm) etabliert.	
Unsere Schule bietet Tabakentwöhnungskurse für das pädagogische und nicht pädagogische Personal an oder unterstützt es dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	
Faktor 5: Rauchverbote	Cronbachs $\alpha = 0.51^*$
An unserer Bildungseinrichtung gibt es für alle Auszubildenden überall ein Rauchverbot (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	
An unserer Bildungseinrichtung gibt es ein Rauchverbot für pädagogisches und nicht pädagogisches Personal.	

Note: * Werte stammen aus Originalstudie von Bühler und Piontek 2014

Neben der Einschätzung der Schule durch die Schulleiter oder Lehrkräfte ist auch die Beurteilung der Tabakpolitik durch die SchülerInnen sehr wichtig, um einen umfangreicheren Eindruck zu erhalten.

SchülerInnen:

Subjektive Norm:

Hierfür wurde die Beurteilung der SchülerInnen über die Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens in der Schule und Praxiseinrichtung mit Hilfe von vier Items anhand einer fünfstufigen Likard-Skala erhoben (z.B. „Das Rauchen in der Schule ist akzeptiert.“). Die interne Konsistenz für dieses Konstrukt lag bei $\alpha=.79$.

Einstellung zu verhältnispräventiven und verhaltenspräventiven Maßnahmen:

Zudem gaben die SchülerInnen ihre Einstellungen zu verhältnisbezogenen (z.B. „Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik- /Heimgelände verboten sein“) wie auch zu verhaltensbezogenen Maßnahmen an (z.B. „Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich es ...“ „ganz ohne Hilfe schaffen“, ...).

Tabelle 14: Schülereinschätzung der verhältnisbezogenen Norm

Variablen:
Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik- /Heimgelände verboten sein.
Verstöße gegen das Rauchverbot sollten bestraft werden.
Verhältnisbezogene Veränderungen gesamt

Bei den beiden Variablen zu den verhältnisbezogenen Maßnahmen erfolgte die Einschätzung anhand einer fünfstufigen Likard-Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“. Dieses Konstrukt zeigt eine interne Konsistenz von $\alpha=.52$ auf. Bei der verhaltensbezogenen Variablen wurde ein dichotomes Antwortformat („Ja“, „Nein“) gewählt und die Option für eine Mehrfachnennung geschaffen.

Tabelle 15: Vorstellbare Inanspruchnahme verhältnisbezogener Maßnahmen bei Rauchenden

Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich
...es ganz ohne Hilfe schaffen
...es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen schaffen
...es mit Hilfe meiner Familie schaffen
...mir Infos dazu aus dem Internet holen
...an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen
...an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen
...bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen
...meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen
...weiß nicht

Zudem wurde auch die soziale Norm im schulischen Umfeld und in der Praxis ermittelt. Hierfür sollten die PflegeschülerInnen die Raucherprävalenz unter den Auszubildenden in Pflegeberufen einschätzen sowie das Rauchverhalten ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen allgemein und das ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen im Praxiseinsatz angeben und auch das Rauchverhalten in ihrem direkten Umfeld beschreiben.

Tabelle 16: Prävalenzschätzung zum Raucheranteil im direkten sozialen Umfeld

Was schätzen Sie, wie viele
... der Auszubildenden in Pflegeberufen rauchen?
... Ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen rauchen?
... Ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen im Praxiseinsatz rauchen?
... Ihrer Freunde und Freundinnen rauchen?
... Ihrer Familienmitglieder (Eltern und Geschwister oder Partner und Kinder) rauchen?

Als injunktive Norm ist auch die Einstellung zum Erlernen eines Gesundheitsberufes und dem eigenen Rauchverhalten (sowie das der Kollegen/Kolleginnen) zu sehen. Hierfür wurden im Projekt eigene Fragen entwickelt. Die Einschätzung erfolgte anhand einer fünfstufigen Likard-Skala. Insgesamt ergab sich für diese drei Items eine interne Konsistenz von $\alpha=.82$. Tabelle 17 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen für diese Variablen.

Tabelle 17: Berufsverständnis bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen

Berufsverständnis als PflegeschülerIn
Selber während der Dienstzeiten bzw. in einer Gesundheitseinrichtung zu rauchen, ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende(r) in einem Gesundheitsberuf unvereinbar.
Selber im privaten Lebensbereich zu rauchen, ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf unvereinbar.
Das Rauchen von ÄrztInnen ist meiner Ansicht nach mit deren beruflichem Selbstverständnis unvereinbar
Konstrukt berufliche Norm

3.9.3 Selektion

Als wichtigste Variable bei den Selektionskriterien sind die Persönlichkeitseigenschaften zu benennen. Neben den soziodemografischen Variablen ist die Betrachtung der Persönlichkeit von zentraler Bedeutung. Diese erfolgte auf der Grundlage des Big Five Modells. Die fünf Persönlichkeitseigenschaften wurden anhand der bereits erwähnten Kurzsкала zur Erfassung der Dimensionen der Persönlichkeit ermittelt. Dank dieser Kurzsкала von zehn Items, d.h. zwei Items pro Persönlichkeitsdimension (siehe Tabelle 18), gelingt es, die fünf großen Persönlichkeitsdimensionen mit wenigen Fragen und geringem Zeitaufwand valide zu erfassen.

Tabelle 18: Items zur Ermittlung der Big Five

Antwortkategorie
Extraversion
1) Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.
2) Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.
Verträglichkeit
3) Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.
4) Ich neige dazu, andere zu kritisieren.
Gewissenhaftigkeit
5) Ich bin bequem, neige zur Faulheit.
6) Ich erledige Aufgaben gründlich.
Neurotizismus
7) Ich werde leicht nervös und unsicher.
8) Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.
Offenheit
9) Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.
10) Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.

Anmerkungen: N=462 – 468

Um die jeweiligen Items zu einer Dimension zusammenfassen zu können, wurden zunächst die negativ formulierten Items umgepolt (Item 1, 4, 5, 8, 9) und die Mittelwerte gebildet.

Um die Reliabilität mit dieser Kurzskaale ermitteln zu können, müssten die PflegeschülerInnen die Fragen sechs Wochen später erneut ausfüllen. Da dies im Projekt nicht vorgesehen war, wurde auf die Ermittlung der Re-Test-Reliabilität verzichtet. Tabelle 19 zeigt die cronbachs alpha Werte für die einzelnen Dimensionen, welche von Rammstedt und John (2007) nach der Entwicklung der Kurzskaale ermittelt wurden.

Tabelle 19: Reliabilität der Kurzskaale aus der Normstichprobe

Dimensionen	N Items	Beispielitems	Reliabilität
Extraversion	2	Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	.84
Verträglichkeit	2	Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	.58
Gewissenhaftigkeit	2	Ich erledige Aufgaben gründlich.	.77
Neurotizismus	2	Ich werde leicht nervös und unsicher.	.74
Offenheit	2	Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	.72

Anhand der drei Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit lassen sich nach Torgersen (2000) acht Persönlichkeitstypen berechnen (siehe Kapitel 2.2.3). Hierfür erfolgte anhand des Mediansplits die Einteilung in hohe und niedrige Werte bei der Extraversion $\tilde{x}= 3.5$, dem Neurotizismus $\tilde{x}= 3.0$ und der Gewissenhaftigkeit $\tilde{x}= 3.5$. Durch die Kombination der hohen und niedrigen Ausprägungen in den drei Dimensionen ergeben sich die acht Persönlichkeitstypen.

Die Verteilung der PflegeschülerInnen auf die acht Persönlichkeitstypen wurde mit der Verteilung in der deutschen Bevölkerung verglichen. Hierfür wurde bei GESIS– Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften angefragt, mit den Daten der deutschen Bevölkerung ein Mediansplit mit den drei Persönlichkeitsdimensionen (E, N, G) durchzuführen und anschließend die acht Typen zu bilden. Der Median lag bei der Extraversion bei $\tilde{x}= 3.0$, bei Neurotizismus $\tilde{x}= 2.5$ und bei Gewissenhaftigkeit $\tilde{x}= 4.5$. Somit ergibt sich für die Daten von GESIS folgende Verteilung (N=1104): Spectator Type 3,2% (35), Insecure Type 8,8% (97), Sceptic Type 4% (44), Brooder Type 5,7% (63), Hedonist Type 15,7% (175), Impulsive Type 20,4% (225), Entrepreneur 24,3% (268) und Complicated Type 17,8% (197)

3.9.4 Gesundheitsverhalten und -determinanten

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der Auszubildenden ist die Betrachtung des Rauchverhaltens für diese Arbeit von zentraler Bedeutung. Zusätzlich wird ein Item zur Stresseinschätzung und drei zur sozialen Unterstützung ausgewertet und die Widerstandsgewissheit betrachtet.

- *Effektstärke*

Um den Einfluss der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten bestimmen zu können, wird bei einem signifikanten Ergebnis zusätzlich die Effektstärke bestimmt. Laut Cohen existiert ein kleiner Effekt, wenn $\hat{d}= 0,2$ ist, bei $\hat{d}=0,5$ gibt es einen mittleren Effekt und ein großer Effekt existiert, wenn $\hat{d}=0,8$ ist (Sedlmeier und Renkewitz, 2008).

- *Stressempfinden*

Im Rahmen des Projekts wurde eine Frage zum empfundenen Stress und drei Fragen zur sozialen Unterstützung entwickelt. Auf einer fünfstufigen Likard-Skala (1=gar nicht zuversichtlich/ 5= voll zuversichtlich) beurteilten die PflegeschülerInnen ihre Zuversicht mit dem Stress in der Ausbildung zurechtzukommen und schätzten die soziale Unterstützung während der Ausbildung ein. Die interne Konsistenz für die soziale Unterstützung lag bei $\alpha=0,71$. Tabelle 20 zeigt die Items zu diesem Fragenblock.

Tabelle 20: Zuversicht mit Stress umgehen zu können und Unterstützung zu erhalten

Wie zuversichtlich sind Sie
... mit dem Stress, der während der Ausbildung auf Sie zukommt, umgehen zu können?
... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre Kurskollegen/Kurskolleginnen zu bekommen?
... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre LehrerInnen an der Schule zu bekommen?
... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre PraxisanleiterInnen zu bekommen?
Konstrukt soziale Unterstützung

- *Rauchverhalten*

Das Rauchverhalten wurde mittels zweier offener Fragen ermittelt, der Anzahl der Konsumtage und der Konsummenge. Mittels dieser Werte konnte der Menge-Frequenz-Index, also die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag, bestimmt werden. Zudem erfolgte eine Klassifikation der PflegeschülerInnen in NichtraucherInnen, tägliche RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen (1-29 Tage, in den letzten 30 Tagen), (vgl. BZgA, 2012; ESPAD, 2012).

- *Widerstandsgewissheit*

Da Copingstrategien in der Studie nicht erhoben wurden, betrachtet diese Arbeit die Variablen zur Widerstandsgewissheit. Diese wurden in Anlehnung an Oei, Hasking und Young (2005) an die Zielgruppe angepasst und messen die Widerstandsgewissheit gegenüber Tabakkonsumangeboten in allgemeinen und berufsbezogenen Situationen. Insgesamt wird dieses Konstrukt mit sieben Items gemessen und zeigt eine interne Konsistenz von $\alpha=.95$. Eine detaillierte Betrachtung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Einzelitems und des Konstruktes zeigt die nachfolgende Tabelle 21.

Tabelle 21: *Widerstandsgewissheit*

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Rauchen einer Zigarette widerstehen könnten, wenn
... andere in Ihrer Gegenwart rauchen?
... Sie Stress haben?
... Sie niedergeschlagen sind oder Probleme haben?
... Sie während der Arbeit eine Pause brauchen?
... Sie während der Arbeit eine kurze Auszeit mit den Kurskollegen/Kurskolleginnen brauchen?
... Sie während der Arbeit alleine sein möchten?
... Ihnen Ihre Kurskollegen/Kurskolleginnen eine Zigarette anbieten?
Widerstandsgewissheit

3.9.5 Veränderungsbereitschaft

Als Indikator für die Veränderungsbereitschaft wird zum einen die Veränderungsbereitschaft des astra-Programms herangezogen. Als akzeptiert wird das Programm interpretiert, wenn gute Schulnoten (1 und 2) für die einzelnen astra-Stunden angegeben werden (vgl. Bühler et al., 2012).

Zum anderen wurde auch die Veränderungsbereitschaft in Bezug auf eine Tabakreduktion ermittelt. Diesbezüglich wurde im Sinne des transtheoretischen Modells nach einem Aufhörversuch in den letzten sechs Monaten, der Veränderungsmotivation und der konkreten Veränderungsabsicht gefragt (Prochaska und DiClemente, 1991). Die konkrete

Veränderungsbereitschaft wurde im Zuge der Auswertung in konkrete Änderungsbereitschaft und keine konkrete Änderungsbereitschaft dichotomisiert.

Um den Einfluss der Persönlichkeit auf Veränderungsbereitschaft zu ermitteln, erfolgt auch hier wieder bei einem signifikanten Ergebnis die Bestimmung der Effektstärke (s.u.).

Tabelle 22: Veränderungsbereitschaft der Rauchenden bzgl. des Tabakkonsums

Item	Antwortformat	
Haben Sie in den letzten 6 Monaten ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	Dichotom (Ja/Nein)	
Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	Vier vorgegebene Antwortoptionen <ul style="list-style-type: none"> - Nein - Ganz aufhören - Weniger rauchen - Weiß nicht 	
Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern?	Vier vorgegebene Antwortoptionen	
	Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern.	Keine konkrete Änderungsbereitschaft
	Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern	Konkrete Änderungsbereitschaft
	Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern	Konkrete Änderungsbereitschaft
	Weiß nicht	Keine konkrete Änderungsbereitschaft

3.9.6 Überprüfung der Baselineäquivalenz

Überprüfung der Baselineäquivalenz auf Ebene der Auszubildenden. Für den Rückschluss auf den Zusammenhang zwischen Intervention und beobachteten Veränderungen wäre es problematisch, wenn die in der Studie verbleibenden SchülerInnen, auch zu T2 erreichten SchülerInnen aus den Kontroll- und Interventionsgruppen (Retention) sich zu Beginn der Intervention nicht ähnlich wären. Es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede mit Ausnahme des Alters. Die verbleibenden PflegeschülerInnen aus IG2 und IG3 sind älter als die sowohl zu T0 als auch zu T2 erreichten Auszubildenden in der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung zeigen sich signifikant höhere Werte bei der IG1 gegenüber der Kontrollgruppe, aber auch die beiden anderen Interventionsgruppen liegen, wenn auch nicht signifikant, über dem Wert der Kontrollgruppe.

Die Verteilung des Geschlechts und die Veränderungsmotivation ist statistisch nicht überzufällig unterschiedlich ebenso wie die subjektive Norm, die Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen und dem Berufsverständnis.

3.9.7 Ausfall zwischen T0 und T2:

Wie bereits oben erwähnt, wurden die SchülerInnen höherer Jahrgänge von einer erneuten Befragung im Frühjahr (T2) ausgeschlossen. Dies betraf 78 Personen, davon waren 59 im zweiten Ausbildungsjahrgang und 19 SchülerInnen im dritten Ausbildungsjahrgang. Zudem mussten einzelne Schulen aufgrund zu niedriger Rücklaufquoten von den Berechnungen ausgeschlossen werden. Trotz zeitaufwendiger Erklärungen zur Erstellung des Codewortes mit Aushändigung einer „Visitenkarte“, auf der das persönliche Codewort notiert wurde, damit es bei der zweiten Befragung (T2) identisch ist, füllten einige SchülerInnen ihr Codewort falsch aus. Viele konnten dennoch aufgrund der Angaben zur Schule, dem Alter und Geschlecht etc. zugeordnet werden. Trotzdem gingen insgesamt 36 Fragebögen verloren. Einige wenige SchülerInnen hatten zwischen den Erhebungszeiträumen die Schulen verlassen oder fehlten krankheitsbedingt, sodass zur zweiten Befragung T2 eine Haltequote von 46 Prozent erreicht wurde. Eine genauere Betrachtung ermöglicht das folgende Flowchart:

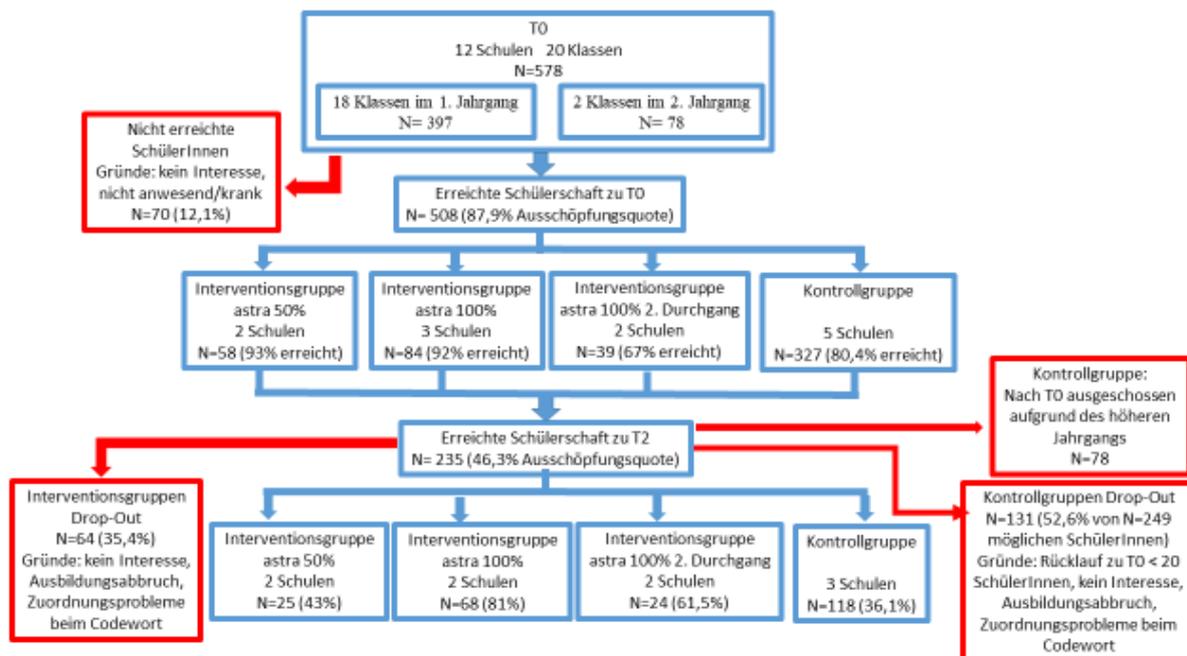


Abbildung 24: Flowchart zur Drop-Out-Analyse

3.9.8 Ausfallanalyse

Die Ausfallanalyse auf Ebene der Auszubildenden: Im Vergleich scheiden aus der Kontrollgruppe (KG) und aus der IG1 (astra 50%) erheblich mehr TeilnehmerInnen aus als in IG3 (astra 100%, 1. Durchgang) und IG4 (astra 100%, 2. Durchgang). Die Halterate ist in letzteren Gruppen höher bzw. die Drop-Out-Rate niedriger (s. Tabelle 23). Würden sich die Ausscheidenden (Drop-Out) systematisch je nach IG unterscheiden, würde dies die interne Validität des Zusammenhangs zwischen Intervention und Veränderung in den Ergebnisparametern beeinträchtigen. Dies ist aber nur hinsichtlich des Alters der Fall. Beim

Alter sind im Vergleich zu den ausscheidenden Fällen aus der KG (M=21.9 Jahre) die ausscheidenden der IG3 signifikant älter (M=30 Jahre), ($p=.006$). In Bezug auf das Geschlecht, die subjektive Norm, die Einstellung zu verhältnisbezogenen Maßnahmen, die Zuversicht auf soziale Unterstützung und die soziale Norm ist kein differentieller Ausfall zu beobachten.

Tabelle 23: Attritionanalyse und Baselineäquivalenz der Interventionsgruppen

	KG (n=303)		IG1 – astra 50%, n=55		IG2 astra 100% (1. Durchgang), n=79		IG3 astra 100% (2. Durchgang), n=31		Vergleiche	p	
	Retention	drop-out	Retention	drop-out	Retention	drop-out	Retention	drop-out		Baseline	Dropout
	37.6 (114)	62.4 (189)	45.5 (25)	54.6 (30)	86.1 (68)	13.9(11)	77.4 (24)	22.6 (7)		<.0001 ¹	
Frauen % (n)	76.3 (87)	77.3 (146)	72.0 (18)	70.0 (21)	80.9 (55)	90.9 (10)	58.3 (14)	85.7 (6)		.730	.981
Alter: Mittelwert (SD) [Spanne]	21.4 (5.1) [16-42]	22.0 (4.9) [16-48]	20.4 (3.6) [17-29]	21.2 (6.2) [17-47]	23.9 (8.5) [17-49]	26.5 (7.4) [17-41]	22.0 (7.6) [17-53]	30.0 (14.8) [16-54]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.283 ² .0003 ² .021 ²	.882 ³ .333 ³ .006 ³
Subjektive Norm: Mittelwert (SD) [Spanne]	4,2 (.8) [1-5]	4.0 (1.0) [1-5]	4.1 (.9) [1-5]	3.8 (.7) [1-5]	4.2 (.6) [1-5]	4.0 (.9) [1-5]	4.0 (.7) [1-5]	3.5 (1.5) [1-5]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.123 ² .320 ² .138 ²	.551 ³ .772 ³ .404 ³
Verhältnisbezogene Maßnahmen: Mittelwert (SD) [Spanne]	3.0 (1.3) [1-5]	3 (1.3) [1-5]	2.6 (1.1) [1-5]	2.9 (1.1) [1-5]	2.8 (1.2) [1-5]	3.0 (.7) [1-5]	2.6 (1.2) [1-5]	2.7 (1.5) [1-5]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.263 ² .215 ² .113 ²	.334 ³ .460 ³ .780 ³
Soziale Unterstützung: Mittelwert (SD) [Spanne]	3.9 (.7) [1-5]	3.7 (.8) [1-5]	3.9 (.5) [1-5]	4.1 (.7) [1-5]	3.9 (.8) [1-5]	4 (.4) [1-5]	3.9 (.5) [1-5]	4.0 (1.0) [1-5]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.017 ² .146 ² .249 ²	.164 ³ .197 ³ .257 ³
Berufsverständnis: Mittelwert (SD) [Spanne]	2.8 (1.3) [1-5]	2.7 (1.7) [1-5]	2.5 (1.4) [1-5]	2.8 (1.2) [1-5]	2.5 (1.2) [1-5]	2.6 (1.1) [1-5]	2.2 (1.1) [1-5]	2.8 (1.4) [1-5]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.558 ² .100 ² .086 ²	.335 ³ .734 ³ .249 ³
Veränderungsmotivation (n Rauchende) Mittelwert (SD) [Spanne]	(61) 2.9 (1.2) [1-5]	(88) 2.9 (1.2) [1-5]	(9) 3 (1.3) [1-5]	(13) 2.8 (1.4) [1-5]	(38) 2.8 (.9) [1-5]	(6) 2.8 (1.2) [1-5]	(15) 2.8 (1.3) [1-5]	(4) 2 (1.2) [1-5]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG IG3 vs. KG	.991 ² .898 ² .409 ²	.648 ³ .962 ³ .234 ³

¹ CHI2-Test² Anova Haupteffekt Interventionsgruppe³ Anova Interaktionseffekt Gruppe x Drop-Out

3.9.9 Statistische Verfahren

Bei dem Großteil der Fragen handelt es sich um etablierte Testbatterien, welche bezüglich ihrer Validität und Reliabilität bereits mehrfach überprüft wurden. Das Signifikanzniveau wurde auf $p=0.05$ festgelegt. Die Berechnung erfolgte mit Stata 12 und Exel 2010. Es erfolgt bei den Ergebnissen immer die Angabe der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD). Zusätzlich erfolgt die Angabe einiger Ergebnisse in Prozent. Zur Erstellung der Persönlichkeitstypen wurde ein Mediansplit durchgeführt. Des Weiteren wurden T-Tests verwendet (z.B. beim Vergleich der Mittelwerten in den Persönlichkeitsdimensionen zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der deutschen Wohnbevölkerung), eine einfache Varianzanalyse (z.B. beim Vergleich der Verteilung der Persönlichkeitstypen bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der deutschen Wohnbevölkerung) und Chi-Quadrat-Tests durchgeführt (z.B. bei der Betrachtung des Rauchverhaltens der unterschiedlichen Persönlichkeitstypen).

Ergebnis-Evaluation Auszubildende

Zur Ermittlung von Interventionseffekten auf Ergebnisparameter wurden Regressionen berechnet, in denen die Signifikanz der Gruppenzugehörigkeit als Prädiktor des Ergebnisparameters zu T2 getestet wurde. Um die Veränderung im Ergebnisparameter testen zu können, ging in die Regressionsgleichung der Ergebnisparameter zu T0 mit ein. Aus der Ausfallanalyse sowie der Überprüfung der Baselineäquivalenz ergibt sich als Konsequenz für die statistische Auswertung, dass die inferenzstatistische Überprüfung eventueller Interventionseffekte unter statistischer Kontrolle des Alters erfolgt.

Vergleich der Persönlichkeitsdimensionen zwischen astra und der Wohnbevölkerung

Um einen Vergleich zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen zu ermöglichen wurden mittels T-Test die Persönlichkeitsausprägungen von astra mit denen aus der Wohnbevölkerung verglichen. Als Referenzdaten dienten die Daten des Big Five Inventory-10 (BFI-10) aus dem Jahr 2012. Insgesamt wurden hier mittels Zufallsstichprobe insgesamt $N=1134$ Personen befragt. Es handelt sich dabei um eine repräsentative Erhebung der Wohnbevölkerung in Deutschland ab 18 Jahre (Rammstedt et al., 2012).

3.9.10 Fragestellungen und Hypothesen

Bevor im nächsten Kapitel die Ergebnisse präsentiert werden, sollen die fünf grundlegenden Fragestellungen mit den wichtigsten Hypothesen vorgestellt werden. Eine feinere Aufgliederung der Fragen und Hypothesen findet im Ergebnisteil statt.

3.9.10.1 Sozialisationsbedingungen

Im Block A der Ergebnispräsentation werden die tabakbezogenen Bedingungen in der Pflegeausbildung näher betrachtet. Hier stehen die Tabakpolitik, aber auch die sozialen Normen bzgl. des Tabakkonsums oder der sozialen Unterstützung im Zentrum der Betrachtung.

Block A: Sozialisationsbedingungen

Fragestellung 1: Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?

Schulebene

Hypothese 1: In den Pflegeschulen findet sich eine tabakfreundliche Politik.

Schülerebene

Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.

Im Block B erfolgt eine Betrachtung der Veränderung der Tabakpolitik und der sozialen Normen zwischen den Interventionsschulen und Kontrollschulen.

Block B: Sozialisation und Veränderung

Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Veränderungsprozesse zwischen den Interventionsschulen und Kontrollschulen bei astra?

Sozialisationsbedingungen zu T1:

Hypothese 3: In den Interventionsschulen liegt nach den verhältnispräventiven Maßnahmen eine verbesserte Tabakpolitik vor.

Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verändert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich verschlechtert.

3.9.10.2 Selektionsfaktoren

Der Block C stellt den größten Teil der vorliegenden Arbeit dar. Hier werden die Selektionsbedingungen untersucht. Dafür wurden die Ausprägungen der Persönlichkeit unter den Pflegeschülern/Pflegehülerinnen mit denen der deutschen Wohnbevölkerung verglichen.

Block C: Persönlichkeit und Beruf:

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?

Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.

Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.

Im Block D wird das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen untersucht. Hier steht das Rauchverhalten im Vordergrund.

Block D: Persönlichkeit und Gesundheit

Fragestellung 4: Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?

Hypothese 7: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.

Hypothese 8: Das Gesundheitsverhalten ist zwischen den Persönlichkeitstypen unterschiedlich.

3.9.10.3 Selektionsbedingungen und Veränderung

Als Letztes erfolgt eine Betrachtung der Veränderungen und der Veränderungsbereitschaft im Block D. Bevor die Veränderungsbereitschaft in Abhängigkeit von der Persönlichkeit untersucht werden kann, soll zunächst ermittelt werden, inwieweit eine Veränderung durch astra zustande kam.

Block E: Persönlichkeit und Veränderungsbereitschaft

Fragestellung 5: Ist die Veränderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen abhängig von den Persönlichkeitsausprägungen?

Hypothese 9: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem Zusammenhang mit der Veränderungsbereitschaft und Akzeptanz des astra-Programms.

Hypothese 10: Der Persönlichkeitstypus hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahme und auf die Änderungsbereitschaft beim Rauchverhalten.

4 Ergebnisse

Der Ergebnisteil ist in fünf große Blöcke unterteilt. Zunächst sollen im ersten Block die Sozialisationsbedingungen betrachtet werden, wobei die Sozialisationsfaktoren als bedingende Einflussfaktoren analysiert werden. Da im Rahmen des astra-Programms auch die Verhältnisse optimiert werden, erfolgt im zweiten Block eine Analyse der Veränderungen bei den Sozialisationsbedingungen.

Anschließend erfolgt die Analyse des eigentlichen Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit: die Betrachtung der beruflichen Selektion anhand der Persönlichkeit als mögliche Erklärung für die Raucherprävalenzen in der Pflege. Die Persönlichkeitsausprägungen der PflegeschülerInnen wurden hierfür mit denen der deutschen Wohnbevölkerung verglichen. Da die Persönlichkeit in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten steht, erfolgte im vierten Block die Analyse des Rauchverhaltens, der Stresswahrnehmung und der Widerstandsgewissheit in Bezug auf die Ausprägung der Persönlichkeit.

Laut aktueller Forschungsergebnisse wirkt sich die Persönlichkeit, wie eingangs angeführt, auch auf das Gesundheitsverhalten und die Änderungsbereitschaft aus. Ziel des zugrunde liegenden astra-Programms war die Entwicklung einer verhältnis- und verhaltenspräventiven und intervenierenden Maßnahme. Im Block B wurden die messbaren Veränderungen auf der Verhältnisebene analysiert. Im letzten Block wurden die angestoßenen Veränderungen auf der Verhaltensebene unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsausprägung analysiert. Dabei wurde angenommen, dass die Persönlichkeit einen Einfluss auf die Annahme und Wahrnehmung von den Rauchstoppmaßnahmen, von der Rauchstoppmotivation und von der konkreten Änderungsbereitschaft besitzt.

Die Ergebnisse werden somit wie folgt präsentiert:

1. Sozialisation in der Pflegeausbildung	
Block A	Sozialisationsbedingungen
Block B	Sozialisation und Veränderung
2. Selektion in der Pflegeausbildung	
Block C	Persönlichkeit und Beruf
Block D	Persönlichkeit und Gesundheit
Block E	Persönlichkeit und Veränderungsbereitschaft

4.1 Die Sozialisation in der Pflegeausbildung

4.1.1 Block A: Die Sozialisationsbedingungen

Zusammenfassung der aktuellen Forschung zur Bedeutung der Normen und der Tabakpolitik

Wie im Theorieblock dargelegt, existiert in Schulen mit einer strengen Tabakpolitik und einer aktiven Förderung der Tabakprävention und –reduktion eine signifikant niedrigere Raucherquote als in Schulen mit einer passiven Tabakpolitik (Lynch und Bonnie, 1994). Dieser positive Zusammenhang zwischen der strengen Tabakpolitik und der niedrigen Raucherprävalenz konnte in der zitierten Studie auch für die Arbeitswelt bestätigt werden. Bei jungen Erwachsenen führt die Wahrnehmung rauchfreier Normen auf der Arbeit zu der Erkenntnis, dass Rauchen unter den Erwachsenen keine Norm darstellt. Soziale Normen stellen eine Grundvoraussetzung für die gesellschaftliche Ordnung dar und vermitteln dem Individuum das Gefühl eigeninteressiert zu handeln, wenngleich sie nach den Regeln und Werten der Gemeinschaft agieren (Diekmann und Voss, 2008). Es lässt sich demnach schlussfolgern, dass raucherfreundliche Normen die Erkenntnis hervorbringen, dass das Rauchen sozial erwünscht ist und dadurch die Raucherprävalenzen indirekt noch weiter gefördert werden (edc.). Durch die Internalisierung ist zu vermuten, dass sich die Erkenntnis, das Rauchen wäre in der Pflege normal und sozial erwünscht, auch auf das Berufsverständnis auswirkt.

Um die Sozialisationsbedingungen während der Pflegeausbildung überprüfen zu können, wurde sowohl der Blickwinkel der Schulleiter, durch die Erfassung der Tabakpolitik, als auch der Blickwinkel der PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der subjektiven Norm, der sozialen Normen, der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sowie der Einstellung hinsichtlich verhältnisbezogener und verhaltensbezogener Maßnahmen, erhoben.

Block A: F 1: Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?

1. Schulebene

Hypothese 1: In den Pflegeschulen findet sich eine tabakfreundliche Politik.

2. Schülerebene

Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.

Der Block A behandelt die Ausgangssituation in den Pflegeschulen. Die PflegeschülerInnen treten bei Ausbildungsbeginn in ein neues soziales Umfeld ein, aus dem sie die sozialen Normen dieses Makrosystems aufnehmen. Um die Prävalenz in der Pflege erklären zu können, soll deshalb zunächst die tabakbezogene Umwelt mit den vorherrschenden sozialen Normen analysiert werden.

Fragestellung 1: Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?

Es wird vermutet, dass sich in den Pflegeschulen eine tabakfreundliche Politik vorfinden lässt. Um dies zu untersuchen, werden zunächst die Schulleiterbögen hinsichtlich ihrer Beurteilung der Tabakpolitik ausgewertet, bevor auf die Wahrnehmung durch die SchülerInnen eingegangen wird. Bei den Schülerdaten wird zwischen den Altenpflegeschülern/ Altenpflegeschülerinnen und den Krankenpflegeschülern/Krankenpflegeschülerinnen unterschieden, da sich laut Literatur die Bedingungen hinsichtlich der Raucherprävalenzen stark unterscheiden. Bei den Schulleiterbögen erfolgt diese Unterteilung nicht, da es sich insgesamt nur um zwölf Bögen handelt. Generell können aufgrund der Stichprobengröße (N=12) auf der Schulebene ausschließlich deskriptive Analysen vorgenommen werden.

1. Schulebene

Hypothese 1: In den Pflegeschulen findet sich eine tabakfreundliche Politik.

Im Rahmen des astra-Projekts machten die zwölf Pflegeschulen zum Ausbildungsbeginn Angaben zu der dort vorherrschenden Tabakpolitik. Die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) sind in Tabelle 24 aufgeführt.

Tabelle 24: Tabakpolitik an den astra-Schulen

	M (SD)
Faktor 1: Verankerung und Organisation	1,65 (0.5)
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein fester Arbeitskreis, der sich mit dem Thema Rauchen an der Schule befasst.	1,17 (0.4)
An Entscheidungen bezüglich des Rauchens sind alle wichtigen Gruppen beteiligt (Auszubildende, Schulleitung, Lehrpersonal, PraxisanleiterInnen, nicht pädagogisches Personal).	2,38 (1.3)
Das Kollegium nimmt an Fortbildungen zum Thema Rauchen teil.	1,5 (0.8)
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein allen zugängliches Dokument zur Tabakpolitik, in dem alle Bemühungen und Regelungen verbindlich aufgezeichnet sind.	1,75 (1.1)
Unsere Bildungseinrichtung arbeitet regelmäßig mit anderen Einrichtungen zusammen, die auf dem Gebiet Rauchen/Nichtrauchen tätig sind.	1,5 (0.8)
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	2,22 (1.0)
Im Laufe des Unterrichtstages gibt es überall an der Schule regelmäßige Kontrollen der Einhaltung der Regelungen (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	2,5 (1.0)
Bei Regelüberschreitungen gibt es konsequente und abgestufte Sanktionen.	2,5 (1.2)
Die Sanktionen sind sowohl disziplinierender (z.B. Dokumentation, Verweise, Nachsitzen) als auch eher gesundheitsfördernder und unterstützender Natur (z.B. Rauchstopp-Interventionen).	1,7 (0.9)
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	1,50 (0.7)
Die Einhaltung des Rauchverbots wird regelmäßig kontrolliert.	1,88 (1.4)
Es gibt Sanktionen für das pädagogische und nicht pädagogische Personal sowie für BesucherInnen, wenn diese sich nicht an das Rauchverbot halten.	1,13 (0.3)
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	1,78 (0.8)
Unsere Schule bietet Tabakentwöhnungskurse für Auszubildende an oder unterstützt Auszubildende dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	1,75 (1.1)
An unserer Bildungseinrichtung sind wissenschaftlich überprüfte Präventionsmaßnahmen (z. B. Stresspräventionsprogramm) etabliert.	2,25 (1.6)
Unsere Schule bietet Tabakentwöhnungskurse für das pädagogische und nicht pädagogische Personal an oder unterstützt es dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	1,33 (0.8)
Faktor 5: Rauchverbote	2,73 (1.3)
An unserer Bildungseinrichtung gibt es für alle Auszubildenden überall ein Rauchverbot (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	3,5 (1.5)
An unserer Bildungseinrichtung gibt es ein Rauchverbot für pädagogisches und nicht pädagogisches Personal.	2,17 (1.5)

Zur Untersuchung der Tabakpolitik werden die Schuldaten aus astra mit den Originaldaten aus Bühler und Piontek (2014) verglichen. Dies geschieht auf einer rein deskriptiven Analyse der Mittelwerte. Es handelte sich bei der genannten Studie um 607 Regelschulen (nicht Pflegeschulen) in Hessen und Bayern. Hinsichtlich aller fünf Faktoren werden die Ergebnisse der Schulen der beiden Stichproben miteinander verglichen. Da bei astra nur die Daten von zwölf Schulen vorliegen, kann hier nur eine deskriptive Auswertung der Mittelwerte aller fünf Faktoren erfolgen.

Es wird davon ausgegangen, dass die Pflegeschulen hinsichtlich aller fünf Faktoren eine weniger strenge Tabakpolitik aufweisen als die hessischen Regelschulen.

Faktor 1: Verankerung und Organisation

Die untere Abbildung 25 fasst den in Tabelle 25 beschriebenen Faktor zusammen. Dabei kann der entsprechende Punkt, von 1= nicht zutreffend bis 5= zutreffend, beurteilt werden. Wie in Abbildung 25 erkennbar, liegen die Vergleichsschulen in allen fünf Bereichen vor den Pflegeschulen. Sprich: Die Werte deuten darauf hin, dass in den Regelschulen, z.B. häufiger Fortbildungen für das Personal, zum Thema Tabak stattfinden ($M=2,24$ =teilweise versus $M=1,5$ =eher nicht), es existiert häufiger ein Dokument zur Tabakpolitik in der Bildungseinrichtung, das allen zugänglich ist ($M=2,75$ teilweise versus $M=1,75$ =eher nicht) und in diesen Schulen werden eher alle Gruppen an den Entscheidungsprozessen beteiligt ($M=3,18$ =teilweise versus $M=2,38$ =eher nicht).

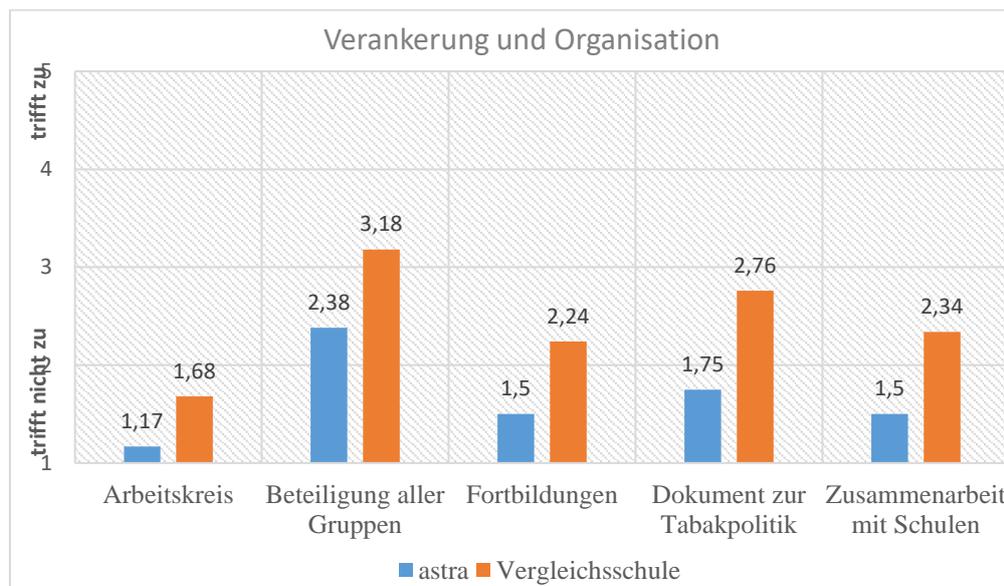


Abbildung 25: Faktor 1 Verankerung und Organisation (N=12/ N=607)

Hinsichtlich des Faktors „Verankerung und Organisation“ der Tabakpolitik zeigen sich auf der deskriptiven Ebene erste Hinweise in Richtung einer Hypothesenbestätigung. Es zeigen sich demnach Hinweise, wonach in den Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Umgebung vorherrscht als in den Vergleichsschulen. Um die Hypothese 1 bestätigen zu können, bedarf es jedoch einer größeren Stichprobe und einer Überprüfung auf Signifikanz.

Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen

Die Durchführungen der Regelungen gegenüber den Schülern/Schülerinnen wurde von 1=trifft nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu beurteilt.

Auch beim zweiten Faktor zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 26). Durchgängig stimmen die Vergleichsschulen den Fragen zur Tabakpolitik eher zu. So deuten die Werte darauf hin, dass es in den Vergleichsschulen vermehrt zu Kontrollen ($M=4,14$ =trifft eher zu versus $M=2,5$ =trifft teilweise zu) und auch eher zu konsequenten und abgestuften Sanktionen kommt ($M=4,05$ =trifft eher zu versus $M=2,5$ =trifft teilweise zu), welche sowohl diszipliner als auch gesundheitsfördernder und unterstützender Natur sind ($M=3,73$ =trifft eher zu versus $M=1,7$ =trifft eher nicht zu).

Der Vergleich der Mittelwerte beim zweiten Faktor „Durchsetzungen der Regelungen gegenüber den Schülern/Schülerinnen“ scheint Hinweise auf eine Stärkung der Hypothese 1 (in den Pflegeschulen herrsche eine tabakfreundliche Umgebung vor) aufzuzeigen. Dies muss mit einer größeren Stichprobe interferenzstatistisch überprüft werden.

Dennoch zeigen sich in den Daten Hinweise, wonach die Durchsetzungen der Regelungen zum Nichtraucherschutz gegenüber Schülern/Schülerinnen, eher in den Vergleichsschulen als in den Pflegeschulen umgesetzt werden.

Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal

Beim dritten Faktor der Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal reichte die Beurteilung wieder von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu). Die Werte zeigen, dass sowohl die Pflegeschulen als auch die Vergleichsschulen deutlich weniger die Einhaltung der Regelungen gegenüber des Personals kontrollieren und sanktionieren. Wie in Abbildung 27 erkennbar, zeigen sich aber auch hier leichte Unterschiede dahingehend, dass in den Vergleichsschulen eine strengere Tabakpolitik für das Personal besteht. So werden in den Regelschulen eher Kontrollen durchgeführt ($M=3,52$ versus $M=1,88$ =trifft eher nicht zu) und es erfolgen teilweise Sanktionen bei Regelverstößen ($M=2,74$ versus $M=1,13$ =trifft nicht zu).

Somit gibt auch der dritte der fünf Faktoren (die Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal) zur Tabakpolitik einen Hinweis auf die Stärkung der Hypothese, die Pflegeschulen besitzen eine tabakfreundlichere Umgebung als die Vergleichsschulen. Aber auch hier bedarf

es einer größeren Stichprobe und interferenzstatistischer Analysen, um die Hypothese zu testen.

Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens

Die Förderung des Nichtrauchens betrifft das Angebot von Tabakentwöhnungskursen für die SchülerInnen und das Personal sowie die Durchführung von Präventionskursen und kann von 1=trifft nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu, beurteilt werden.

Die Abbildung 28 veranschaulicht die deskriptiven Werte, wonach vergleichbare Ergebnisse zwischen den Pflegeschulen und den Vergleichsschulen bei der Förderung des Nichtrauchens existieren. Es finden sowohl in den Pflegeschulen als auch in den Regelschulen „kaum“ bis „keine“ Tabakentwöhnungskurse für die SchülerInnen ($M=1,75$ bzw. $M=1,76$) und das pädagogische bzw. nicht pädagogische Personal statt ($M=1,33$ bzw. $M=1,34$). Auch etablierte Präventionskurse werden eher nicht an den Pflegeschulen ($M=2,25$) und nur „teilweise“ ($M=2,67$) an den Vergleichsschulen durchgeführt. Demnach scheint sich beim vierten Faktor (der Förderung des Nichtrauchens) einzig bei der Durchführung von Präventionskursen, ein Unterschied zwischen den Pflegeschulen und den Vergleichsschulen zu zeigen.

Es zeigen sich somit (fast) keine Hinweise darauf, dass es in den Vergleichsschulen zu einer verstärkten Förderung des Nichtrauchens gegenüber den Pflegeschulen kommt. Dennoch wäre auch hier eine interferenzstatistische Überprüfung anhand einer größeren Stichprobe nötig, um die Hypothese vollständig zu prüfen.

Faktor 5: Rauchverbote

Obwohl das Rauchen per Gesetz in der Schule und auf dem Schulgelände verboten ist, wurde im fünften Punkt diese Einhaltung erfragt. Auch hier reicht die Einschätzung von 1=trifft nicht zu bis 5=trifft zu. Gute Ergebnisse zeigen sich in den Angaben der Vergleichsschulen sowohl bei dem generellen Rauchverbot für SchülerInnen ($M=4,71$ =trifft voll und ganz zu) als auch dem für das Personal ($M=4,74$ =trifft voll und ganz zu), (siehe Abbildung 29). Die Pflegeschulen bei astra geben an, nur teilweise ein generelles Rauchverbot für die SchülerInnen zu besitzen ($M=3,5$ trifft eher zu), welches jedoch für das Personal eher nicht gilt ($M=2,17$ trifft eher nicht zu).

Es zeigen sich somit Hinweise darauf, dass in den Vergleichsschulen eher Rauchverbote für die SchülerInnen und Beschäftigten existieren. Zur Überprüfung der Hypothese, in den Pflegeschulen herrsche eine tabakfreundlichere Politik als in den Regelschulen vor, bedarf es jedoch einer Überprüfung auf Signifikanz mit einer vergrößerten Stichprobe.

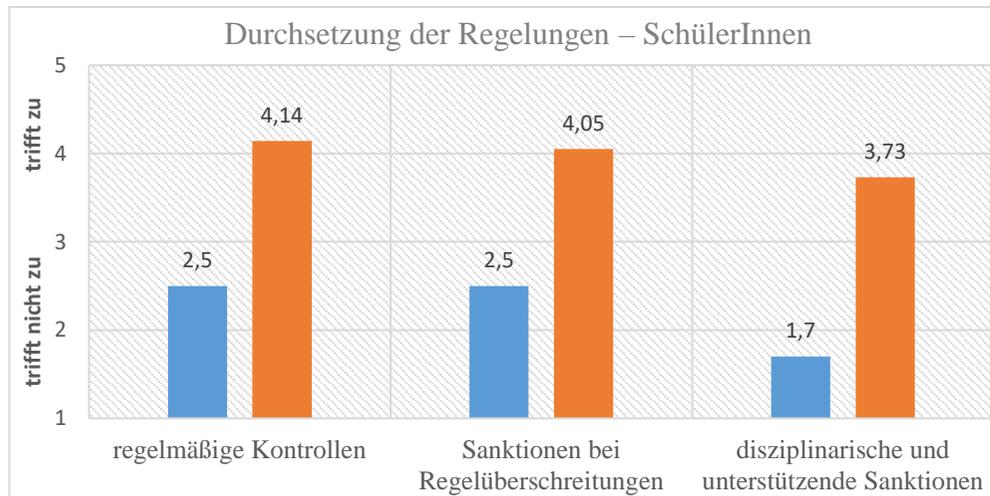


Abbildung 26: Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen (N=12/ N=607)

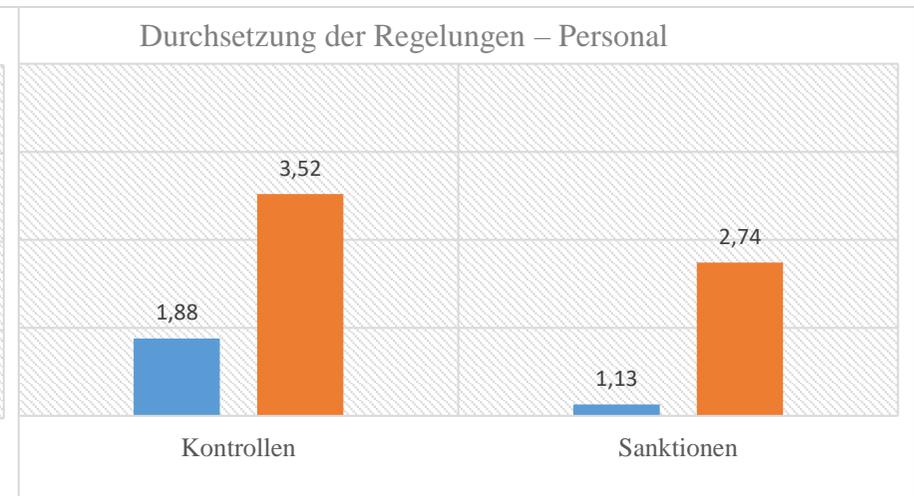


Abbildung 27: Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal (N=12/ N=607)

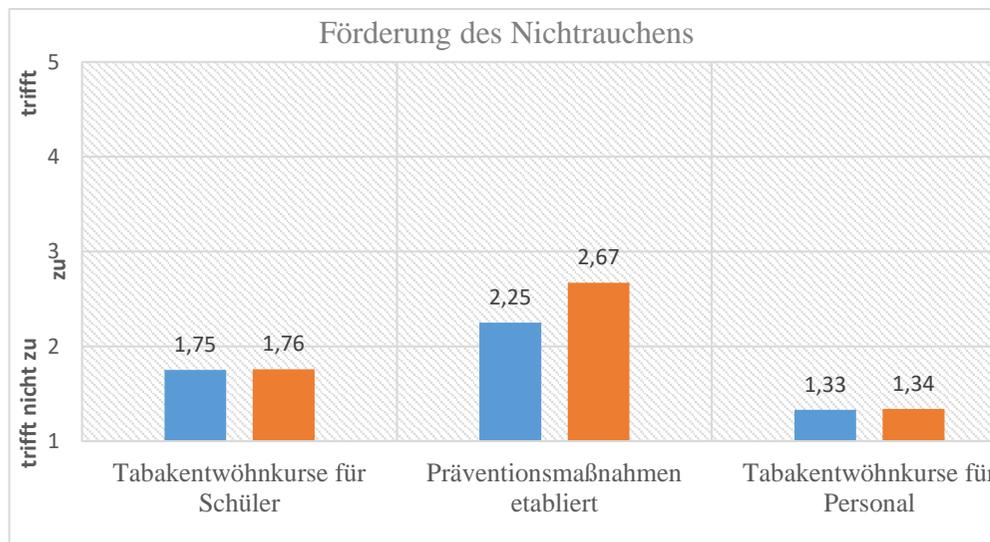


Abbildung 28: Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens (N=12/N=607)

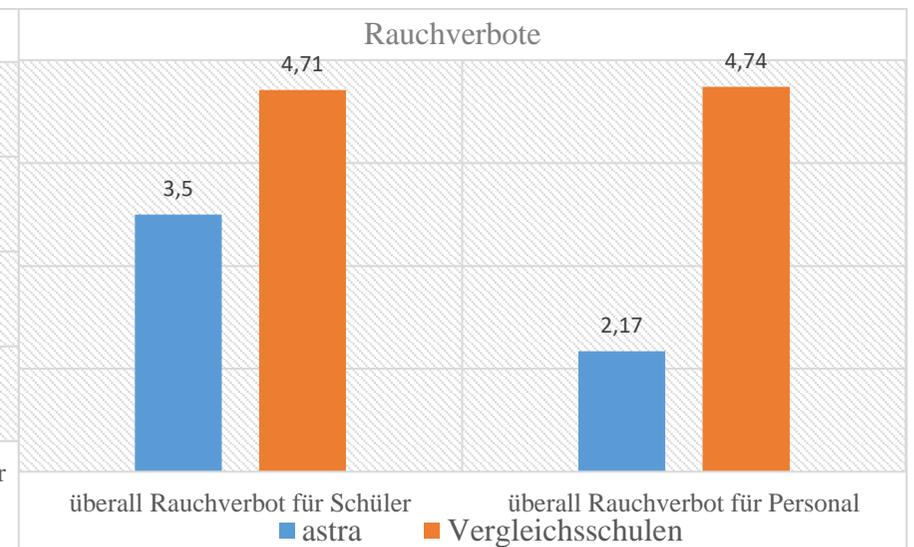


Abbildung 29: Faktor 5: Rauchverbote (N=12/N=607)

Resümee zur Hypothese 1: Es finden sich Hinweise darauf, dass sich in den Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik vorfinden lässt als in den Vergleichsschulen. Diese Hinweise fanden sich in vier der fünf Faktoren zur Erfassung der Tabakpolitik. Es scheint demnach, als herrsche in den Pflegeschulen eine deutlich tabakfreundlichere Politik vor als in den Vergleichsschulen. Die PflegeschülerInnen treten mit Ausbildungsbeginn in ein tabakfreundliches berufliches Umfeld ein.

Tabelle 25: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 1

Variablen	M (SD) astra	Ergebnis
Faktor 1: Verankerung und Organisation	1,65 (0.5)	✓
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	2,22 (1.0)	✓
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	1,50 (0.7)	✓
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	1,78 (0.8)	✗
Faktor 5: Rauchverbote	2,73 (1.3)	✓

2. Schülerebene

Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.

Mit Hilfe von sechs Variablen soll die wahrgenommene Tabakpolitik ermittelt werden. Da die Prävalenzen in der Altenpflege allgemein und im Besonderen unter den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen besonders hoch sind, erfolgte bei jeder Variable eine Überprüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den Schülern/Schülerinnen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Aufgrund der höheren Prävalenzen wurde davon ausgegangen, dass die Einschätzung der AltenpflegeschülerInnen durchgängig tabakfreundlicher ausfällt.

Die subjektive Norm - Rauchen ist in der Pflegeschule akzeptiert und möglich.

Die subjektive Norm reichte von 1= nicht akzeptiert bzw. möglich bis 5=voll und ganz akzeptiert bzw. möglich. Die Ergebnisse aus dem astra-Projekt zeigen bereits zu Ausbildungsbeginn, dass der Tabakkonsum in den Bildungs- und Praxiseinrichtungen als möglich und akzeptiert erlebt wird (Konstrukt subjektive Norm: 4,0). Besonders hohe Werte finden sich mit $M=4,5$ beim Item 2 „Rauchen ist an der Pflegeschule möglich.“ ($SD=0,94$). Wie Abbildung 30 ersichtlich, zeigen sich die niedrigsten Werte beim Item 3 „Rauchen ist im Praxiseinsatz akzeptiert.“, wobei diese mit einem Mittel von $M=3,7$ ($SD=1,18$) immer noch sehr hoch ausfallen.

Die Untersuchung auf signifikante Unterschiede zwischen den Schülern/Schülerinnen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erfolgte mittels T-Test. Es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede bei der Beurteilung der subjektiven Norm zwischen diesen beiden Ausbildungsformen ($t(470)=- 1,882$; $p=.061$ / n.s.).

Das Rauchen wird demnach in der Pflege generell als möglich und akzeptiert empfunden, es zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen. Somit kann nur einem Teil der Hypothese 2, „SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und Rauchen in der Pflege als normal“, zugestimmt werden.

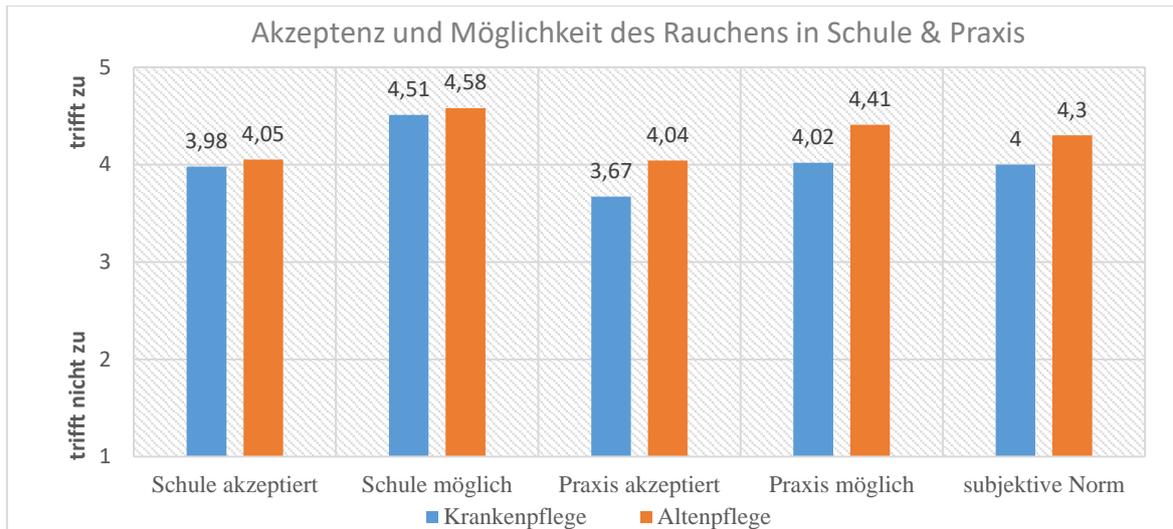


Abbildung 30: Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens in Schule und Praxis (N=471)

Die sozialen Normen – Die Raucherprävalenzen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen werden als hoch eingeschätzt.

Eine prozentuale Einschätzung der Raucherprävalenz unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen ergab, dass fast jeder dritte (30%) den Raucheranteil unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen auf 70-80% schätzt und somit die Prävalenz deutlich überschätzt wird. Knapp die Hälfte der PflegeschülerInnen (47%) schätzt mit 50-60% den Raucheranteil richtig ein. Somit unterschätzt knapp ein Viertel (23%) den Raucheranteil in der Pflege.

Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Schülern/Schülerinnen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege mittels Chi-Quadrat-Test ergab, wie bereits deskriptiv ersichtlich (Abbildung 31), dass vorrangig die AltenpflegeschülerInnen den Raucheranteil deutlich überschätzen ($\chi^2(2)=36,069$, $p<.001$).

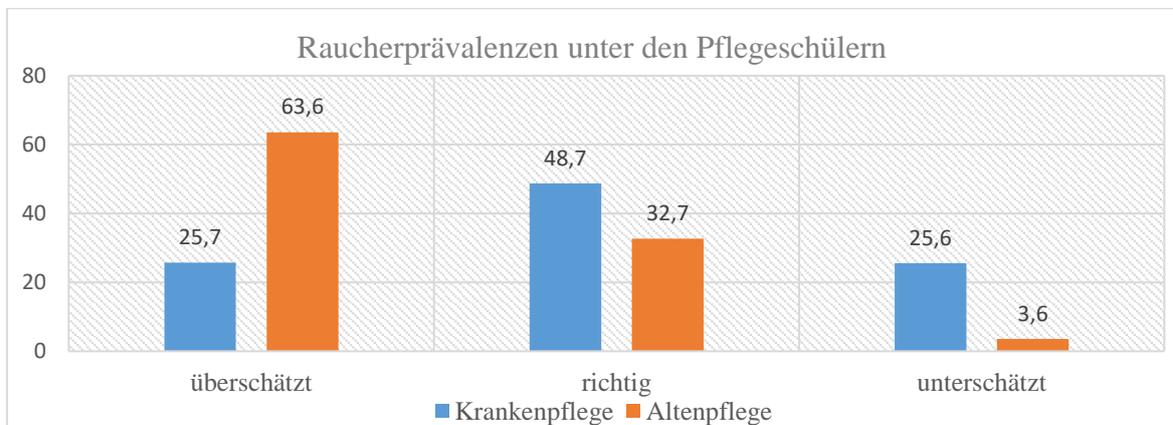


Abbildung 31: Geschätzte Raucherprävalenzen unter den Pflegeschülern/ Pflegeschülerinnen (N=468)

Demnach sind die sozialen Normen, wie vermutet, sehr tabakfreundlich und dies besonders stark unter den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen. Diese Variable gibt Hinweise auf eine Unterstützung der Hypothese 2 zum einen hinsichtlich der Annahme, dass die sozialen Normen in der Pflege tabakfreundlich sind und zum anderen hinsichtlich der Vermutung, dass die AltenpflegeschülerInnen die sozialen Normen als tabakfreundlicher einschätzen.

Die Betrachtung des sozialen Umfeldes - Die Raucherprävalenzen im sozialen Umfeld werden als hoch eingeschätzt.

Werden die PflegeschülerInnen nach ihrem direkten Umfeld befragt, so geben drei Viertel (75%) der PflegeschülerInnen an, dass viele ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen rauchen. 1% meint, dass alle rauchen würden und knapp ein Viertel (24%) gibt an, dass wenige rauchen. Kein(e) PflegeschülerIn gibt an, dass keiner der Kurskollegen/Kurskolleginnen raucht. Bei der Frage nach dem Rauchverhalten der Kurskollegen/ Kurskolleginnen im Praxiseinsatz ändert sich die prozentuale Verteilung nur geringfügig. Nur 0,5% geben an, dass alle rauchen und 76%, dass viele rauchen würden. 23% der PflegeschülerInnen geben an, dass wenige rauchen und 1%, dass keiner raucht.

In Bezug auf das soziale Umfeld der PflegeschülerInnen geben 4% an, dass alle Freunde/ Freundinnen rauchen. Die Hälfte meint, es würden viele Freunde/ Freundinnen rauchen und 42% geben an, dass wenige und 4% meinen, dass keiner raucht.

Im Hinblick auf das Rauchverhalten der eigenen Familienmitglieder, also die Eltern, Geschwister, Partner oder Kinder, gaben die PflegeschülerInnen zu 5% an, dass alle rauchen. Und weitere 19% meinten, es würden viele rauchen. Demgegenüber gaben 42% an, es würden wenige und 35%, es würde keiner rauchen. Somit rauchen bei 77% der PflegeschülerInnen wenige bis keine Familienmitglieder.

In der Gegenüberstellung der Abbildung 32 und Abbildung 33 ist erkennbar, dass die AltenpflegeschülerInnen (AP) in allen vier Kategorien die Raucherprävalenz höher einschätzen, als die KrankenpflegeschülerInnen (KP). Die geschätzten Raucherprävalenzen durch die AltenpflegeschülerInnen (AP) liegen sowohl im privaten Bereich, also bei der Familie mit 32% (AP) versus 23% (KP) und den Freunden/ Freundinnen mit 69% (AP) versus 52% (KP), als auch bei der geschätzten Raucherprävalenz in der Pflege, also bei dem Raucheranteil der Kurskollegen/Kolleginnen im Allgemeinen mit 96% (AP) versus 72% (KP) und im Praxiseinsatz 85% (AP) versus 75% (KP) über dem der

KrankenpflegeschülerInnen (KP).

Der Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung dieser deskriptiven Unterschiede auf Signifikanz ergab nur beim Item „Kurskollegen/Kurskolleginnen allgemein“ einen signifikanten Unterschied dahingehend, dass die AltenpflegeschülerInnen die Raucherprävalenzen höher einschätzen als ihre Kollegen/Kolleginnen der Krankenpflege ($\chi^2(2)=14,978$, $p=.001$).

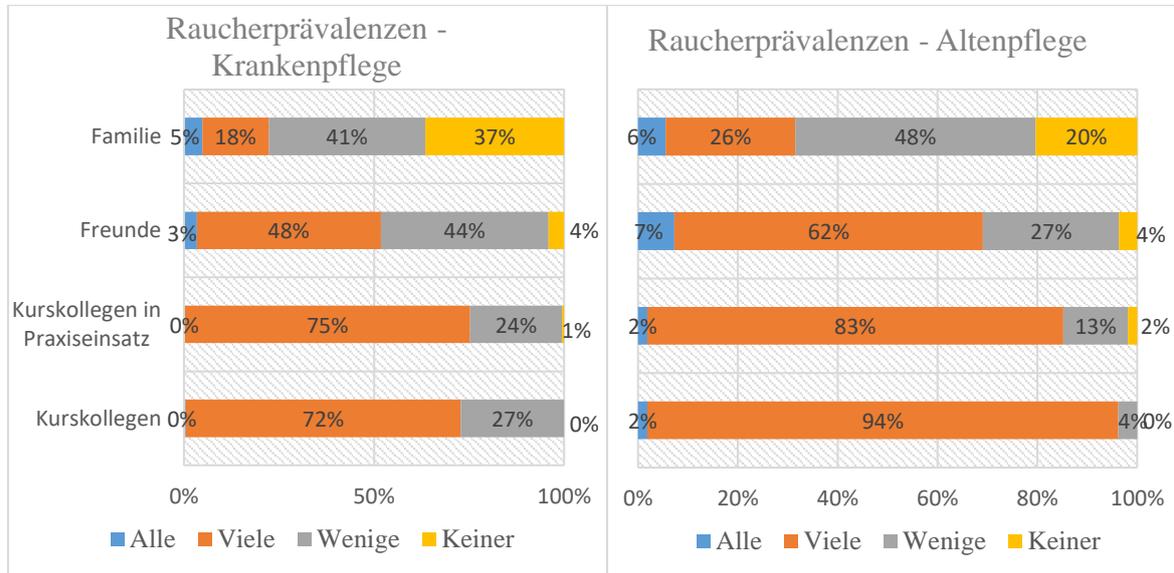


Abbildung 32: Geschätzte Raucherprävalenzen im sozialen Umfeld der KrankenpflegeschülerInnen (N=416)

Abbildung 33: Geschätzte Raucherprävalenzen im sozialen Umfeld der AltenpflegeschülerInnen (N=55)

Es kann demnach resümiert werden, dass sowohl im beruflichen Umfeld als auch im sozialen Umfeld der PflegeschülerInnen die Raucherprävalenzen als sehr hoch eingeschätzt werden. Der Vergleich zwischen den Schülern/Schülerinnen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ergab nur bei den Raucherprävalenzen ihrer Kurskollegen/Kurskolleginnen im Allgemeinen einen signifikanten Unterschied. Demnach liegt hier die Prävalenzschätzung der AltenpflegeschülerInnen signifikant über denen der KrankenpflegeschülerInnen.

Es zeigen sich somit Hinweise, wonach die Hypothese 2, die sozialen Normen werden in der Pflege als sehr tabakfreundlich eingeschätzt, als bestätigt angesehen werden kann. Der erweiterten Annahme, dass die sozialen Normen unter den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen signifikant tabakfreundlicher sind als bei den Krankenpflegeschülern/Krankenpflegeschülerinnen, kann jedoch nur beim Item „Kurskollegen/Kurskolleginnen allgemein“ zugestimmt werden.

Die injektive Norm – Der Tabakkonsum wird in keinem Widerspruch zur Arbeit in einem Gesundheitsberuf gesehen.

Inwiefern zwischen dem Tabakkonsum und der Arbeit in einem Gesundheitsberuf ein Widerspruch empfunden wird, reicht die Beurteilung dieser beruflichen Norm von 1=gar kein Widerspruch/absolut vereinbar bis 5=großer Widerspruch/unvereinbar.

Die Abbildung 34 zeigt, dass das eigene Rauchverhalten im Privaten ($M=3,0$, $SD=1,46$) als auch in der Dienstzeit ($M=2,4$, $SD=1,47$) eher nicht als unvereinbar angesehen wird. Auch der Tabakkonsum von Ärzten wird eher nicht als Widerspruch mit der Arbeit in einem Gesundheitsberuf angesehen ($M=2,6$, $SD=1,5$). Allerdings wird dieser Widerspruch zwischen dem Rauchverhalten der Ärzte offensichtlich auch nicht als größer beurteilt als bei den Pflegeschülern/ Pflegeschülerinnen. Für das Konstrukt Berufsverständnis liegt der Wert bei $M=2,7$ ($SD=1,3$) und ist demnach teilweise als (un)vereinbar anzusehen. Demnach wird bei allen drei Einzelitems und beim daraus gebildeten Konstrukt „Berufsverständnis“ nur teilweise ein Widerspruch zwischen dem Rauchverhalten und der Arbeit in einem Gesundheitsberuf gesehen.

Der T-Test ergab keine signifikanten Unterschiede beim Berufsverständnis und den Ausbildungsformen (Krankenpflege versus Altenpflege), ($t(467)=1,231$; n.s.).

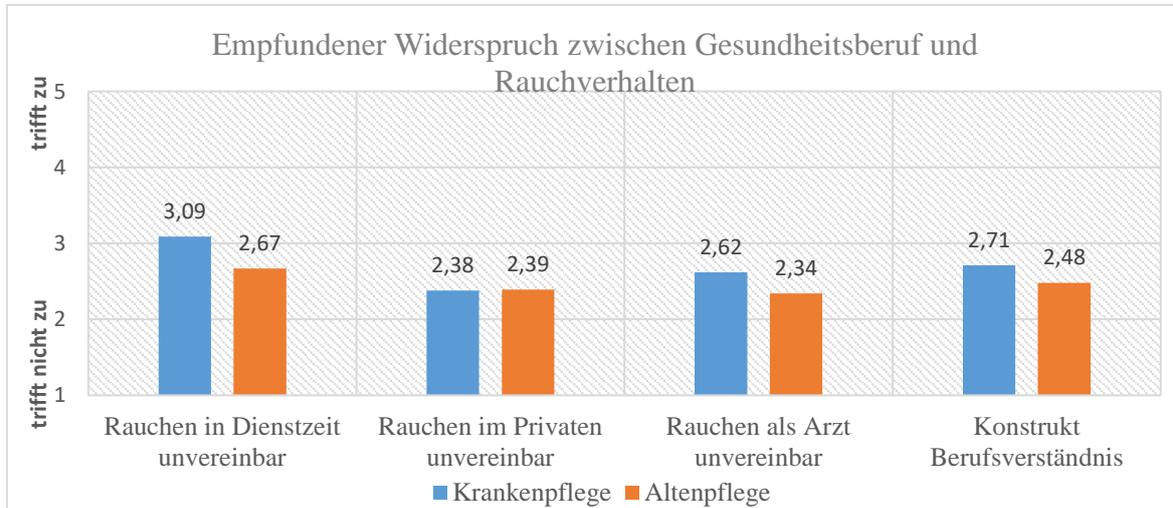


Abbildung 34: Empfundener Widerspruch beim Rauchen im Gesundheitsberuf ($N=469$)

Es kann demnach festgestellt werden, dass die injektive Norm die Hypothese 2 nicht ausreichend stützt. Es wurde erwartet, dass die PflegeschülerInnen (eher) keinen Widerspruch zwischen dem (eigenen) Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf sehen. Der teilweise empfundene Widerspruch zeigt, dass diese Hypothese verworfen werden muss. Auch die Annahme, in der Altenpflege sei der Widerspruch geringer als in der Krankenpflege, wurde nicht signifikant und muss verworfen

werden. Aufgrund des empfundenen Widerspruchs zwischen dem Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf kann dieses Ergebnis nicht als Stärkung der Hypothese angesehen werden, wonach die SchülerInnen das Rauchen in der Pflege als normal erleben.

Die Zuversicht auf soziale Unterstützung – PflegeschülerInnen nehmen die sozialen Ressourcen nicht ausreichend wahr.

Die Zuversicht auf sozialen Unterstützung reicht von 1= keine Zuversicht auf soziale Unterstützung bis 5= vollkommen zuversichtlich.

Die Abbildung 35 zeigt, dass die PflegeschülerInnen zuversichtlich sind, genug soziale Unterstützung während der Ausbildung durch die Kurskollegen/Kurskolleginnen ($M=4,0$, $SD=0,94$) und die Vorgesetzten in Theorie (LehrerInnen/ $M=3,9$, $SD=0,93$) und Praxis (PraxisanleiterInnen/ $M=3,6$, $SD=0,96$) zu erhalten. Für das Konstrukt soziale Unterstützung zeigt sich ein Mittelwert von $M=3,8$ ($SD=0,76$). Demnach werden die Auszubildenden in Theorie und Praxis als auch die Kurskollegen/Kurskolleginnen als soziale Unterstützung empfunden.

Der T-Test ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen in Bezug auf das Konstrukt soziale Unterstützung ($t(468)=-1,601$; n.s.).

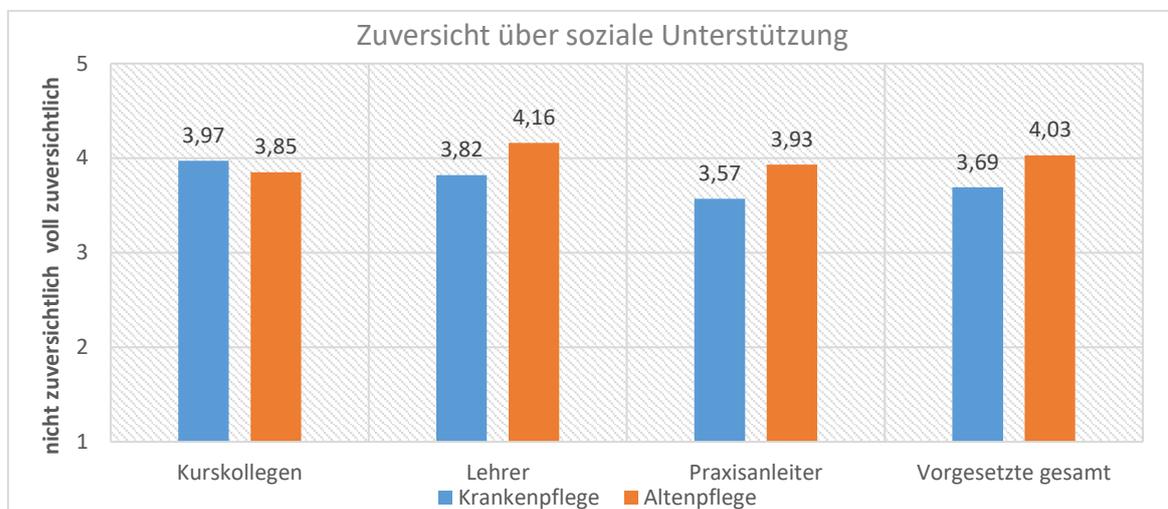


Abbildung 35: Zuversicht über die soziale Unterstützung ($N=470$)

Demnach werden, anders als vermutet, die sozialen Ressourcen von den Pflegeschülern/ Pflegeschülerinnen wahrgenommen und die Annahme einer fehlenden sozialen Unterstützung muss verworfen werden. Auch die Vorstellung, dass die AltenpflegeschülerInnen ein besonderes Bedürfnis nach mehr sozialer Unterstützung besitzen, konnte nicht bestätigt werden. Da soziale Unterstützung sich positiv auf das

Stresserleben und den Umgang mit Stress auswirkt, kann die empfundene Unterstützung nicht als Stärkung der Hypothese 2 gedeutet werden, welche impliziert, PflegeschülerInnen würden die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal erleben. Der Stressabbau mittels sozialer Unterstützung kann eine wichtige Alternative zum wahrgenommenen Stressabbau durch eine Zigarette darstellen.

Die Einstellungen gegenüber den verhältnisbezogenen Maßnahmen – PflegeschülerInnen stimmen den vorgeschlagenen verhältnispräventiven Maßnahmen eher nicht zu.

Bei der Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen konnten die PflegeschülerInnen drei Aussagen, mit 1=trifft nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu, beurteilen.

Am ehesten stimmen die PflegeschülerInnen der Aussage, dass es auch weiterhin spezielle Raucherplätze geben sollte, zu ($M=3,9$, $SD=1,4$). Der Aussage, dass Verstöße gegen das Rauchverbot bestraft werden sollen, stimmen die PflegeschülerInnen nur teilweise zu ($M=3,1$, $SD=1,5$). Dem Item, „Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik/Heimgelände verboten sein“, stimmen die PflegeschülerInnen, wie in Abbildung 36 erkennbar, mit „teils teils“ am wenigsten zu ($M=2,8$, $SD=1,53$). Somit stimmten die PflegeschülerInnen dem Konstrukt „strikte Regel“ nur eine teilweise zu ($M=2,9$, $SD=1,25$).

Mit Hilfe des T-Tests erfolgte eine Überprüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den Schülern/Schülerinnen der Altenpflege und der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege im Hinblick auf die Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen. Die Analyse ergab, dass die deskriptiven Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen im Hinblick auf dieses Konstrukt nicht signifikant wurden ($t(469)=1,414$; n.s.).

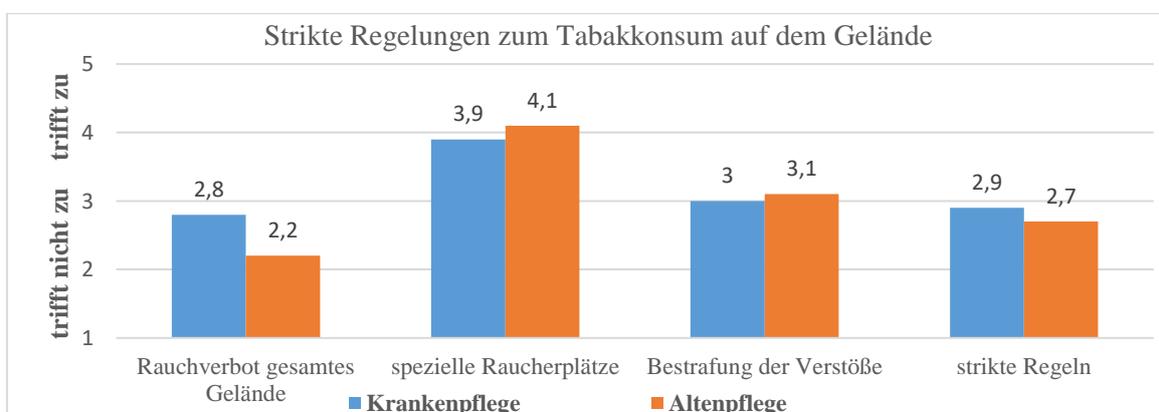


Abbildung 36: Einstellung bzgl. strikter Regelungen zum Tabakkonsum ($N=471$)

Es kann demnach festgehalten werden, dass die These, eine positive Einstellung gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen sei (eher) nicht vorhanden, nicht bestätigt werden konnte. Insgesamt stimmen die PflegeschülerInnen strikteren Regelungen zum Tabakkonsum auf dem Gelände teilweise zu. Es wurde weiter angenommen, dass die KrankenpflegeschülerInnen signifikant offener gegenüber strikteren Regelungen wären als die AltenpflegeschülerInnen. Auch diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Somit muss die Hypothese 2, „SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal“, hinsichtlich der Variable „Einstellungen gegenüber strikten Regelungen“ verworfen werden.

Die verhaltensbezogenen Einstellungen – Rauchende PflegeschülerInnen möchten ganz ohne Hilfe mit dem Rauchen aufhören.

Bei der Ermittlung der Einstellung gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen als Hilfe zum Rauchstopp war eine Mehrfachnennung möglich. Zur Ermittlung der 100% muss jedes Item einzeln betrachtet werden. D.h., 61% der rauchenden KrankenpflegeschülerInnen möchten es ganz ohne Hilfe schaffen und somit sind 39% der rauchenden KrankenpflegeschülerInnen offen gegenüber Unterstützung beim Rauchstopp.

Abbildung 37 veranschaulicht deutlich, dass zu Beginn der Maßnahme die Mehrheit der rauchenden PflegeschülerInnen (59,3%) bei einem geplanten Rauchstopp keine Hilfe in Anspruch nehmen würde. Jede(r) vierte rauchende PflegeschülerIn möchte es mit der Hilfe der Freunde schaffen (25,1%). Mit Hilfe der Familie (10,4%) und Infos aus dem Internet (10%) steht an dritter Stelle. Nur eine Person (0,4%) gibt an, bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anzurufen. Maßnahmen, wie die Ärzte nach Infos zu fragen (4,8%), an einem Rauchstopp-Kurs im Internet (4,8%) oder an einem Gruppenkurs (5,6%) teilzunehmen, werden von wenigen Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen als gewähltes Mittel der Unterstützung angegeben. 16% der rauchenden PflegeschülerInnen wissen noch nicht, wie und welche Hilfe sie in Anspruch nehmen würden.

Generell würden eher die AltenpflegerInnen (51,3%) als die KrankenpflegerInnen (38,5%) Hilfe in Anspruch nehmen⁴. Gut ein Viertel (28%) der rauchenden AltenpflegerInnen (AP) und 14% der KrankenpflegerInnen (KP) wissen nicht, welche Hilfe sie in Anspruch nehmen würden. Eher unpopulär bei beiden Gruppen sind die Telefonberatung (0% KP vs. 2,6% AP), der Rauchstopp-Kurs im Internet (5% KP vs. 10% AP) und der Rauchstopp-Kurs in der Gruppe (6% KP vs. 5% AP), sich Infos vom Arzt zu holen (5% KP vs. 10% AP).

⁴ Gegenwerte zum Item 1: ganz ohne Hilfe

Der Chi-Quadrat-Test ergab, dass signifikant mehr AltenpflegerInnen bei einer Telefonberatung anrufen würden ($\chi^2(1)=4,9$, $p=.026$) und dass signifikant mehr AltenpflegerInnen unsicher sind, welche Hilfe sie in Anspruch nehmen würden ($\chi^2(1)=5,181$, $p=.023$).

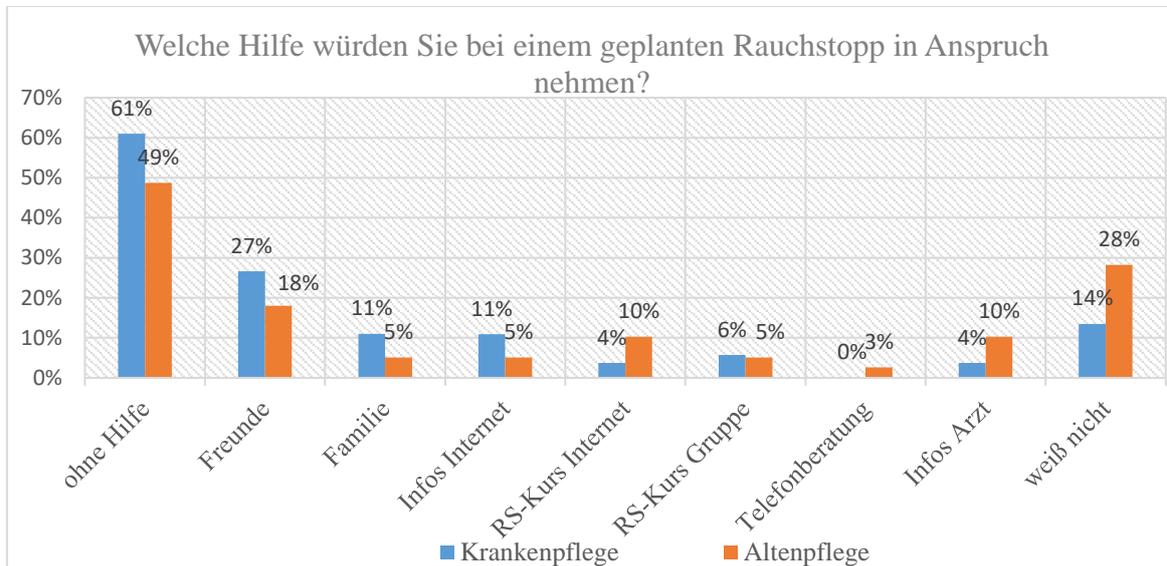


Abbildung 37: Inanspruchnahme von Hilfen bei einem geplanten Rauchstopp (RS) (N=231)

Die Annahme, dass die Mehrheit der rauchenden PflegeschülerInnen den Rauchstopp ohne Hilfe durchführen möchte, konnte demnach bestätigt werden. Dabei konnten jedoch nur signifikante Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen bei der Telefonberatung und dem Item „weiß nicht“ gemessen werden. Dennoch scheint die Überprüfung der Einstellung gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen die Hypothese 2 zu stützen, welche davon ausgeht, dass die PflegeschülerInnen die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und den Tabakkonsum als normal erleben.

Resümee zur Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.

Es kann demnach festgehalten werden, dass von den sechs Annahmen zu den Variablen insgesamt die Hälfte als Bestätigung der Hypothese gedeutet werden kann (vgl. Tabelle 26). Demnach werden die subjektive Norm und die soziale Norm als tabakfreundlich erlebt. Zudem ist die Offenheit gegenüber verhaltenspräventiver Maßnahmen eher zurückhaltend. Anders als vermutet, wird teilweise ein Widerspruch zwischen der Raucherprävalenz und der Arbeit in einem Gesundheitsberuf empfunden und die vorhandenen sozialen Ressourcen werden als Unterstützung wahrgenommen. Die PflegeschülerInnen stimmen, anders als erwartet, strengeren Regelungen bezüglich des Rauchverhaltens auf dem Gelände teilweise

zu.

Tabelle 26: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 2

Variablen	Ergebnis	Deutung	Hypo- these 2
Subjektive Norm	$M=4,1$ ($SD=0.84$)	Das Rauchen wird in der Pflege als eher akzeptiert und möglich empfunden.	✓
Soziale Norm	30%	30% überschätzen die Tabakprävalenz in der Pflege.	✓
Injunktive Norm	$M=2,7$ ($SD=1.3$)	Teilweise wird ein Widerspruch zwischen dem Tabakkonsum und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf empfunden.	✗
Soziale Unterstützung	$M=3,8$ ($SD=0.76$)	PflegeschülerInnen sind eher zuversichtlich soziale Unterstützung zu erhalten.	✗
Einstellung verhältnis- präventiver Maßnahmen	$M=2,9$ ($SD=1.25$)	PflegeschülerInnen stimmen strikten Regelungen teilweise zu.	✗
Einstellung verhaltens- bezogener Maßnahmen	59%	59% der rauchenden PflegeschülerInnen wollen ohne Hilfe mit dem Rauchen aufhören.	✓

Resümee zur Fragestellung 1: Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?

Es kann zur ersten Fragestellung geschlussfolgert werden, dass sich Hinweise auf eine tabakfreundliche Tabakpolitik in den Pflegeschulen im Vergleich mit den Regelschulen bei vier von fünf Faktoren zeigen. Von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen wird seit Beginn der Ausbildung das Rauchen in der Pflege als akzeptiert und möglich empfunden, wobei es zu einer zusätzlichen Überschätzung der tatsächlichen Prävalenzen kommt. Ohne evidenzbasierter Aufklärung lehnen die rauchenden PflegeschülerInnen zu einem Großteil die (professionelle) Unterstützung beim Rauchstopp eher ab.

Tabelle 27: Zusammenfassung der Ergebnisse zur ersten Fragestellung

Variablen	Deutung	Hypothese
Hypothese 1		
Faktor 1: Verankerung und Organisation	Es gibt Hinweise, wonach die Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich des Faktor 1 besitzen, als die Vergleichsschulen (deskriptiv).	✓
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	Es gibt Hinweise, wonach die Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich des zweiten Faktors besitzen, als die Vergleichsschulen (deskriptiv).	✓
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	Es gibt Hinweise, wonach die Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich des dritten Faktors besitzen, als die Vergleichsschulen (deskriptiv).	✓
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	Es gibt Hinweise, wonach die Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich des vierten Faktors besitzen, als die Vergleichsschulen (deskriptiv).	✓
Faktor 5: Rauchverbote	Es gibt Hinweise, wonach die Pflegeschulen eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich des fünften Faktors besitzen, als die Vergleichsschulen (deskriptiv).	✓
Hypothese 2		
Subjektive Norm	Das Rauchen wird in der Pflege als eher akzeptiert und möglich empfunden.	✓
Soziale Norm	30% überschätzen die Tabakprävalenz in der Pflege.	✓
Injunktive Norm	Teilweise wird ein Widerspruch zwischen dem Tabakkonsum und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf als Widerspruch empfunden.	✗
Soziale Unterstützung	PflegeschülerInnen sind eher zuversichtlich soziale Unterstützung zu erhalten.	✗
Einstellung verhältnispräventiver Maßnahmen	Die PflegeschülerInnen stimmen den strikten Regelungen teilweise zu.	✗
Einstellung verhaltensbezogener Maßnahmen	59% der rauchenden PflegeschülerInnen wollen ohne Hilfe mit dem Rauchen aufhören.	✓

Ziel des astra-Projekts war, die Verhältnisse tabakpräventiv zu verändern. Dies soll zum einen durch die Umgestaltung der Verhältnisse geschehen (Verhältnisprävention) und zum anderen durch die Veränderung der vorherrschenden Normen erreicht werden.

Dennoch soll kurz darauf hingewiesen werden, dass es nicht das Ziel von astra war, innerhalb der Projektdauer von knapp drei Jahre die vorherrschenden Verhältnisse in den Bildungs- und Praxiseinrichtungen vollständig zu verändern. Solche Prozesse brauchen Zeit. Vielmehr sollten evidenzbasierte Veränderungen angestoßen werden, die von allen Beteiligten als wahrnehmbar empfunden werden. Das gleiche gilt für die wahrgenommenen Normen und die Verhaltensänderungen. Das internalisierte Verhalten einer Person, besonders bei suchtbezogenen Verhaltensweisen, benötigt eine stärkere Intensität als sechs Unterrichtsstunden bzw. zusätzlich vier Unterrichtsstunden zur Tabakentwöhnung. Dennoch können in dieser Zeit erste Kompetenzen geschult und erprobt sowie die eigenen Einstellungen hinsichtlich der unterschiedlichen Kriterien reflektiert werden.

4.1.2 Block B: Sozialisation und Veränderung

Zusammenfassung der aktuellen Forschung zu Veränderungsprozessen in Organisationen

Zur Veränderung der Tabakpolitik in den Gesundheitseinrichtungen erwiesen sich die Bearbeitung der zehn Kriterien: Engagement, Kommunikation, Schulung und Training, Tabakentwöhnung, Rauchfreiheit, Umweltgestaltung, gesunder Arbeitsplatz, Gesundheitsförderung, Überprüfung der Umsetzung und die langfristige Umsetzung als besonders effektiv (ENSH 2010). Gesunde Pausen wirken sich positiv auf die Reduktion von Belastungen und Stressoren aus (Sonntag, Frese und Coch 2005, S. 321). Da sich die PflegeschülerInnen in einer sensiblen Lebensphase befinden, sind sie in einer neuen Gruppe besonders empfänglich für Veränderungsprozesse (Diekmann und Voss 2008). Bei der Entwicklung der beruflichen Identität kommt es zur Entwicklung eines Selbstkonzeptes, welches abhängig von individuellen, gesellschaftlichen und arbeitsorganisatorischen Faktoren ist (Heinemann 2012). Es wirkt aber durch die persönlichen Vorstellungen, Ideen und Verhaltensweisen auf das soziale Umfeld aktiv zurück (Hurrelmann 2002). Um Veränderungen in der Einrichtung, bei den Normen sowie der beruflichen Identität zu erreichen, ist ein gemeinsames, freiwilliges und aktives Vorgehen mit allen Beteiligten, z.B. mittels eines Gesundheitszirkels, wichtig, um die Akzeptanz dieser Maßnahmen sicherzustellen (Karnicnik 2010; Sonntag, Frese und Coch 2005; Karasek und Theorell 1990).

Beim astra-Projekt wurde dies mittels Workshop und dem astra-aktiv-Projekt umgesetzt. Im Block B wird überprüft, inwiefern Unterschiede beim Ausmaß der Veränderungen in den Interventions- und den Kontrollschulen gemessen werden können.

Block B: Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Interventionsschulen nach der Durchführung des astra-Programms von den Kontrollschulen hinsichtlich der Tabakpolitik und raucherbezogenen Normen?

Sozialisationsbedingungen zu T2:

1. Schulebene:

Hypothese 3: In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen.

2. Schülerebene:

Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verbessert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich aufgrund des tabakfreundlichen Umfeldes verschlechtert.

Der Block B untersucht die Veränderungen in Abhängigkeit der Zuordnung zu den Interventionsschulen und den Kontrollschulen. Da in einigen Interventionsschulen die verhältnispräventiven Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, werden die Interventionsschulen zusätzlich zwischen denen mit und ohne verhältnispräventiven Maßnahmen unterschieden.

Bei der Beurteilung der Tabakpolitik werden die Daten der Schulleiter in der Eingangsbefragung mit denen der Abschlussbefragung verglichen. Da nur elf Schulen beide Bögen ausgefüllt haben, sind nur deskriptive Angaben möglich. Zur Beurteilung der wahrgenommenen Normen und Einstellungen werden die Schülerdaten der Eingangs- und der Abschlussbefragung in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe) miteinander verglichen.

Bei der zweiten Fragestellung wird angenommen, dass sich in den Interventionsschulen erste Hinweise auf eine positive Entwicklung zeigen, während dies in den Kontrollschulen nicht im gleichen Umfang geschieht. Dies betrifft zum einen die Veränderungen der Tabakpolitik, aber zum anderen auch die Wahrnehmung der Normen in der Pflegeausbildung. Bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen wird zum einen angenommen, dass sich eine positive Entwicklung zeigt bzw. dass die hohen Werte, z.B. bei der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung, in den Interventionsschulen eher gehalten werden können als in den Kontrollschulen.

1. Schulebene

**Note: Es soll erneut darauf hingewiesen werden, dass elf der ursprünglichen zwölf Schulen den Fragebogen zu T2 ausgefüllt haben. Demnach können auch weiterhin nur Aussagen auf einer deskriptiven Ebene erfolgen. Für die Hypothese 3 wurden die Mittelwerte zur Tabakpolitik aus den Schulleiterbögen der Eingangsbefragung (T0) mit denen der Abschlussbefragung (T2) verglichen.*

Hypothese 3: In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen.

Faktor 1: Verankerung und Organisation

Wie in Tabelle 24 beschrieben, erfasst der erste Faktor das Vorhandensein eines Arbeitskreises, einer Beteiligung aller Gruppen an Entscheidungen, der Besuche von Fortbildungen zum Thema Nichtrauchen, eines allen zugänglichen Dokuments zur Tabakpolitik und der Zusammenarbeit mit anderen Schulen zum Thema Nichtrauchen. Dabei konnte die Beurteilung des Faktors 1 von 1=nicht zutreffend bis 5= zutreffend erfolgen.

Wie in der Abbildung 38 erkennbar, nehmen die berichteten Werte in der Verankerung und Organisation von der Eingangsbefragung (T0) zur Abschlussbefragung (T2) bei allen drei Gruppen leicht zu. Auch wenn die Zunahme in der Kontrollgruppe mit 0,3 Punkten versus 0,5 Punkten bei astra mit allen Modulen und 0,6 Punkten bei astra ohne verhältnispräventive Maßnahmen

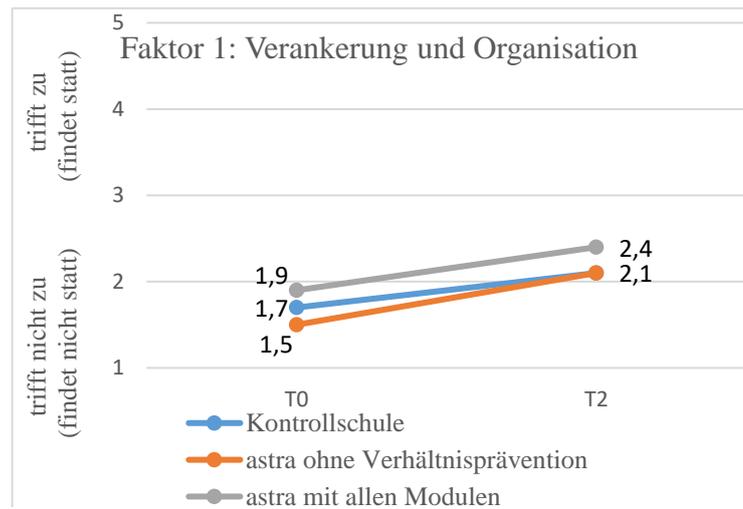


Abbildung 38: Faktor 1: Verankerung und Organisation (N=11)

am niedrigsten ist, trifft dieser Faktor weiterhin bei allen drei Gruppen eher nicht zu.

Die Ergebnisse des ersten Faktors „Verankerung und Organisation“ könnten ein erster Hinweis für die Annahme sein, dass sich in den Interventionsschulen gegenüber den Kontrollschulen eine verbesserte Tabakpolitik vorfinden lässt (Hypothese 3). Es kommt beim ersten Faktor zwar in allen drei Gruppen zu einer Verbesserung der Tabakpolitik, allerdings sind die Verbesserungen in den Interventionsgruppen (fast) doppelt so groß. Eine Überprüfung auf Signifikanz, um die Hypothese zu bestätigen, kann jedoch nur mit einer größeren Stichprobe erfolgen.

Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen

Der zweite Faktor berechnet sich aus den Angaben zu den regelmäßigen Kontrollen, den Sanktionen bei Regelüberschreitungen und den Sanktionen, die disziplinarer oder unterstützender Natur sein können. Die Einschätzung reichte von 1=trifft nicht zu/ wird nicht praktiziert bis 5=trifft voll und ganz zu.

Die Abbildung 39 zeigt in den astra-Schulen, die das gesamte Programm durchlaufen haben (graue Linie) und somit alle Module durchgeführt haben, einen deutlichen Zuwachs der Durchsetzung der Regelungen gegenüber der SchülerInnen (von $M=1,3$ =trifft nicht zu auf

$M=2,6$ trifft teilweise zu), obwohl diese auf einem deutlich niedrigeren Niveau gestartet sind. Demgegenüber bleibt das Niveau in den Kontrollschulen (blau Linie) gleich, bzw. nimmt leicht ab (von $M=2,2$ =trifft eher nicht zu auf $M=2,0$ trifft eher nicht zu). Die astra-Schulen, welche keine verhältnispräventiven Maßnahmen gewünscht hatten (orange Linie), verzeichnen in der Abschlussbefragung (T2) einen Rückgang der Durchsetzung der Regelungen gegenüber den Werten der Eingangsbefragung (T0) (von $M=3,1$ =trifft teilweise zu auf $M=2,6$ trifft teilweise zu).

Es zeigen sich im Hinblick auf die Durchsetzung der Regelungen gegenüber den Schülern/Schülerinnen demnach Hinweise für die Annahme, dass die Durchführung des gesamten astra-Programms hier zu besseren Werten führt. Dieses Ergebnis kann als ein Hinweis für die Wirksamkeit des Projekts gedeutet werden. Dieses lässt sich jedoch nur beobachten, wenn alle Module durchgeführt wurden. Eine interferenzstatistische Überprüfung dieses Ergebnisses anhand einer vergrößerten Stichprobe steht jedoch noch aus.

Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal

Der Faktor 3 berechnet sich aus den Angaben zu den Kontrollen und Sanktionen für das Personal, welches von 1=trifft nicht zu bis 5= trifft voll und ganz zu, eingeschätzt werden konnte.

Bei den Durchsetzungen der Regelungen gegenüber dem Personal zeigen die Werte in beiden Interventionsgruppen (mit allen Modulen – graue Linie / ohne verhältnispräventive Maßnahmen – orange Linie) einen Anstieg von den Ausgangswerten (T0) zu der Abschlussbefragung (T2), (siehe Abbildung 40). Dabei verbessert sich der Faktor 3 in den astra-Schulen mit allen Modulen von trifft nicht zu ($M=1,0$) auf trifft eher nicht zu ($M=2,2$) und die Schulen ohne verhältnispräventive Maßnahmen steigern sich von trifft eher nicht zu ($M=1,5$) auf trifft teilweise zu ($M=2,6$). Nur bei der Kontrollgruppe, welche auf einem höheren Niveau gestartet ist, zeigt sich bei den Werten ein deutlicher Rückgang der Regeldurchsetzung gegenüber dem Personal (von $M=2,0$ =trifft nicht zu auf $M=1,5$ trifft nicht zu), verbleibt aber auf dem Niveaulevel.

Die Durchsetzung der Regelungen beim Personal scheint demnach in den Interventionsschulen stärker praktiziert zu werden. Dies kann als Hinweis auf die Stärkung der Hypothese 3, „In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen“, gedeutet werden. Es scheint, als übe das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf die Tabakpolitik in den Pflegeschulen aus. Allerdings bedarf es noch einer Überprüfung auf Signifikanz und somit einer vergrößerten Stichprobe.

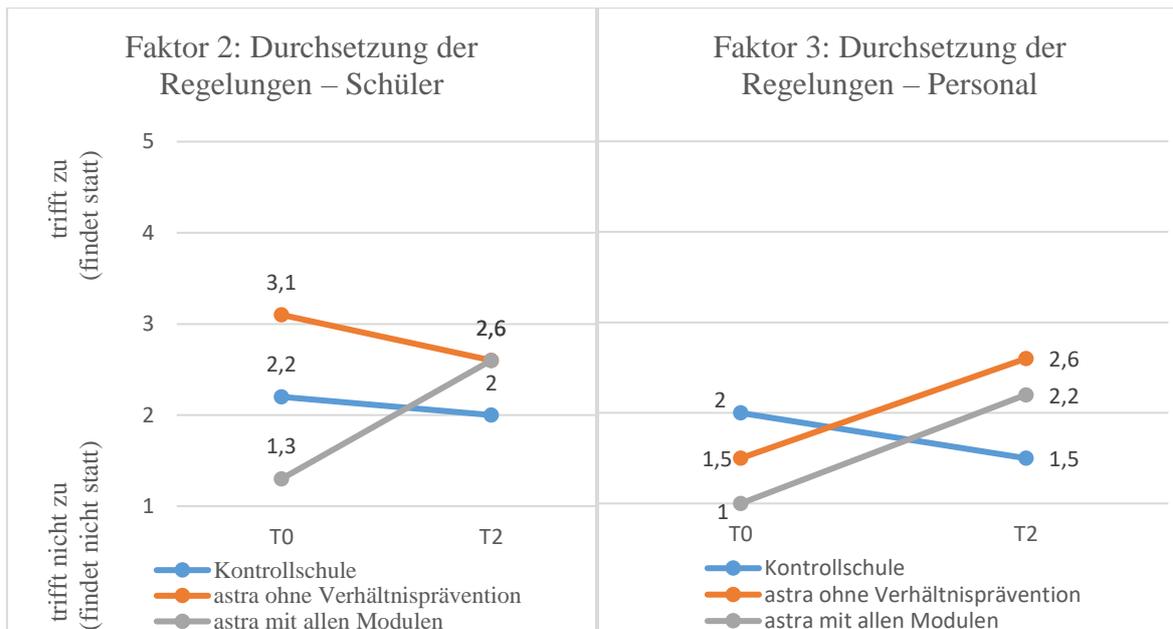


Abbildung 39: Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen (N=11)

Abbildung 40: Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal (N=11)

Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens

Der vierte Faktor berechnet sich aus den Angaben zur Durchführung von Tabakentwöhnungskursen für die SchülerInnen und für das Personal sowie dem Angebot von Präventionskursen. Die Beurteilung erfolgt wieder von 1= trifft nicht zu bis 5= trifft zu. Bei den Werten zur Förderung des Nichtrauchens zeigt sich in allen drei Gruppen ein positiver Trend zwischen der Eingangsbefragung (T0) und der Abschlussbefragung (T2). Dennoch scheint die Entwicklung bei den Interventionsschulen mit einer Steigerung um 0,8 bzw. 1,0 etwas stärker stattzufinden als in der Kontrollgruppe mit 0,6 Punkten. Beide Interventionsgruppen konnten sich dabei von „trifft eher nicht zu“ auf „trifft teilweise zu“ steigern, während die Kontrollgruppe auf dem Niveau „trifft eher nicht zu“ verbleibt (Abb. 41). Diese Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich das astra-Projekt positiv auf den vierten Faktor „Förderung des Nichtrauchens“ auswirkt und somit zeigen sich auch Hinweise dafür, dass sich in den Interventionsschulen eine verbesserte Tabakpolitik messen lässt (Hypothese 3).

Faktor 5: Rauchverbote

Der letzte Faktor zur Ermittlung der Tabakpolitik ist das Rauchverbot überall in der Schule und auf dem Gelände, zum einen für die SchülerInnen und zum anderen für das Personal. Die Rauchverbote können als 1= nicht zutreffend oder 5=zutreffend beurteilt werden.

Die Werte für die SchülerInnen und das Personal zeigen in den Interventionsschulen einen positiven und in den Kontrollschulen einen leicht negativen Trend (vgl. Abbildung 42). Besonders profitierten die astra-Schulen mit allen Modulen, da zu Beginn keine Rauchverbote existierten ($M=1,3$) und zum Projektende diese teilweise existierten ($M=2,5$). Die anderen Interventionsschulen schafften den Schritt von teilweisen Rauchverboten ($M=3,4$) zu einem teilweise durchgeführten Rauchverbot ($M=3,5$). Demgegenüber sank die Beurteilung der Rauchverbote in den Kontrollschulen um 0,8 Punkte von „trifft teilweise zu“ ($M=3,0$) auf „trifft eher nicht zu“ ($M=2,2$).

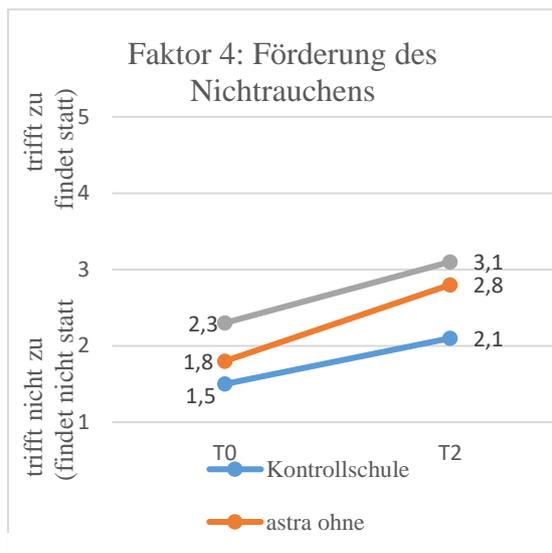


Abbildung 41: Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens ($N=11$)

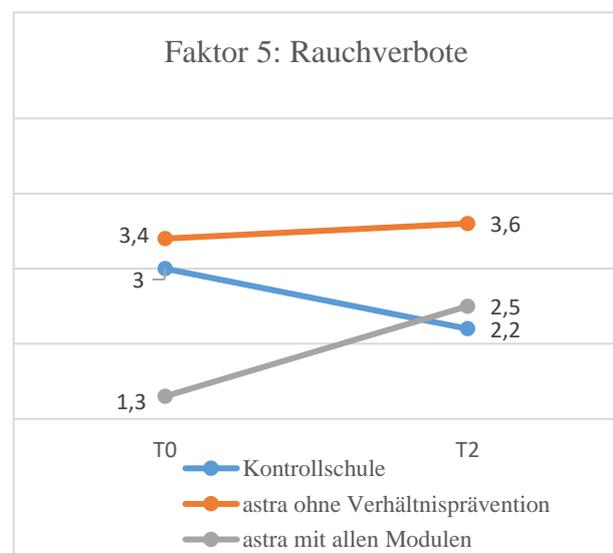


Abbildung 42: Faktor 5: Rauchverbote ($N=11$)

Es kann demnach geschlussfolgert werden, dass es Hinweise darauf gibt, dass das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 5 (das Vorhandensein von Rauchverboten) ausübt. Dies kann ein Hinweis für die Stärkung der Hypothese sein, in den Interventionsschulen würde nach dem astra-Programm eine verbesserte Tabakpolitik vorherrschen.

Die folgende Tabelle 28 ermöglicht eine zusammenfassende Betrachtung der Mittelwerte und Standardabweichungen zu den einzelnen Faktoren der Tabakpolitik unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit.

Tabelle 28: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 3

Faktor	Messzeitpunkt	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe mit allen Modulen	Interventionsgruppe ohne Verhältnisintervention	Hypothese 3
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Faktor 1: Verankerung und Organisation	T0	1,7 (0.26)	1,9 (0.81)	1,5 (0.66)	✓
	T2	2,1 (0.38)	2,4 (0.80)	2,1 (1.19)	
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	T0	2,2 (0.58)	1,3 (0.33)	3,1 (1.07)	✓
	T2	2,0 (1.16)	2,6 (2.14)	2,6 (1.67)	
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	T0	2,0 (0.91)	1,0 (0)	1,5 (0.71)	✓
	T2	1,5 (0.71)	2,2 (1.61)	2,6 (1.39)	
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	T0	1,5 (0.58)	2,3 (1.20)	1,8 (0.79)	✓
	T2	2,1 (1.21)	3,1 (1.13)	2,8 (1.32)	
Faktor 5: Rauchverbote	T0	3,0 (1.58)	1,3 (0.58)	3,4 (0.72)	✓
	T2	2,2 (1.65)	2,5 (1.32)	3,6 (1.39)	

Resümee zur Hypothese 3: In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen.

Da sich in allen fünf Faktoren die erwarteten Entwicklungen zeigten, es demnach in den Interventionsschulen zu positiven Entwicklungen bei der Tabakpolitik kam, kann dies als Hinweise für eine mögliche Bestätigung der Hypothese 3 angesehen werden, welche davon ausging, dass sich in den Interventionsschulen nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen lässt.

2. Schülerebene

***Note:** Bei der Fragestellung werden nur die Angaben der SchülerInnen berücksichtigt, die an beiden Befragungen (T0 und T2) teilgenommen hatten und deren Codewörter zugeordnet werden konnten. Siehe hierzu die Drop-out-Analyse.

Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verbessert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich aufgrund des tabakfreundlichen Umfeldes verschlechtert.

Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die Veränderungen bei der subjektiven Norm, dem Berufsverständnis, der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung, der Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen und bei der Einstellung gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen analysiert.

Die subjektive Norm - Rauchen ist in den astra-Schulen weniger akzeptiert und möglich.

Um Hinweise auf die Wirksamkeit der astra-Maßnahme im Hinblick auf die Veränderung der Sozialisationsbedingungen zu erhalten, wird zunächst die subjektive Norm betrachtet. Die Beurteilung der subjektiven Norm reichte von 1= nicht akzeptiert bzw. möglich bis 5=voll und ganz akzeptiert bzw. möglich.

Mittels T-Test wurde zunächst überprüft, ob es zu Projektbeginn signifikante Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und den Kontrollgruppen gab. Zum Ausbildungsbeginn (T0) fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ($t(230)=0,65$; n.s.). Im zweiten Schritt ermittelte ein weiterer T-Test, dass die Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens in Schule und Praxis in den Interventionsschulen in der Abschlussbefragung signifikant niedriger sind als in den Kontrollschulen ($t(227)=3,19$; $p<0,01$).

Tabelle 29: Vergleich der Veränderung der subjektiven Norm in IG und KG

Subjektive Norm	T0 Mittelwerte (SD)		T2 Mittelwerte (SD)	
	IG	KG	IG	KG
<i>N</i> =230	4,14 (.708)	4,2 (.735)	3,72 (.686)	3,98 (.527)
	<i>N</i> =117	<i>N</i> =113	<i>N</i> =116	<i>N</i> =113

In den Interventionsschulen kommt es somit vermutlich stärker zu einer Veränderung der subjektiven Norm. Die Tabelle 29 zeigt bei den astra-Schulen, die alle Module durchgeführt

haben, die stärkste Veränderung der subjektiven Norm um 0,6 Punkte. Demnach geht die Möglichkeit und Akzeptanz des Rauchens in Schule und Praxis hier von $M=4,2$ auf $M=3,6$ am stärksten zurück, verbleibt aber auf dem Niveau, dass es weiterhin eher akzeptiert und möglich ist. In den Kontrollschulen ($M=4,2$ zu $M=4,0$) und den astra-Schulen ohne Verhältnisprävention ($M=4,1$) bleibt die subjektive Norm auf einem hohen tabakfreundlichen Niveau bestehen.

In einem zweiten Schritt wurde die Signifikanz bei der Veränderung der subjektiven Norm zwischen der Eingangsbefragung (T0) und der Abschlussbefragung (T2) im Hinblick auf die Zuordnung zur (1) Gruppe (IG, KG) und als zweites im Hinblick auf den (2) Umfang der Intervention (KG, IG ohne Verhältnisprävention, IG mit allen Modulen) mittels Regressionen bestimmt. Es wird erwartet, dass die Zugehörigkeit zur (1) Interventionsgruppe bzw. zur (2) Interventionsgruppe mit verhältnispräventiven Maßnahmen zu signifikant niedrigeren Werten in der Abschlussbefragung (T2) führt. Demgegenüber sollte es in der Kontrollgruppe zu keinen signifikanten Veränderungen zwischen T0 und T2 kommen.

- 1) Die Ergebnisse aus der Regression nach Gruppe sind der Tabelle 30 zu entnehmen. Es zeigt sich dabei ein signifikanter Einfluss der subjektiven Norm zu T0 als auch zur Gruppenzugehörigkeit ($R^2=0,087$, $F(2,226)=10,76$, $p<.001$). Dabei nimmt die subjektive Norm in den Interventionsschulen signifikant stärker ab.

Tabelle 30: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm zu T2 (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
subjektive Norm zu T0	.2097421***	.0552704
Gruppe (0=KG; 1=IG)	-.1995497***	.0793686
*** $p<0.001$; ** $p<0.05$; * $p<0.01$		

- 2) Die Ergebnisse zur Regression der Veränderungen der subjektiven Norm und dem Umfang der astra-Maßnahmen zeigen einen signifikanten Einfluss der Ausgangswerte und eine Reduktion der subjektiven Norm, wenn das Programm vollständig durchgeführt wurde ($R^2=0,141$, $F(3,225)=12,31$, $p<.001$).

Tabelle 31: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm zu T2 (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
subjektive Norm zu T0	.2200429***	.0537831
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.0702034	.1291456
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	-.2787584***	.0821791
***p<0.001; **p<0.05; * p<0.01		

Die Annahme, dass die Interventionsgruppen und hier im Besonderen jene mit allen Modulen sich besonders positiv auf die subjektive Norm auswirkten, kann demnach bestätigt werden. Durch das astra-Programm wurde in den Schulen, die das Programm vollständig durchgeführt haben, eine Verringerung der Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens nachgewiesen. Diese positive Entwicklung zeigt sich auch auf der deskriptiven Ebene.

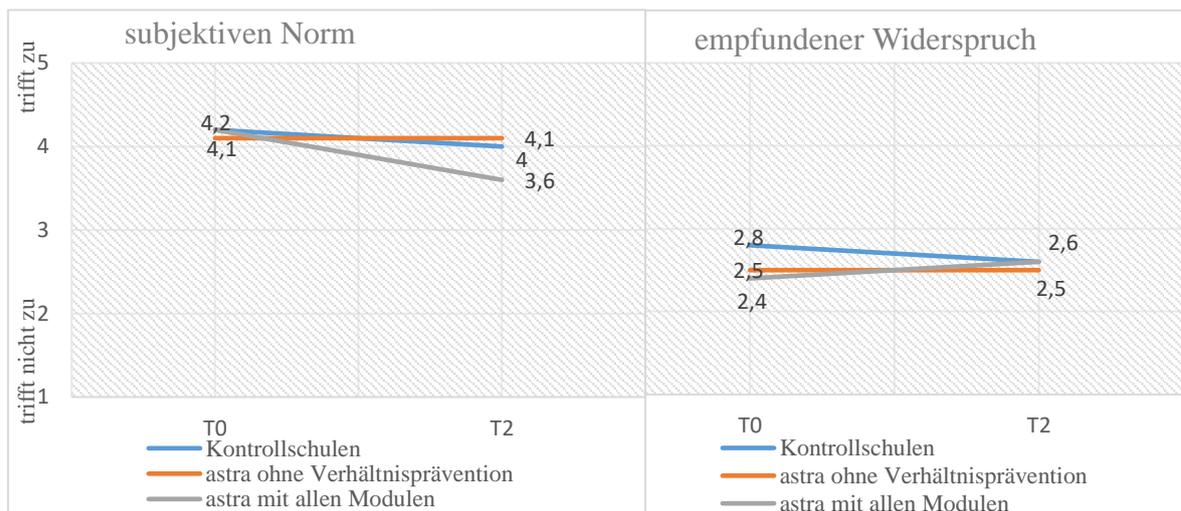


Abbildung 43: Veränderung der subjektiven Norm (N=203)

Abbildung 44: Veränderung des Berufsverständnisses (N=225)

Die injektive Norm – In den astra-Schulen wird ein gestärkter Widerspruch zwischen dem Rauchverhalten und der Arbeit in einem Gesundheitsberuf gemessen.

Die Beurteilung des Berufsverständnisses variiert zwischen 1=kein Widerspruch bis 5=großer Widerspruch.

Wie in Abbildung 44 erkennbar, kommt es deskriptiv nur leicht zu Veränderungen beim Berufsverständnis. Dabei sinkt in den Kontrollschulen der teilweise empfundene Widerspruch zwischen dem eigenen Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf leicht von $M=2,8$ auf $M=2,6$, während dieser empfundene Widerspruch in den astra-Schulen mit allen Modulen von eher nicht ($M=2,4$) auf teilweise ($M=2,6$) leicht ansteigt. In den astra-Schulen ohne Verhältnisprävention bleibt der teilweise empfundene

Widerspruch auf demselben Niveau ($M=2,5$).

Es wurde davon ausgegangen, dass die Gruppe mit allen Modulen signifikant höhere Werte zu T2 im Vergleich zu T0 erreicht als die anderen Gruppen. Die Regression zeigt, dass lediglich die Veränderungen zwischen T0 und T2 signifikant werden ($R^2=0,3344$, $F(3,227)=38,02$, $p<0.001$). Die Zugehörigkeit zur Gruppe übt dabei keinen signifikanten Einfluss aus.

Tabelle 32: Regression: abhängige Variable: injektive Norm zu T2 (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
injektive Norm zu T0	.5817931***	.5821603
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.0014701	.2241787
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.0014701	.141382
*** $p<0.001$; ** $p<0.05$; * $p<0.01$		

Demnach muss auch die Hypothese, dass sich in den astra-Schulen mit allen Modulen eine besonders positive Entwicklung zeigt, verworfen werden.

Die Zuversicht auf soziale Unterstützung – In den astra-Schulen kann die Zuversicht auf soziale Unterstützung aufrechterhalten werden.

Die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung konnte von 1=keine Zuversicht auf soziale Unterstützung bis 5=voll und ganz zuversichtlich beschrieben werden.

Die deskriptive Auswertung der sozialen Unterstützung zeigt, dass diese sowohl in den Kontrollschulen als auch in den Interventionsschulen ohne verhältnispräventive Maßnahmen zurückgeht (beide von $M=3,9$ auf $M=3,5$) und in den astra-Schulen, die alle Module durchgeführt haben, größtenteils erhalten bleiben (von $M=3,9$ auf $M=3,8$).

Zur Überprüfung der Bedeutung der Gruppenzugehörigkeit auf die gemessenen Veränderungen wurde eine Regression durchgeführt.

Tabelle 33: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung zu T2 (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Zuversicht auf soziale Unterstützung zu T0	.3067275 ***	.0753936
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	-.0024303	.1738841
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.2008219**	.109763
*** $p<0.001$; ** $p<0.05$; * $p<0.01$		

Wie in der Tabelle 33 ersichtlich, übt die Zuversicht auf soziale Unterstützung zu Beginn sowie die Durchführung des gesamten astra-Programms (positiv) einen signifikanten

Einfluss auf die Höhe der Zuversicht auf soziale Unterstützung bei der Abschlussbefragung aus ($R^2=0,1340$, $F(3,231)=11,91$, $p<0.001$).

Das astra-Programm, zumindest wenn alle Module durchgeführt werden, kann demnach die Zuversicht auf soziale Unterstützung aufrechterhalten, während in den anderen Schulen die Zuversicht auf soziale Unterstützung mit der Zeit sinkt. Demnach konnte hier die Hypothese bestätigt werden, dass es in den Interventionsschulen, sofern sie das Programm vollständig durchführen, zu einer Aufrechterhaltung der sozialen Unterstützung kommt.

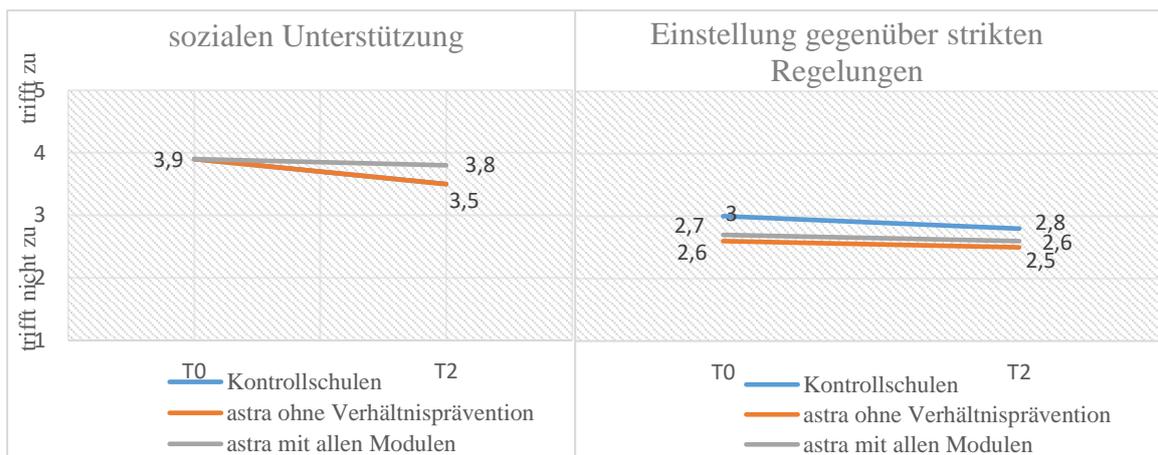


Abbildung 45: Veränderung der sozialen Unterstützung (N=227)/* Kontrollschulen & astra ohne Verhältnisprävention sind deckungsgleich

Abbildung 46: Veränderung der Einstellung zu den strikten Regelungen (N=229)

Die Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen – In den astra-Schulen lassen sich höhere Zustimmungen gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen messen.

Die PflegeschülerInnen konnten bei dieser Variable drei Aussagen (z.B. „Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik-/Heimgelände verboten sein.“) mit 1=trifft nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu beurteilen.

Auf der deskriptiven Ebene zeigen sich weder bei den Interventionsgruppen (von $M=2,7$ bzw. $M=2,6$ auf $M=2,6$ bzw. $M=2,5$) noch bei der Kontrollgruppe (von $M=3$ auf $M=2,8$) Veränderungen hinsichtlich der Einstellung gegenüber strikten Regelungen. Die PflegeschülerInnen stimmen dieser Einstellung in allen drei Gruppen demnach, sowohl zu Ausbildungsbeginn als auch zum Projektende, nur teilweise zu.

Die Regression zeigte eine signifikanten Veränderungen zwischen T0 und T2 hinsichtlich der Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen allgemein ($R^2=0,383$, $F(2,225)=69,75$, $p<0.001$), jedoch nicht im Hinblick auf die Gruppenzugehörigkeit.

Tabelle 34: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen zu T2 (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Einstellung gegenüber verhältnisbezogener Maßnahmen zu T0	.6211757 ***	.0503084
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	-.0169845	.2063056
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	-.0102511	.131009
***p<0.001; **p<0.05; * p<0.01		

Demnach kann die These, eine Zugehörigkeit zur Interventionsgruppe, im Besonderen zur Interventionsgruppe mit allen Modulen, sie wirke sich positiv auf die Veränderung der Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen aus, nicht gehalten werden.

Die Einstellung gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen (TTM) – In den astra-Schulen sind rauchende PflegeschülerInnen offener gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen.

Bei der Ermittlung der Einstellung gegenüber verhaltensbezogener Maßnahmen als Hilfe zum Rauchstopp war eine Mehrfachnennung möglich. Jede Antwortkategorie wird einzeln betrachtet. Die Tabelle 35 fasst die deskriptiven Ergebnisse der Kontrollgruppe (KG), der Interventionsgruppe ohne Verhältnisprävention (IG1) und der Interventionsgruppe mit allen Modulen (IG2) zusammen.

Tabelle 35: Veränderung der verhaltensbezogenen Maßnahmen

Verhaltensbezogene Maßnahme T0: N=122 / T2: N=113	Zeitpunkt	KG	IG1	IG2
Ohne Hilfe T0: N=55 (45%) T2: N=71 (63%)	T0	65%	70%	51%
	T2	70%	67%	56%
Freunde T0: N=37 (30%) T2: N=24 (21%)	T0	22%	40%	38%
	T2	25%	22%	19%
Familie T0: N=10 (8%) T2: N=14 (12%)	T0	2%	10%	15%
	T2	11%	0%	17%
Infos Internet T0: N=13 (11%) T2: N=8 (7%)	T0	10%	10%	11%
	T2	11%	22%	0%
RS-Kurs Internet T0: N=8 (7%) T2: N=3 (3%)	T0	5%	0%	9%
	T2	4%	0%	2%
Gruppenkurs T0: N=8 (7%) T2: N=7 (6%)	T0	1%	13%	13%
	T2	3%	0%	13%
Telefonberatung T0: N=1 (1%) T2: N=0	T0	2%	0%	0%
	T2	0%	0%	0%
Infos vom Arzt T0: N=7 (6%) T2: N=9 (8%)	T0	8%	0%	4%
	T2	6%	11%	10%
Weiß nicht T0: N=25 (20%) T2: N=12 (11%)	T0	20%		25%
	T2	6%		10%

Wie aus der Tabelle 35 ersichtlich, sind aufgrund der niedrigen Fallzahlen interferenzstatistische Analysen kaum möglich. Für die drei größten Gruppen „ohne Hilfe“, „mit Freunden“ und „weiß nicht“ wurde dennoch eine logistische Regression berechnet. Jedoch ergab sich bei keinem der drei Items ein signifikanter Einfluss des astra-Projekts auf die Einstellungsänderung hinsichtlich verhaltensbezogener Maßnahmen.

Tabelle 36: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp ganz „ohne Hilfe“ zu T2 (nominal skaliert)

Unabhängige Variablen	Odds ratios	Standardfehler (SE)
Rauchstopp ganz „ohne Hilfe“ zu T0	3.116471 *	1.293617
Astra (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.8019888	.1732198
***p<0.001; ** p<0.01; *p<0.05		

($R^2=0.0625$, $\chi^2(2)=8,96$, n.s.)

Tabelle 37: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp „mit Freunden“ zu T2 (nominal skaliert)

Unabhängige Variablen	Odds ratios	Standardfehler (SE)
Rauchstopp „mit Freunden“ zu T0	4.745528 *	2.403276
Astra (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.6466745	.1741205
***p<0.001; ** p<0.01; *p<0.05;		

($R^2=0.0978$, $\chi^2(2)=11,24$, $p<0.001$)

Tabelle 38: Logistische Regression: abhängige Variable: Rauchstopp „weiß nicht“ zu T2 (nominal skaliert)

Unabhängige Variablen	Odds ratios	Standardfehler (SE)
Rauchstopp „weiß nicht“ zu T0	3.038256	2.14055
Astra (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	1.28842	.4590245
***p<0.001; ** p<0.01 *p<0.05;		

($R^2=0.0462$, $\chi^2(2)=3,08$, $p<0.001$)

Aufgrund dieser Werte muss die Hypothese 4, die davon ausgeht, dass sich die tabakbezogenen Normen in den Interventionsschulen verbessern, hinsichtlich der verhaltensbezogenen Einstellungen verworfen werden.

Betrachtung der Veränderungen im Sinne des transtheoretischen Modells

1. Motivation zum Rauchstopp

Bei dieser dichotomisierten Variablen kann zwischen motiviert und nicht motiviert unterschieden werden. Auf der deskriptiven Ebene finden sich kaum Unterschiede zwischen den Gruppen (Interventionsgruppe versus Kontrollgruppe) und den Rauchstoppmotivierten zu den beiden Untersuchungszeitpunkten (T0 und T2). Da es sich bei dem Konstrukt

„Rauchstoppmotivation“ um eine dichotomisierte Variable handelt, wurde mittels logistischer Regression die Signifikanz bestimmt. Zudem wurde der Interaktionseffekt zwischen der Gruppe und der Motivation ermittelt.

Tabelle 39: Motivation zum Rauchstopp - Vergleich der IG und KG (N=103)

Motivation zum Rauchstopp	T0			T2		
	KG	IG1	IG2	KG	IG1	IG2
Motiviert	33%	33%	28%	40%	22%	29%
Nicht motiviert	67%	67%	72%	60%	78%	71%

Wie in der Tabelle 40 erkennbar, übt die Motivation zum Rauchstopp in der Eingangsbefragung einen signifikanten Einfluss auf die Motivation zu T2 aus. Hinsichtlich der Veränderung zwischen T0 und T2 bei der Motivation ohne Berücksichtigung der Gruppen ist ein signifikanter Anstieg festzustellen. In Bezug auf die Teilnahme am astra-Programm konnte weder generell noch in Interaktion mit dem Niveau in der Eingangsbefragung eine signifikante Veränderung gemessen werden ($R^2=0.1829$, $\chi^2(5)=23,89$, $p<0.05$).

Tabelle 40: Logistische Regression: abhängige Variable: Motivation zum Rauchstopp zu T2 (nominal skaliert)

Unabhängige Variablen	Odds ratios	Standardfehler (SE)
Motivation zum Rauchstopp zu T0	7.857143*	5.408125
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.8928571	1.068768
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.6157635	.3977946
Interaktionseffekt: Motivation zu T0* astra halb	.2545455	.3977946
Interaktionseffekt: Motivation zu T0* astra voll	1.660909	1.717544
***p<0.001; ** p<0.01; *p<0.05;		

Demnach muss die Hypothese 4 hinsichtlich der Rauchstoppmotivation verworfen werden. Im Hinblick auf die Rauchstoppmotivation zeigen sich keine signifikanten Verbesserungen in den Interventionsschulen und auch keine signifikanten Verschlechterungen in den Kontrollschulen.

2. Konkrete Änderungsbereitschaft

Die konkrete Änderungsbereitschaft beschreibt das Vorhaben, in den nächsten sechs Wochen oder drei Monaten, einen Rauchstopp durchzuführen und wurde hier dichotomisiert in eine konkrete und keine konkrete Änderungsbereitschaft. Auf der deskriptiven Ebene finden sich sowohl Unterschiede zwischen T0 und T2 als auch unter Berücksichtigung der Gruppe.

Tabelle 41: Konkrete Änderungsbereitschaft - Vergleich der IG und KG (N=101)

	T0			T2			Signifikanz
	KG	IG1	IG2	KG	IG1	IG2	
Konkrete Änderungsbereitschaft	37%	22%	53%	43%	38%	27%	F(5,101)=3,34, p<0.01
Keine konkrete Änderungsbereitschaft	63%	78%	47%	57%	63%	73%	Interaktionseffekt Gruppe -Veränderung: F(1,101)=0,02, n.s

Es wurde davon ausgegangen, dass in den Interventionsgruppen die Änderungsbereitschaft steigt. Wie in Tabelle 42 ersichtlich, übt die konkrete Änderungsbereitschaft zu T0 einen signifikanten Einfluss auf die Änderungsbereitschaft zu T2 aus. Die Gruppe weist jedoch keinen signifikanten Interaktionseffekt auf ($R^2=0.0968$, $\chi^2(4)=12,21$, $p<0.05$).

Tabelle 42: Log. Regression: abhängige Variable: Konkrete Änderungsbereitschaft zu T2 (nominal skaliert)

Unabhängige Variablen	Odds ratios	Standardfehler (SE)
Konkrete Änderungsbereitschaft zu T0	3.361111 *	2.05131
Astra halb (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.6111111	.72477
Astra voll (0=KG; 1=IG halb 2= IG voll)	.2716049	.2292
Interaktionseffekt: Motivation zu T0* astra halb		
Interaktionseffekt: Motivation zu T0* astra voll	1.912633	2.005493
***p<0.001; ** p<0.01; *p<0.05;		

Demnach muss die Hypothese 4, in den Interventionsschulen würde es zu einer signifikanten Einstellungsänderung im Hinblick auf eine konkrete Änderungsbereitschaft kommen, verworfen werden.

Tabelle 43: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 4

Variablen	Annahme	Hypothese 4
Subjektive Norm	Das Rauchen wird in den Interventionsschulen als weniger akzeptiert und möglich empfunden.	✓
Injunktive Norm	In den Interventionsschulen steigt der empfundene Widerspruch zwischen dem Tabakkonsum und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf.	✗
Soziale Unterstützung	PflegeschülerInnen in den Interventionsschulen sind auch weiterhin zuversichtlich, genug Unterstützung während der Ausbildung zu erhalten.	✓
Verhältnispräventive Maßnahmen	In den Interventionsschulen stimmen SchülerInnen den strikten Regelungen vermehrt zu.	✗
Verhaltensbezogener Maßnahmen	In den Interventionsschulen wollen mehr rauchende PflegeschülerInnen mit (professioneller) Hilfe mit dem Rauchen aufhören. SchülerInnen der Interventionsschulen sind motivierter zum Rauchstopp und besitzen eher eine konkrete Änderungsbereitschaft	✗

Resümee zur Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verbessert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich verschlechtert.

Abschließend kann zur Hypothese 4 resümiert werden, dass bei den Variablen „subjektive Norm“ und „Zuversicht auf soziale Unterstützung“ der erwartete positive Einfluss in der Interventionsgruppe, im Besonderen der mit allen Modulen, bestätigt werden konnte. Bei allen anderen Variablen (Veränderungen des Berufsverständnisses, der Einstellung gegenüber verhaltensbezogener und verhältnisbezogener Maßnahmen) konnte die Hypothese nicht gehalten werden. Demnach kann im Ganzen betrachtet die Hypothese 4 nur bedingt gehalten werden.

Resümee zur Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Interventionsschulen nach der Durchführung des astra-Programms von den Kontrollschulen hinsichtlich der Tabakpolitik und raucherbezogenen Normen?

Um Hinweise auf die Wirksamkeit des astra-Projekts zu erhalten, wurden die Veränderungen der Sozialisationsbedingungen zwischen den Messzeitpunkten in Abhängigkeit zur Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe, Interventionsgruppe mit allen Modulen und Interventionsgruppe ohne Verhältnisprävention) untersucht. In einem ersten Schritt wurden hierfür, jedoch nur auf deskriptiver Ebene, die Veränderungen bei der Tabakpolitik betrachtet. Hier konnte eine verstärkte Entwicklung bei allen fünf Faktoren hin zu einer strengeren Tabakpolitik in den Interventionsschulen, besonders in denen, die alle Module durchgeführt hatten, beobachtet werden. Die Veränderungen bei den sozialen Normen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen wurden im zweiten Schritt überprüft. Dabei konnten positive Veränderungen in der subjektiven Norm und bei der Zuversicht auf soziale Unterstützung durch das astra-Programm in den Interventionsschulen mit allen Modulen gefunden werden. Bei den anderen Normen und Einstellungen konnten in der Zeit noch keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit bestätigt werden.

Tabelle 44: Zusammenfassung der Ergebnisse zur zweiten Fragestellung

Variablen	Annahme	
Hypothese 3		
Faktor 1: Verankerung und Organisation	Es gibt Hinweise, wonach das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 1 ausübt (deskriptiv).	✓
Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen – SchülerInnen	Es gibt Hinweise, wonach das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 2 ausübt (deskriptiv).	✓
Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen – Personal	Es gibt Hinweise, wonach das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 3 ausübt (deskriptiv).	✓
Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens	Es gibt Hinweise, wonach das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 4 ausübt (deskriptiv).	✓
Faktor 5: Rauchverbote	Es gibt Hinweise, wonach das astra-Projekt einen positiven Einfluss auf den Faktor 5 (das Vorhandensein von Rauchverboten) ausübt.	✓
Hypothese 4		
Subjektive Norm	Das Rauchen wird in den Interventionsschulen als weniger akzeptiert und möglich empfunden	✓
Injunktive Norm	In den Interventionsschulen steigt der empfundene Widerspruch zwischen dem Tabakkonsum und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf.	✗
Soziale Unterstützung	PflegeschülerInnen in den Interventionsschulen sind auch weiterhin zuversichtlich, genug Unterstützung während der Ausbildung zu erhalten.	✓
Verhältnispräventive Maßnahmen	In den Interventionsschulen stimmen SchülerInnen den strikten Regelungen vermehrt zu.	✗
Verhaltensbezogener Maßnahmen	In den Interventionsschulen wollen mehr rauchende PflegeschülerInnen mit (professioneller) Hilfe mit dem Rauchen aufhören. SchülerInnen der Interventionsschulen sind motivierter zum Rauchstopp und besitzen eher eine konkrete Änderungsbereitschaft	✗

Neben den Sozialisationsbedingungen ist weiter anzunehmen, dass eine berufliche Selektion einen zusätzlichen Betrag zu den hohen Prävalenzen beisteuert. Eine Betrachtung dieser Fragestellung ist vor allem hinsichtlich der hohen Raucherprävalenzen bereits zu Ausbildungsbeginn sinnvoll. Außerdem könnte sich diese Selektion auch auf die Projektakzeptanz bzw. die Bereitschaft für Veränderungen auswirken.

Aus diesem Grund soll in den folgenden Blöcken die Bedeutung der Persönlichkeitsausprägungen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen analysiert werden.

4.2 Die Selektion in der Pflegeausbildung

4.2.1 Block C: Die Selektionsmechanismen bei der Berufswahl

Zusammenfassung der Forschung zur Bedeutung der Persönlichkeit auf die Berufswahl

Das Berufswahlmodell von Holland erfasst das Passungsverhältnis zwischen dem beruflichen Umfeld und der Person (Kels et al. 2015). Dabei konnten studienübergreifende Zusammenhänge zwischen diesen Interessentypen und den Big Five nachgewiesen werden (McKay und Tokar 2012). Anhand dieses Modells wurde die Vermutung geäußert, dass die Persönlichkeit bei der Berufswahl als Selektionsfaktor fungiert. Wird dieser Gedanke weitergedacht, kann angenommen werden, dass sich in allen Berufsgruppen, so auch in der Pflege, Personen mit bestimmten (ähnlichen) Persönlichkeitsausprägungen finden lassen.

Aufbauend auf die Annahme, dass sich die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen von denen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden, wird weiter angenommen, dass sich auch andere Verteilungen bei den Persönlichkeitstypen in der Pflege, als in der deutschen Vergleichsgruppe, zeigen.

Block C:

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?

1. Persönlichkeitsdimensionen

Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.

2. Persönlichkeitstypen

Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.

**Note 1:* Um im Rahmen der Fragestellungen zu den Persönlichkeitsdimensionen einen Vergleich zu den Referenzwerten herstellen zu können, wurden die Altersgruppen genau wie bei Rammstedt et al. 2012 eingeteilt. Kleine Unterschiede bestehen jedoch, so beginnt der Vergleich erst bei dem Alter von 18 Jahren. Bei astra nehmen jedoch auch jüngere Personen (ab 16 Jahre) an der Befragung teil. Des Weiteren ist die dritte Gruppe bei Rammstedt et al. älter als 65 Jahre. Bei astra ist die älteste Person jedoch nur 54 Jahre alt.

**Note2:* Um einen Vergleich zwischen den Persönlichkeitstypen bei astra und der deutschen Wohnbevölkerung herstellen zu können, wurden für die Fragestellung 3 die Einteilung in die Persönlichkeitstypen bei astra anhand der Medianwerte von der deutschen Wohnbevölkerung neu durchgeführt.

Der Block C untersucht die Bedeutung der Persönlichkeit bei der Berufswahl. Zur Beurteilung, ob es sich bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen um eine besondere Personengruppe handelt, werden zunächst die Mittelwerte der fünf Persönlichkeitsdimensionen der PflegeschülerInnen mit denen der Wohnbevölkerung verglichen. Hierfür wurden ergänzende Daten von GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in die Berechnungen hinzugenommen.

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?

Es wird angenommen, dass sich die Ausprägung der Persönlichkeit signifikant von denen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheidet. Aufgrund der hohen Raucherprävalenzen wird angenommen, dass die PflegeschülerInnen höhere Werte beim Neurotizismus und niedrigere Werte bei der Gewissenhaftigkeit aufweisen. Da die Frauen in der Pflege überrepräsentiert sind, erfolgt eine gesonderte Betrachtung nach dem Geschlecht. Es wird angenommen, dass die Pflegeschülerinnen höhere Werte beim Neurotizismus aufweisen als die Frauen in der Vergleichsgruppe.

Aufgrund der wissenschaftlichen Literatur, wonach erhöhter Tabakkonsum in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Insecure Type, dem Impulsive Type und dem Hedonist Type steht (Vollrath und Torgersen, 2002), wird davon ausgegangen, dass sich unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen besonders viele diesen drei Typen zuordnen lassen.

	E	N	G
<i>Spectator:</i>	↓	↓	↓
<i>Insecure:</i>	↓	↑	↓
<i>Sceptic:</i>	↓	↓	↑
<i>Brooder:</i>	↓	↑	↑
<i>Hedonist:</i>	↑	↓	↓
<i>Impulsive:</i>	↑	↑	↓
<i>Entrepreneur:</i>	↑	↓	↑
<i>Complicated:</i>	↑	↑	↑

Zunächst werden die Dimensionen einzeln betrachtet, bevor das Zusammenwirken der Dimensionen explorativ durch die Einteilung in die Persönlichkeitstypen nach Torgerson untersucht wird.

I. Betrachtung der Persönlichkeitsdimensionen

Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.

Studien zum Thema Rauchen oder Stressvulnerabilität identifizierten hohe Neurotizismuswerte als Risikofaktor und hohe Werte bei der Gewissenhaftigkeit als Schutzfaktor. Die Bedeutung der Ausprägung der Extraversion scheint demgegenüber

sozialisationsabhängig zu sein. D.h., in Ländern (und vielleicht auch in einem sozialen Umfeld), in denen das Rauchen als akzeptiert wahrgenommen wird, gibt es auch signifikant mehr RaucherInnen unter den Extravertierten. Daraus resultiert, dass für die Pflege angenommen wird, die SchülerInnen besitzen hohe Werte beim Neurotizismus und niedrige Werte bei der Gewissenhaftigkeit. Zusätzlich werden auch höhere Werte bei der Extraversion angenommen.

Persönlichkeitsausprägung im Vergleich– PflegeschülerInnen stellen eine gesonderte Gruppe dar und unterscheiden sich signifikant von der Vergleichsgruppe.

Anhand der Mittelwerte der Dimensionen im Vergleich zu den Referenzwerten (RW) von Rammstedt et al. 2012 (siehe Tabelle 45) kann bestimmt werden, ob die jeweilige Persönlichkeitsdimension über- oder unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Die Tabelle 45 zeigt die Ausprägung der Persönlichkeitseigenschaften bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und bei der deutschen Wohnbevölkerung. Dabei kann die Ausprägung der einzelnen Dimensionen von 1=niedrig ausgeprägt bis 5=stark ausgeprägt variieren. Der Vergleich der Daten von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen mit denen der deutschen Wohnbevölkerung (GESIS) zeigt, dass die PflegeschülerInnen signifikant höhere Werte beim Neurotizismus und signifikant niedrigere Werte bei der Gewissenhaftigkeit besitzen. Zusätzlich zeigten sich Tendenzen, wonach PflegeschülerInnen eine höhere Extraversion und eine höhere Offenheit für neue Erfahrungen besitzen. Es konnte nur bei der Verträglichkeit kein signifikanter Unterschied und auch keine Tendenz gemessen werden.

Tabelle 45: Vergleich der Mittelwerte bei den Persönlichkeitsdimensionen (astra: N=458-465/ GESIS: N=1134)

<i>Persönlichkeitsdimensionen</i>	<i>M (Pflege)</i>	<i>SD (Pflege)</i>	<i>M (dt. Bevölkerung)</i>	<i>SD (dt. Bevölkerung)</i>	<i>Signifikanzniveau</i>
<i>Extraversion</i>	3.57	.92	3.47	.95	t(1597)=1,9074; n.s.; aber Tendenz erkennbar (p<.10): Pflege> Wohnbevölkerung
<i>Verträglichkeit</i>	3.39	.74	3.45	.80	t(1593)=-0,56404; n.s.
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	3.67	.82	4.15	.79	t(1590)=-10,485664; p<.001 Pflege < Wohnbevölkerung
<i>Neurotizismus</i>	2.84	.85	2.42	.88	t(1594)=8,5334962; p<.001 Pflege> Wohnbevölkerung
<i>Offenheit</i>	3.58	1.01	3.41	.93	t(1596)=1,89209703; n.s.; aber Tendenz erkennbar (p<.10): Pflege > Wohnbevölkerung

Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Persönlichkeitsausprägung - PflegeschülerInnen unterscheiden sich von der deutschen Wohnbevölkerung.

Eine genauere Analyse nach Alter und Geschlecht zeigt signifikante Werte oder zumindest Tendenzen bei allen fünf Dimensionen. Im Folgenden sollen zunächst die Ergebnisse zu den Frauen und anschließend die der Männer vorgestellt werden.

Tabelle 46: Vergleich der Ausprägung der Persönlichkeit in der Gesellschaft und unter den Pflegeschülern nach Alter und Geschlecht.

Persönlichkeitsdimensionen	Alter in Jahren	Männer	Frauen
Extraversion	18-35	t(184)=-0,774; n.s.	t(436)=-1,8677; n.s.: aber Tendenz erkennbar (p<.10)
	36-65	t(228)=-1,97725; p<.05	t(317)=-1,4924; n.s.
Verträglichkeit	18-35	t(185)=-0,69779; n.s.	t(431)=-3,0635; p<.001
	36-65	t(228)=0,2713; n.s.	t(317)=-0,8393; n.s.
Gewissenhaftigkeit	18-35	t(185)=-4,4507; p<.001	t(430)=-2,4731; p<.05
	36-65	t(228)=0,22679; n.s.	t(317)=-1,26263; n.s.
Neurotizismus	18-35	t(184)=2,38646; p<.05	t(434)=4,25395; p<.001
	36-65	t(228)=1,503518; n.s.	t(317)=1,79025; n.s.: aber Tendenz erkennbar (p<.10)
Offenheit	18-35	t(185)=0,50799; n.s.	t(436)=-0,2197; n.s.
	36-65	t(228)=2,59; p<.001	t(316)=0,20163; n.s.

* Note: Zu beachten ist, dass bei den Berechnungen und den nachfolgenden Grafiken nur die PflegeschülerInnen ab 18 Jahre und nur die Personen der Wohnbevölkerung unter 65 Jahren in die Berechnungen mit einbezogen wurden. Dies soll die Vergleichbarkeit der beiden Stichproben erhöhen.

Frauen

Wie in Tabelle 46 erkennbar, zeigen Pflegeschülerinnen ($M=2,95/SD=0,862$) im Alter zwischen 18-35 Jahren signifikant höhere Werte im Neurotizismus auf als die weibliche Referenzgruppe der deutschen Wohnbevölkerung ($M=2,55/SD=0,86$). Bei den Frauen zeigt sich bei der Extraversion nur eine Tendenz bei der jüngeren Altersgruppe dahingehend, dass die Pflegeschülerinnen tendenziell niedrigere Werte besitzen (astra $M=3,63/SD=0,897$ und GESIS $M=3,81/SD=0,9$). Die Ausprägung der Verträglichkeit zeigt nur bei den jüngeren Frauen signifikante Unterschiede, wonach die Pflegeschülerinnen ($M=3,391/SD=0,721$) unter dem Niveau der gleichaltrigen Frauen in der Gesellschaft ($M=3,67/SD=0,95$) liegen. Die Gewissenhaftigkeit weist bei den jungen Pflegeschülerinnen ($M=3,793/SD=0,774$) gegenüber den gleichaltrigen Frauen der Vergleichsgruppe ($M=4,02/SD=0,87$) signifikant niedrigere Werte auf. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich bei der Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen.

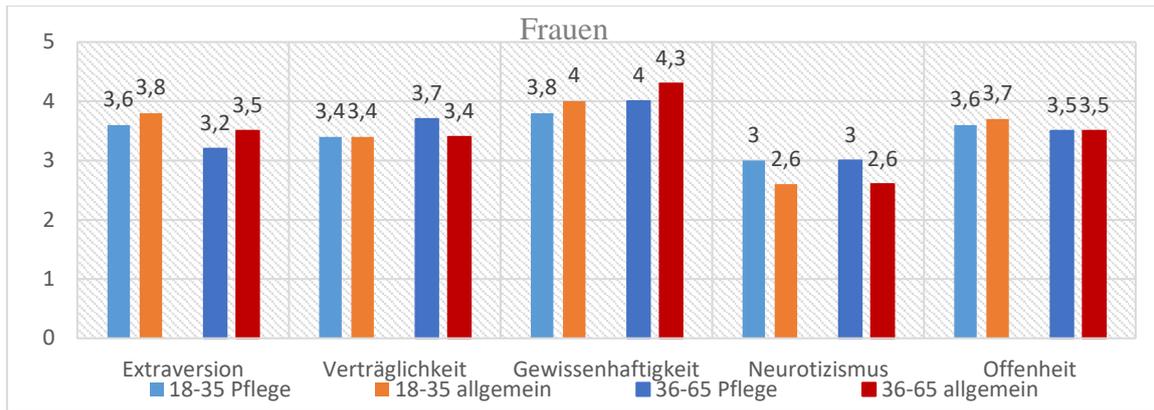


Abbildung 47: Verteilung der Persönlichkeitsausprägungen nach Alter für die Frauen (Pflege: N=316 /Wohnbevölkerung: N=443)

Männer:

Auch die Pflegeschüler ($M=2,53/SD=0,787$) zeigen in der jüngeren Altersklasse signifikant höhere Werte im Neurotizismus auf als die Gleichaltrigen in der deutschen Wohnbevölkerung ($M=2,22/SD=0,78$). Bei der Extraversion zeigt sich bei der höheren Alterskategorie, den 36-65-Jährigen, ein signifikanter Unterschied, wonach die Werte der Pflegeschüler ($M=2,5/SD=0,707$) signifikant unter dem Wert der Männer in der deutschen Wohnbevölkerung ($M=3,45/SD=0,91$) liegen. Demgegenüber besitzen nur die älteren Pflegeschüler signifikant höhere Werte bei der Dimension Offenheit für neue Erfahrungen ($M=4,5/SD=0,577$) als ihre gleichaltrigen Männer in der Gesellschaft ($M=3,27/SD=0,89$). Zudem besitzen junge Pflegeschüler bei der Gewissenhaftigkeit signifikant niedrigere Werte ($M=3,211/SD=0,772$) gegenüber den gleichaltrigen Männern ($M=3,78/SD=0,75$). Keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigen sich bei den Männern bei der Verträglichkeit.

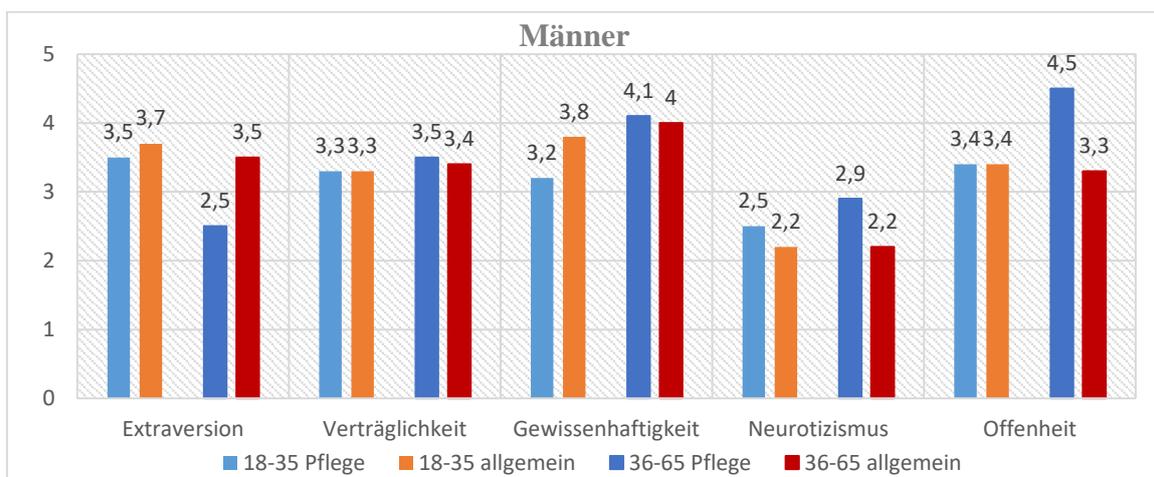


Abbildung 48: Verteilung der Persönlichkeitsausprägungen nach Alter für die Männer (Pflege: N=100 /Wohnbevölkerung: N=316)

Resümee zur Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.

Demnach lässt sich zur Hypothese 5 resümierend sagen, dass sich die PflegeschülerInnen in Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden. Zusätzlich zeigen sich bei den Dimensionen Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen Tendenzen. Somit kann die Hypothese 5 als bestätigt angesehen werden. Durch die Entscheidung für den Pflegeberuf kam es zu einer Selektion, wodurch sich diese Personen signifikant von der Wohnbevölkerung hinsichtlich ihrer Persönlichkeit unterscheiden. Es wählen demnach besonders sensible Personen (hoher Neurotizismus) den Pflegeberuf.

Da hier im Besonderen die Dimensionen Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus sowie zu einem geringeren Ausmaß auch die Extraversion von Bedeutung ist, sollen nun explorativ die Persönlichkeitstypen nach Torgerson untersucht werden.

Tabelle 47: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 5

Variablen	Deutung	Hypo- these 5
Allgemein	Die PflegeschülerInnen unterscheiden sich bei der Ausprägung der Persönlichkeit signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung.	✓
Nach Geschlecht und Alter	Eine genauere Analyse, nach Alter und Geschlecht differenziert, zeigt signifikante Unterschiede zwischen der deutschen Wohnbevölkerung und den PflegeschülerInnen.	✓

II. Betrachtung der Persönlichkeitstypen

Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.

Auf der Grundlage der Analyse der Persönlichkeitsdimensionen wird weiter (explorativ) angenommen, dass sich in der Pflege andere Persönlichkeitstypen finden als in der deutschen Wohnbevölkerung.

Aufbauend auf die Ergebnisse der Hypothese 5 wird angenommen, dass sich in der Pflege besonders viele Personen vom Impulsive Type, Insecure Type, Brooder Type, Spectator Type und Hedonist Type finden lassen. Zunächst soll deshalb die deskriptive Verteilung Betrachtung finden. Wie unten erkennbar, gehört die Mehrheit der deutschen Wohnbevölkerung dem Entrepreneur Type (24%), dem Impulsive Type (20%) und dem Complicated Type (18%) an. Demgegenüber gehören die PflegeschülerInnen vorrangig dem Brooder Type (32%), dem Complicated Type (27%) und dem Sceptic Type (17%) an.

	E	N	G
<i>Spectator:</i>	↓	↓	↓
<i>Insecure:</i>	↓	↑	↓
<i>Sceptic:</i>	↓	↓	↑
<i>Brooder:</i>	↓	↑	↑
<i>Hedonist:</i>	↑	↓	↓
<i>Impulsive:</i>	↑	↑	↓
<i>Entrepreneur:</i>	↑	↓	↑
<i>Complicated:</i>	↑	↑	↑

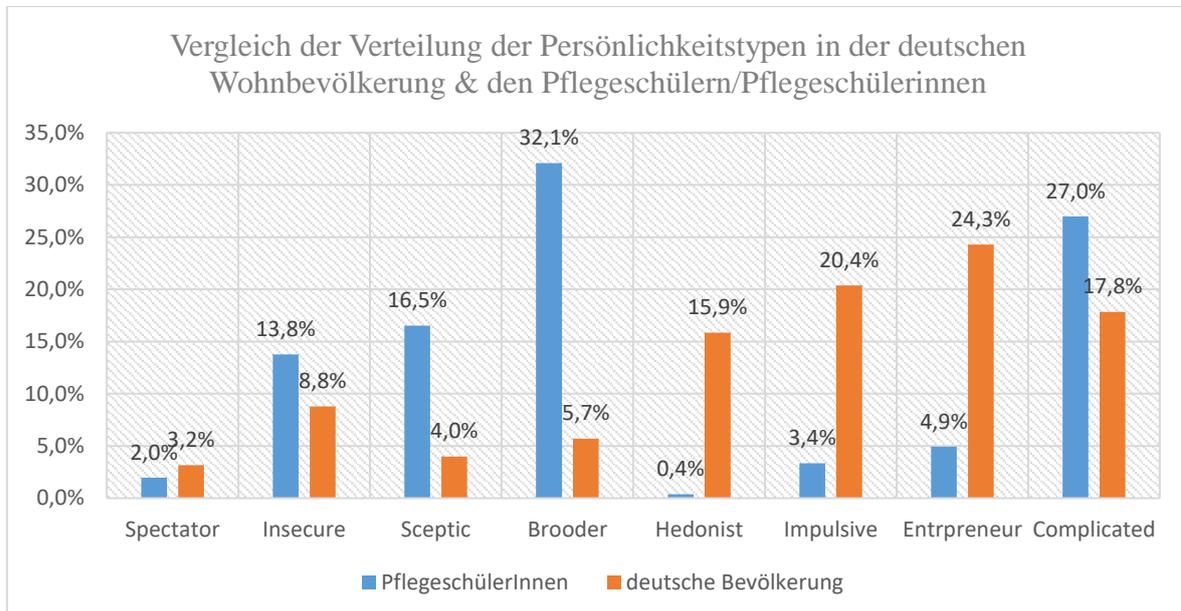


Abbildung 49: Verteilung der Persönlichkeitstypen in der dt. Wohnbevölkerung und unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen (N=1104/ N= 508)

Damit eine Überprüfung auf Signifikanz möglich ist, wurde die Verteilung der Häufigkeiten in der unteren Tabelle 48 aufgelistet.

Aufbauend auf der Annahme, dass sich die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen von denen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden, wird weiter angenommen, dass sich auch die Persönlichkeitstypen in der Pflege signifikant von der deutschen Vergleichsgruppe unterscheiden.

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Persönlichkeitstypen bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der dt. Wohnbevölkerung

	Deutsche Wohnbevölkerung			PflegeschülerInnen		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
Spectator	12	4	16	3	7	10
Insecure	28	37	65	9	60	70
Sceptic	12	12	24	29	55	84
Brooder	8	29	37	35	128	163
Hedonist	79	60	139	1	1	2
Impulsive	69	103	172	3	14	17
Entrepreneur	74	98	172	12	13	25
Complicated	34	98	132	28	109	137
Gesamt	316	441	757	120	387	508

Da von den Vergleichsdaten zur deutschen Wohnbevölkerung die Häufigkeiten durch GESIS zur Verfügung gestellt wurden, konnte mittels Excel ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt werden.

Es soll die Nullhypothese überprüft werden, dass PflegeschülerInnen sich nicht von den Persönlichkeitstypen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden.

Damit dies möglich ist, müssen für die beobachteten Werte (Kontingenztafel) die jeweiligen theoretischen Werte (Assoziationstabelle) berechnet werden. Die Assoziationstabelle errechnet sich folgendermaßen:

$$\frac{\text{Gesamtheit der Gruppe (N=757 bzw. 508)} \cdot \text{Gesamtanzahl des Types (z.B. Spectator Type: N= 26)}}{\text{Gesamtheit der Gruppe und Typen (N=2630)}}$$

Wie in der nachfolgenden Tabelle 49 erkennbar, stimmen die erwarteten (theoretischen) Werte mit den beobachteten Werten überein. Demnach kann die Hypothese der

Unabhängigkeit als bestätigt angesehen werden und die Bedingungen für einen Chi-Quadrat-Test sind erfüllt.

Tabelle 49: Beobachtete Werte und theoretische Werte bei der Verteilung der Persönlichkeitstypen

Type	Beobachtete Werte			Theoretische Werte		
	Deutsche Wohnbevölkerung	PflegeschülerInnen	Gesamt Typen	Deutsche Wohnbevölkerung	PflegeschülerInnen	Gesamt Typen
Spectator	16	10	26	15,55889328	10,4411067	26
Insecure	65	70	135	80,78656126	54,2134387	135
Sceptic	24	84	108	64,62924901	43,370751	108
Brooder	37	163	200	119,6837945	80,3162055	200
Hedonist	139	2	141	84,3770751	56,6229249	141
Impulsive	172	17	189	113,1011858	75,8988142	189
Entrepreneur	172	25	197	117,8885375	79,1114625	197
Complicated	132	137	269	160,9747036	108,025296	269
Gesamt	757	508	1265	757	508	1265

Um die Verteilungen auf Signifikanz überprüfen zu können, soll zunächst der Freiheitsgrad berechnet werden. Dieser ergibt sich aus: $df=(8-1)*(2-1)=7$

Durch die Berechnung der quadratischen Abweichungen (beobachtete Werte – theoretische Werte je Typ und Gruppe) kann im nächsten Schritt die Prüfgröße berechnet werden. Die Summe aller quadratischen Abweichungen ergibt die Prüfgröße. In eine Formel gebracht, sieht dieser Schritt folgendermaßen aus:

$$Chi^2 = \sum_{\text{alle Zellen}} \frac{(\text{beobachtete} - \text{erwartete Häufigkeit})^2}{\text{erwartete Häufigkeit}}$$

Tabelle 50: Chi-Quadrat-Verteilung zwischen dt. Wohnbevölkerung und den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen

Type	Deutsche Wohnbevölkerung	Quadratische Abweichungen	PflegeschülerInnen	Quadratische Abweichungen
Spectator	(16-15,56) ² /15,56	0,01250572	(10-10,44) ² /10,44	0,01863549
Insecure	(65-80,79) ² / 80,79	3,08486353	(70-54,21) ² / 54,21	4,596932465
Sceptic	(24-64,63) ² / 64,63	25,5416224	(84-43,37) ² / 43,37	38,0610397
Brooder	(37-119,68) ² / 119,68	57,1222687	(163-80,32) ² / 80,32	85,12117601
Hedonist	(139-84,38) ² / 84,38	35,3610732	(2-56,62) ² / 56,62	52,69356767
Impulsive	(172-113,10) ² / 113,10	30,6722719	(17-75,90) ² / 75,90	45,70651535
Entrepreneur	(172-117,89) ² / 117,89	24,8374476	(25-79,11) ² / 79,11	37,01170826
Complicated	(132-160,97) ² / 160,97	5,21531289	(137-108,03) ² / 108,03	7,771637513
Summe		181,847366		270,9812125
Prüfgröße		181,847366+270,9812125=	452,828578	

Anhand der Tabelle der Chi-Quadrat-Verteilung kann nun das Signifikanzniveau bestimmt werden. Bei einem Freiheitsgrad von $df=7$ ist die Verteilung der Persönlichkeitstypen mit $p<0.005$ hoch signifikant.

Diese Verteilung der Persönlichkeitstypen zwischen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheidet sich signifikant von der Verteilung bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen ($\chi^2(7)= 452,828578$, $p<0.005$).

Resümee zur Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.

Es kann demnach zur Hypothese 6 resümiert werden, dass sich die Unterschiede bei der Verteilung der Persönlichkeitstypen bereits auf der deskriptiven Ebene deutlich abzeichnen. Diese Ergebnisse konnten auch hinsichtlich des Signifikanzniveaus bestätigt werden. Demnach kann die Hypothese 6 als bestätigt angesehen werden.

Tabelle 51: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 6

Variablen	Deutung	Hypothese 6
Persönlichkeitstypen	Die PflegeschülerInnen unterscheiden sich in der Verteilung auf die Persönlichkeitstypen signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung.	✓

Resümee zur Fragestellung 3: Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?

Die Ergebnisse konnten signifikante Unterschiede bei den Persönlichkeitsdimensionen (Big Five) zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der deutschen Wohnbevölkerung bestätigen. Demnach kam es durch die Berufswahl zu einer beruflichen Selektion. Die Annahme eines signifikant höheren Neurotizismus und einer signifikant niedrigeren Gewissenhaftigkeit bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen konnte zusätzlich bestätigt werden.

Die Kombination der Persönlichkeitsdimensionen Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Extraversion anhand des Medians ergaben acht Persönlichkeitstypen, denen die deutsche Wohnbevölkerung und die PflegeschülerInnen zugeordnet werden konnten. Auch hier zeigte sich eine signifikant andere Verteilung auf diese acht Typen bei den beiden Stichproben. Somit konnten beide Hypothesen (5 und 6) bestätigt werden.

Tabelle 52: Zusammenfassung der Ergebnisse zur dritten Fragestellung

Variablen	Deutung	
Hypothese 5		
Allgemein	Die PflegeschülerInnen unterscheiden sich bei der Ausprägung der Persönlichkeit signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung.	✓
Nach Geschlecht und Alter	Eine genauere Analyse, nach Alter und Geschlecht differenziert, zeigt signifikante Unterschiede zwischen der deutschen Wohnbevölkerung und den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen.	✓
Hypothese 6		
Persönlichkeitstypen	Die PflegeschülerInnen unterscheiden sich in der Verteilung auf die Persönlichkeitstypen signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung.	✓

Da ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Gewissenhaftigkeit und des Neurotizismus mit dem Gesundheitsverhalten in unterschiedlichen Studien bestätigt wurde, erfolgt im nächsten Schritt die Analyse der Stresszuversicht, des Rauchverhaltens und der Widerstandsgewissheit. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, ob diese berufliche Selektion einen ergänzenden Grund für die hohen Prävalenzzahlen in der Pflege darstellt.

4.2.2 Block D: Die Bedeutung der Persönlichkeit auf das Gesundheitsverhalten

Zusammenfassung der Forschung zur Persönlichkeit und dem Gesundheitsverhalten

Das Stressempfinden und die Reaktion hängen, laut dem transaktionalen Stressmodell, von der persönlichen Interpretation und den Fähigkeiten und Ressourcen einer Person ab. Die Reaktion ist somit durch die Persönlichkeit und den früheren Sozialisationserfahrungen determiniert (Kaluza 2015; Friedman et al., 1994). Ein Reiz wird zum Stressauslöser, wenn die Bewältigung der Anforderung die wahrgenommenen Fähigkeiten und Ressourcen einer Person übersteigen (Kaluza 2015). Eine stabile Persönlichkeit wirkt sich positiv auf das Gesundheitsverhalten und die Genesung nach Erkrankungen aus (Maas und Spinath, 2012; Friedman et al., 1994; Lauriola et al., 2005). Auch die Vermeidung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und die aktive Förderung der Gesundheit stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Persönlichkeit (Vollrath und Torgersen, 2002). Bezüglich des Stressempfindens und Copings konnte auch ein Zusammenhang mit der Persönlichkeit nachgewiesen werden (Penley und Tomaka, 2002; Karimzade und Besharat, 2011; Grant und Langan-Fox, 2006). Dieses zeigt sich in dysfunktionalen Copingstrategien, wie dem Rauchen (Vollrath und Torgersen 2002; Terracciano und Costa, 2004; Allik, 2012; Maas und Spinath, 2012; Maloff et al. 2005).

Im Rahmen dieser Arbeit soll der Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und dem Stressempfinden, der Widerstandsgewissheit und dem Rauchverhalten der PflegeschülerInnen untersucht werden. Aufbauend auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse wird angenommen, dass sich die „ungünstigen“ Persönlichkeitsausprägungen (niedrige Gewissenhaftigkeit bei gleichzeitig hohem Neurotizismus) negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken. In Bezug auf die Persönlichkeitstypen wird angenommen, dass der Insecure Type und der Impulsive Type in einem positiven Zusammenhang mit einer hohen Stressvulnerabilität, einer niedrigen Widerstandsgewissheit und einem hohen Tabakkonsum stehen.

Block D: Persönlichkeit und Gesundheit**Fragestellung 4: Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?****1. Persönlichkeitsdimensionen**

Hypothese 7: Die Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.

2. Persönlichkeitstypen

Hypothese 8: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich signifikant zwischen den Persönlichkeitstypen.

Der Block D untersucht den Einfluss der Persönlichkeitsausprägung auf das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen. Studienübergreifend zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen einer hohen Gewissenhaftigkeit und dem Gesundheitsverhalten sowie ein negativer Zusammenhang zwischen hohen Neurotizismuswerten und dem Gesundheitsverhalten (Vollrath und Torgersen, 2002; Wasylkiw und Fekken 2002; Maas und Spinath, 2012; Grant und Langan-Fox, 2006). Es wird angenommen, dass ein hoher Neurotizismus mit einer hohen Stressvulnerabilität, einer niedrigen Widerstandsgewissheit und einem hohen Tabakkonsum einhergehen. Demgegenüber korreliert eine hohe Gewissenhaftigkeit mit einer niedrigen Stressvulnerabilität, einer hohen Widerstandsgewissheit und einem niedrigen Tabakkonsum.

Fragestellung 4: Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?

Es werden wieder zu Beginn die Persönlichkeitsdimensionen betrachtet. Diese werden in hohe und niedrige Ausprägungen unterteilt und anschließend hinsichtlich der drei Kriterien (Tabakkonsum, Stresszuversicht und Widerstandsgewissheit) untersucht. Da der Tabakkonsum in der Pflege in der vorliegenden Arbeit das Hauptkriterium für einen gesunden Lebensstil darstellt, soll zusätzlich die Rauchstoppmotivation und anschließend die konkrete Änderungsbereitschaft in Bezug auf die Persönlichkeitsausprägungen untersucht werden.

Bei der explorativen Betrachtung der Persönlichkeitstypen erfolgt ausschließlich eine Analyse des Einflusses der Typenzuordnung auf die drei Kriterien Tabakkonsum, Stresszuversicht und Widerstandsgewissheit.

1. Betrachtung der Persönlichkeitsdimensionen

Hypothese 7: Die Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.

Es wird angenommen, dass sich hohe Werte beim Neurotizismus und bei der Extraversion sowie niedrige Werte bei der Gewissenhaftigkeit negativ auf die Stresszuversicht und Widerstandsgewissheit auswirken und diese Personen zu einem größeren Anteil RaucherInnen sind. Demgegenüber wird angenommen, dass eine hohe Gewissenhaftigkeit, ein niedriger Neurotizismus und eine niedrige Extraversion sich bei diesen Faktoren eher protektiv auswirken.

Die Tabelle 53 bietet die Zusammenfassung der deskriptiven Auswertung. Diese zeigt, dass es mehr RaucherInnen gibt, wenn die Extraversion hoch, die Verträglichkeit hoch, der Neurotizismus hoch und die Gewissenhaftigkeit niedrig ausgeprägt sind. Die Stresszuversicht ist höher, wenn die Extraversion hoch, die Gewissenhaftigkeit hoch, die Offenheit hoch und der Neurotizismus niedrig sowie die Verträglichkeit niedrig sind. Bei der Widerstandsgewissheit zeigt sich auf deskriptiver Ebene, dass diese höher ist, wenn die Extraversion niedrig, der Neurotizismus niedrig, die Verträglichkeit niedrig und die Gewissenhaftigkeit hoch sowie die Offenheit hoch sind.

Tabelle 53: Persönlichkeit und Gesundheit (N=460)

<i>Persönlichkeit</i>	<i>Ausprägung</i>	<i>Raucheranteil (%)</i>	<i>Stresszuversicht M (SD)</i>	<i>Widerstandsgewissheit M (SD)</i>
<i>Extraversion</i>	Hoch (>3,5)	58%	3,97 (.914)	3,59 (1.334)
	Niedrig	47%	3,83 (.905)	3,81 (1.302)
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	Hoch (>3,5)	48%	3,99 (.860)	3,85 (1.262)
	Niedrig	56%	3,82 (.939)	3,594 (1.356)
<i>Neurotizismus</i>	Hoch (>3,0)	54%	3,60 (.822)	3,62 (1.310)
	Niedrig	51%	4,00 (.928)	3,74 (1.317)
<i>Offenheit</i>	Hoch (>3,5)	52%	3,92 (.892)	3,84 (1.280)
	Niedrig	52%	3,85 (.934)	3,62 (1.335)
<i>Verträglichkeit</i>	Hoch (>3,5)	54%	3,82 (.892)	3,65 (1.370)
	Niedrig	51%	3,92 (.930)	3,74 (1.297)

Im Folgenden sollen diese deskriptiven Ergebnisse auf Signifikanz überprüft werden.

Tabakkonsum - Die Persönlichkeitsausprägung übt einen Einfluss auf den Tabakkonsum aus.

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen und dem Rauchstatus wurde zunächst ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Die Analyse ergab nur bei der Extraversion einen signifikanten Zusammenhang mit dem Rauchverhalten (RaucherInnen / NichtraucherInnen). So rauchen Personen mit einem hohen Wert bei der Extraversion ($>3,5$) signifikant häufiger als Personen mit einer niedrigen Ausprägung der Extraversion ($\chi^2(1)=5,2672$, $p<0.05$). Auch die genauere Betrachtung nach den täglichen Rauchende, Gelegenheitsrauchende und Nichtraucherende ergibt ausschließlich bei der Extraversion einen signifikanten Unterschied ($\chi^2(2)=9,3984$, $p<0.01$). Um zu ermitteln, wie stark der Einfluss der Persönlichkeitsausprägung „Extraversion“ auf den Raucherstatus ist, wurde zusätzlich die Effektstärke berechnet. In dem vorliegenden Beispiel handelt es sich um einen kleinen negativen Effekt ($\hat{\rho} = -0,28$).

Um den Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und aller Persönlichkeitsdimensionen in einem Modell zu betrachten, wurde eine Regression berechnet. Dieses Modell wurde jedoch nicht signifikant, obwohl auch hier ein signifikantes Ergebniss bei der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit zu sehen sind ($R^2=0.0154$, $\chi^2(5)=9.56$, n.s.).

Tabelle 54: Regression: abhängige Variable: Tabakkonsum (dichotom)

Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Standardfehler (SE)
Extraversion	1.583897 *	.3121817
Neurotizismus	1.238871	.265428
Offenheit	1.017719	.1971355
Verträglichkeit	1.126073	.2321888
Gewissenhaftigkeit	.6811908*	.1317062
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Demnach kann die Hypothese 7, welche davon ausgeht, dass die Persönlichkeit einen signifikanten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausübt, hinsichtlich des Tabakkonsums in Bezug auf die Extraversion als bestätigt angesehen werden. Gleichzeitig wurde das Modell mit allen fünf Dimensionen jedoch nicht signifikant.

Die deskriptive Verteilung des Raucherstatus auf die fünf Persönlichkeitsdimensionen nach ihren Ausprägungen in hoch und niedrig ist auf der unteren Abbildung 50 zu erkennen.

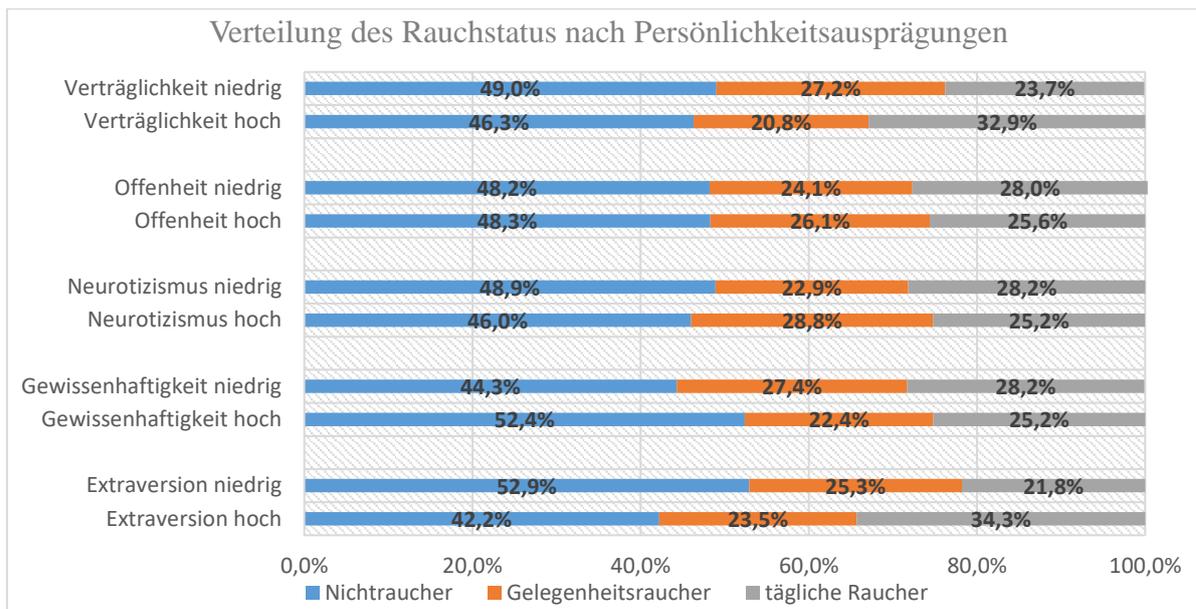


Abbildung 50: Persönlichkeitsausprägungen und Rauchverhalten (N=458-464)

Stress - Die Persönlichkeitsausprägung übt einen Einfluss auf die Stresszuversicht aus.

In einem ersten Schritt wurde mittels T-Test ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Dimensionen und der Stresszuversicht ermittelt. Hier zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Neurotizismus und der Stresszuversicht, wonach Personen mit einer niedrigen Neurotizismusausprägung zuversichtlicher sind, mit dem Stress zurechtzukommen. Zudem konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer hohen Gewissenhaftigkeit und einer hohen Stresszuversicht nachgewiesen werden.

Tabelle 55: T-Test zur Stresszuversicht und den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen

Persönlichkeit	Ausprägung	Stresszuversicht M (SD)	Signifikanz
Extraversion	Hoch (>3,5)	3,97 (.914)	t(460)= -1.6347, n.s.
	Niedrig	3,83 (.905)	
Gewissenhaftigkeit	Hoch (>3,5)	3,99 (.860)	t(453)= -1.9732, p<.005
	Niedrig	3,82 (.939)	
Neurotizismus	Hoch (>3,0)	3,60 (.822)	t(457)= 4.3050, p<.001
	Niedrig	4,00 (.928)	
Offenheit	Hoch (>3,5)	3,92 (.892)	t(458)= -0.8172, n.s.
	Niedrig	3,85 (.934)	
Verträglichkeit	Hoch (>3,5)	3,82 (.892)	t(455)= 1.1213, n.s.
	Niedrig	3,92 (.930)	

Anschließend erfolgte die Analyse der Stresszuversicht mit den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen zusätzlich mittels Regression, welche die gefundenen Ergebnisse im Modell bestätigten. Demnach führt auch hier sowohl ein niedriger Neurotizismus als auch eine hohe Gewissenhaftigkeit zu einer erhöhten Stresszuversicht ($R^2=0.0594$, $F(5,440)=5,56$, $p<.001$).

Tabelle 56: Regression: abhängige Variable: Stresszuversicht (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Extraversion	.0421349	.0862447
Neurotizismus	-.2022217***	.0937495
Offenheit	-.0045232	.0850853
Verträglichkeit	-.0360313	.090597
Gewissenhaftigkeit	.1085783*	.0848268
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Im zweiten Schritt wurde wieder die Effektstärke bestimmt, mit der sich die Persönlichkeitsausprägungen (Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit) auf die Stresszuversicht auswirken. Demnach wirkt sich ein hoher Neurotizismus mit einer fast mittleren negativen Effektstärke ($\hat{\rho} = -0,44$) aus. Demgegenüber übt eine niedrige Gewissenhaftigkeit praktisch keinen (negativen) Effekt ($\hat{\rho} = -0,19$) aus.

Somit kann die Hypothese 7, die Persönlichkeit übe einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus hinsichtlich der Stressvulnerabilität für die Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit als bestätigt angesehen werden. Dabei besitzt Neurotizismus eine mittlere Effektstärke, während der Einfluss der Gewissenhaftigkeit praktisch keinen Effekt ausübt.

Die deskriptive Höhe der Stresszuversicht (1=nicht zuversichtlich / 5=voll und ganz zuversichtlich), unterteilt in die fünf Persönlichkeitsdimensionen, welche jeweils hoch oder niedrig ausgeprägt sein können, findet sich in der nachfolgenden Abbildung 51.



Abbildung 51: Persönlichkeitsausprägung und Stresszuversicht (N=455)

Widerstandsgewissheit - Die Persönlichkeitsausprägung übt einen Einfluss auf die Widerstandsgewissheit aus.

Zunächst wurde mittels T-Test ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Dimensionen und der Widerstandsgewissheit ermittelt. Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer hohen Gewissenhaftigkeit und einer hohen Widerstandsgewissheit.

Tabelle 57: T-Test zur Widerstandsgewissheit und den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen

Persönlichkeit	Ausprägung	Widerstandsgewissheit M (SD)	Signifikanz
Extraversion	Hoch (>3,5)	3,59 (1.334)	t(460)= -1.7988, n.s., aber Tendenz erkennbar (p<.1)
	Niedrig	3,81 (1.302)	
Gewissenhaftigkeit	Hoch (>3,5)	3,85 (1.262)	t(453)= -2.0377, p<.005
	Niedrig	3,594 (1.356)	
Neurotizismus	Hoch (>3,0)	3,62 (1.310)	t(457)= 0.8702, n.s.
	Niedrig	3,74 (1.317)	
Offenheit	Hoch (>3,5)	3,84 (1.280)	t(459)= -1.7830, n.s. , aber Tendenz erkennbar (p<.1)
	Niedrig	3,62 (1.335)	
Verträglichkeit	Hoch (>3,5)	3,65 (1.370)	t(456)= 0.6294, n.s.
	Niedrig	3,74 (1.297)	

Die Regressionsanalyse mit den dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen und der Widerstandsgewissheit ergab einen positiven Zusammenhang zwischen der hohen Gewissenhaftigkeit mit der steigenden Widerstandsgewissheit. Allerdings wurde das Modell nicht signifikant ($R^2=0.0234$, $F(5,439)=2,11$, n.s.).

Tabelle 58: Regression: abhängige Variable: Widerstandsgewissheit (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Extraversion	-.0811974	.1274869
Neurotizismus	-.0529722	.1389177
Offenheit	.0684958	.1260873
Verträglichkeit	-.045149	.1336974
Gewissenhaftigkeit	.0949429*	.1254306
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Zur Ermittlung der Stärke dieses Einflusses wurde erneut die Effektstärke bestimmt. Es zeigt sich, dass eine niedrige Gewissenhaftigkeit jedoch kaum einen (negativen) Effekt ($\hat{\rho} = -0,19$) besitzt.

Die Gewissenhaftigkeit übt demnach einen sehr geringen Einfluss auf die Widerstandsgewissheit aus. Die anderen vier Persönlichkeitsdimensionen wirken sich nicht

signifikant auf die Widerstandsgewissheit aus. Demnach kann die Hypothese 7, die Persönlichkeit übt einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus, mit Blick auf die Widerstandsgewissheit eine angebotene Zigarette abzulehnen, teilweise bestätigt werden, wengleich die niedrige Effektstärke diesen Einfluss in Frage stellt.

In der Abbildung 52 ist die deskriptive Verteilung der dichotomisierten Persönlichkeitsdimensionen mit der Widerstandsgewissheit dargestellt.

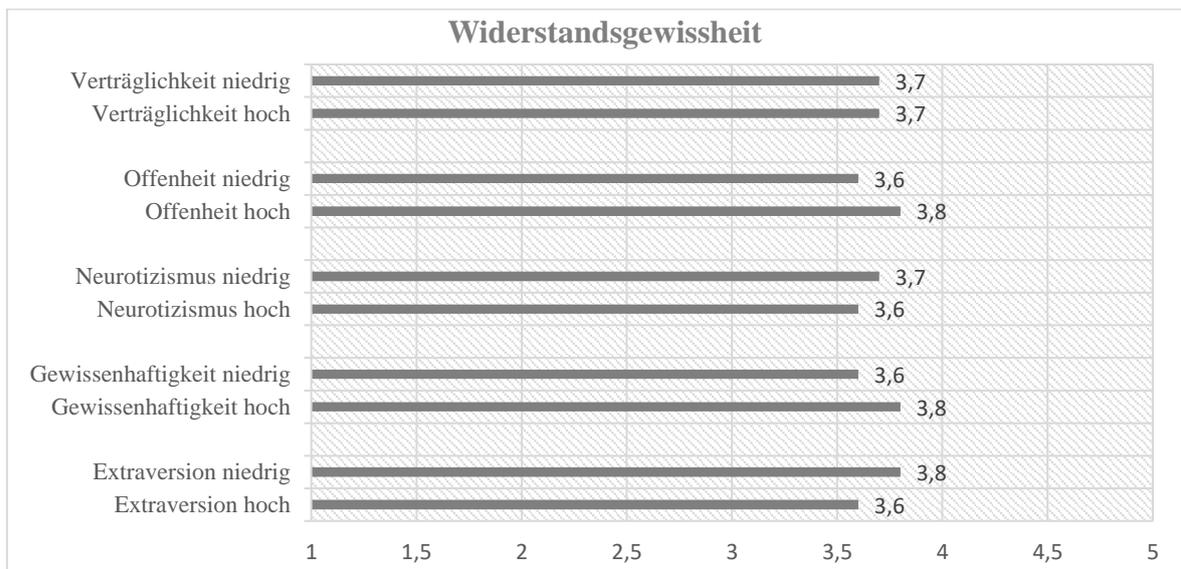


Abbildung 52: Persönlichkeitsausprägung und Widerstandsgewissheit (N=455)

Betrachtung der Veränderungen im Sinne des Transtheoretischen Modells (TTM) - Die Persönlichkeitsausprägungen üben einen Einfluss im Sinne des TTM aus

- Motivation zum Rauchstopp

Zur Ermittlung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Persönlichkeitsausprägung und der Motivation zum Rauchstopp wurde eine logistische Regression durchgeführt. Selbstverständlich wurden nur die RaucherInnen in diese Analyse mit einbezogen.

Das Modell wurde nicht signifikant ($R^2=0.0238$, $\chi^2(5)=6.64$, n.s.) und auch die Persönlichkeitsdimensionen üben keinen signifikanten Einfluss auf die Motivation zum Rauchstopp aus. Demnach besitzt die Persönlichkeitsausprägung, z.B. die Ausprägung der Extraversion, keinen Einfluss auf die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören.

Tabelle 59: Dichotomisierte Persönlichkeitsausprägungen und AV: Rauchstopp-Motivation zu T0 (N=214)

	Prozentuale Verteilung der zum Rauchstopp motivierten Personen		Odds Ratio	Standard Fehler
	Hohe Ausprägung	Niedrige Ausprägung		
<i>Extraversion</i>	32,4%	33,9%	.956686	.2815468
<i>Neurotizismus</i>	39,7%	30,3%	1.534985	.4879525
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	37,4%	30,8%	1.420427	.417412
<i>Offenheit</i>	38,8%	29,0%	1.710088	.5026475
<i>Verträglichkeit</i>	31,2%	34,7%	.8354232	.2586357

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Eine genauere Betrachtung der Veränderungsmotivation, aufgegliedert in die vier Antwortmöglichkeiten mittels Chi-Quadrat-Test, zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Motivation und den Persönlichkeitsausprägungen.

Tabelle 60: Persönlichkeitsausprägungen und Veränderungsmotivation (N=225)

Persönlichkeitsausprägungen	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?				Signifikanz
	Nein	Ganz aufhören	Weniger Rauchen	Weiß nicht	
<i>Extraversion niedrig</i>	12,5%	21,4%	50%	16,1%	$\chi^2(3)=0,938$, n.s.
<i>Extraversion hoch</i>	9,01%	23,4%	53,2%	14,4%	
<i>Neurotizismus niedrig</i>	9,0%	21,3%	52,3%	17,4%	$\chi^2(3)=2,985$, n.s.
<i>Neurotizismus hoch</i>	13,2%	26,5%	50%	10,3%	
<i>Gewissenhaftigkeit niedrig</i>	9,2%	21,5%	53,1%	16,2%	$\chi^2(3)=1,388$, n.s.
<i>Gewissenhaftigkeit hoch</i>	13,2%	24,2%	49,5%	13,2%	
<i>Offenheit niedrig</i>	5,65%	23,4%	54,0%	16,9%	$\chi^2(3)=6,924$, n.s.
<i>Offenheit hoch</i>	16,3%	22,5%	48,0%	13,3%	
<i>Verträglichkeit niedrig</i>	10,4%	24,3%	48,6%	16,7%	$\chi^2(3)=1,546$, n.s.
<i>Verträglichkeit hoch</i>	11,7%	19,5%	55,8%	13,0%	

- Konkrete Änderungsbereitschaft

Um die Änderungsbereitschaft zu untersuchen, soll zunächst festgestellt werden, ob die Persönlichkeitsausprägungen mit Rauchstoppversuchen in den letzten sechs Monaten zusammenhängen. Hier wurden wieder ausschließlich die RaucherInnen in die Berechnungen aufgenommen. Die logistische Regression konnte keinen Einfluss der Persönlichkeit auf die konkrete Änderungsbereitschaft nachweisen und auch das Modell wurde nicht signifikant ($R^2=0.0138$, $\chi^2(5)=4.10$, n.s.).

Tabelle 61: Persönlichkeitsausprägungen und Rauchstopp-Versuche (N=216)

	Prozentuale Verteilung der Rauchstopp-Versuche nach Persönlichkeitsausprägung		Odds Ratio	Standard Fehler
	Hohe Ausprägung	Niedrige Ausprägung		
<i>Extraversion</i>	22,8%	27,4%	1.488545	.4192222
<i>Neurotizismus</i>	32,9%	22,3%	1.578696	.4803416
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	23,4%	25,2%	.9503536	.2690686
<i>Offenheit</i>	25,7%	25,6%	1.179	.3307587
<i>Verträglichkeit</i>	29,5%	22,5%	1.061258	.3125577

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Nachdem die Rauchstoppversuche betrachtet wurden, erfolgt die Analyse der konkreten Änderungsbereitschaft mittels Chi-Quadrat-Test. In Bezug auf die konkrete Veränderungsbereitschaft und die Persönlichkeitsausprägungen finden sich keine signifikanten Unterschiede. Die deskriptive Verteilung auf die Stadien der Absichtsbildung ist in der nachfolgenden Tabelle 62 dokumentiert.

Tabelle 62: Persönlichkeitsausprägungen und die konkrete Änderungsbereitschaft (N=225)

Persönlichkeitsausprägungen	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern?				Signifikanz
	Nein	30 Tage	6 Monate	Weiß nicht	
<i>Extraversion niedrig</i>	20,4%	14,2%	23,0%	42,5%	$\chi^2(3)=0,609$, n.s.
<i>Extraversion hoch</i>	19,6%	15,2%	26,8%	38,4%	
<i>Neurotizismus niedrig</i>	21,9%	13,5%	23,9%	40,7%	$\chi^2(3)=2,461$, n.s.
<i>Neurotizismus hoch</i>	14,3	18,6	27,1	40	
<i>Gewissenhaftigkeit niedrig</i>	19,1%	14,5%	26,0%	40,5%	$\chi^2(3)=0,542$, n.s.
<i>Gewissenhaftigkeit hoch</i>	21,7%	16,3%	22,8%	39,1%	
<i>Offenheit niedrig</i>	22,4%	12,0%	27,2%	38,4%	$\chi^2(3)=3,420$, n.s.
<i>Offenheit hoch</i>	16,2%	18,2%	22,2%	43,4%	
<i>Verträglichkeit niedrig</i>	21,8%	14,3%	23,8%	40,1%	$\chi^2(3)=0,749$, n.s.
<i>Verträglichkeit hoch</i>	17,1%	15,8%	26,3%	40,8%	

Es konnte demnach kein signifikanter Einfluss der Persönlichkeit auf die Stadien des Transtheoretischen Modells (TTM) festgestellt werden. Demnach muss zu diesem Punkt die Hypothese 7 verworfen werden, welche davon ausging, die Persönlichkeit übe einen signifikanten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus.

Resümee zur Hypothese 7: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.

Es kann demnach zur Hypothese 7 resümiert werden, dass signifikante Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit und dem Gesundheitsverhalten gefunden wurden. So rauchen signifikant mehr PflegeschülerInnen, wenn diese hohe Werte bei der Extraversion besitzen. Die Regression mit allen fünf Persönlichkeitsdimensionen wurde jedoch nicht signifikant.

Bei der Stresszuversicht wirkt sich eine hohe Gewissenhaftigkeit positiv aus, während hohe Neurotizismuswerte einen negativen Einfluss besitzen. Allerdings zeigte die Betrachtung der Effektstärke, dass die Gewissenhaftigkeit fast keinen, der Neurotizismus jedoch fast eine mittlere Effektstärke besitzt. Zuletzt zeigten sich signifikante Ergebnisse auch bei der Widerstandsgewissheit. Dabei wirkt sich eine hohe Gewissenhaftigkeit positiv aus. Die Analyse der Effektstärke zeigte wieder nur einen geringen Einfluss der Gewissenhaftigkeit. Die Regressionsanalyse mit allen Dimensionen wurde jedoch nicht signifikant. Demnach kann hinsichtlich dieser zentralen Variablen die Hypothese 7 als teilweise bestätigt angesehen werden, wenngleich die Effektstärke zur Vorsicht aufruft, diesem Einfluss eine zu zentrale Rolle beizumessen.

Die Betrachtung der Rauchstopp-Motivation, der Rauchstopp-Versuche und der Änderungsbereitschaft zu Projektbeginn zeigte keine signifikanten Zusammenhänge mit der Persönlichkeitsausprägung auf.

Tabelle 63: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 7

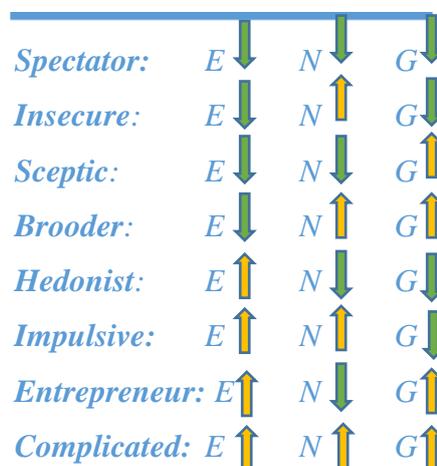
Variablen	Deutung	Hypothese 7
Tabakkonsum	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.	✓/✗
Stressvulnerabilität	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, mit dem Stress umgehen zu können.	✓
Widerstandsgewissheit	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können.	✓/✗
Motivation zum Rauchstopp	Die Persönlichkeitsausprägung bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen übt einen signifikanten Einfluss auf die Motivation zum Rauchstopp aus.	✗
Konkrete Änderungsbereitschaft zum Rauchstopp	Die Persönlichkeitsausprägung bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen übt einen signifikanten Einfluss auf die konkrete Änderungsbereitschaft zum Rauchstopp aus.	✗

Die Ergebnisse zum Tabakkonsum, zur Stresszuversicht und zur Widerstandsgewissheit betonen erneut die Bedeutung der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus. Diese Ergebnisse decken sich mit der eingangs geschilderten Literatur. Aufgrund dessen erfolgt nun explorativ die Betrachtung der Persönlichkeitstypen, welche anhand dieser Dimensionen gebildet werden können.

I. Betrachtung der Persönlichkeitstypen

Hypothese 7: Das Gesundheitsverhalten ist zwischen den Persönlichkeitstypen unterschiedlich.

Zur Analyse des Gesundheitsverhaltens sollen wieder die drei Variablen betrachtet werden, für die sich bei der Hypothese 7 signifikante Ergebnisse zeigten. Es wird davon ausgegangen, dass einige Typen, wie der Impulsive Type oder der Insecure Type, ein eher ungesundes Verhalten zeigen, also eher rauchen, weniger stresszuversichtlich sind und eine niedrigere Widerstandsgewissheit besitzen, als z.B. Personen vom Entrepreneur Type oder dem Sceptic Type.



Zunächst gibt die nachfolgende Tabelle 64 einen Überblick über die deskriptive Statistik, bevor die Signifikanzanalyse erfolgt.

Tabelle 64: Persönlichkeitstypen und Gesundheit (N=453)

Persönlichkeitstypen	Rauchverhalten (%)	Stresszuversicht M (SD)	Widerstandsgewissheit M (SD)
<i>Spector</i>	46 (51,1%)	3,98 (0,94)	3,79 (1,29)
<i>Insecure</i>	26 (51%)	3,39 (0,85)	3,7 (1,31)
<i>Sceptic</i>	28 (40,6%)	3,97 (0,95)	3,88 (1,35)
<i>Brooder</i>	20 (45,5%)	3,80 (0,73)	3,76 (1,33)
<i>Hedonist</i>	50 (60,2%)	3,96 (0,93)	3,46 (1,41)
<i>Impulsive</i>	14 (70%)	3,45 (0,83)	3,08 (1,36)
<i>Entrepreneur</i>	36 (48,7%)	4,18 (0,82)	3,95 (1,17)
<i>Complicated</i>	15 (68,2%)	3,82 (0,85)	3,56 (1,20)

Tabakkonsum - Die Persönlichkeitstypen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Tabakkonsums.

Auch die Persönlichkeitstypen können bezüglich ihres Rauchverhaltens und ihrer Stressvulnerabilität untersucht werden. Beim Rauchen zeigt sich, dass besonders viele RaucherInnen unter dem Impulsive Type (70%) und dem Hedonist Type (60,2%) zu finden sind. Deutlich weniger RaucherInnen finden sich beim Sceptic Type (40,6%) und dem Brooder Type (45,5%). Wie in Abbildung 53 erkennbar, gibt es unter den Impulsive Types mit 45% besonders viele tägliche RaucherInnen. Demgegenüber sind nur 18% vom Insecure Type tägliche RaucherInnen.

Die nachfolgende Grafik zeigt die deskriptive Verteilung der Persönlichkeitstypen nach ihrem Rauchstatus auf.

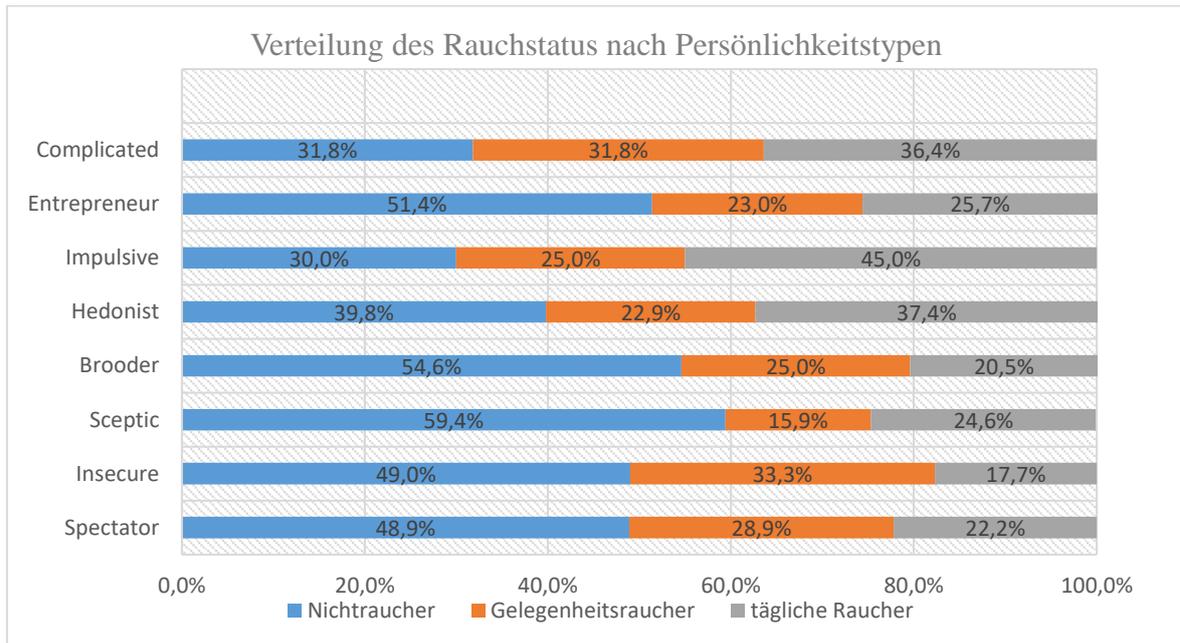


Abbildung 53: Verteilung des Rauchstatus nach Persönlichkeitstypen (N=453)

Der Chi-Quadrat-Test ergab weder signifikante Unterschiede zwischen den acht Typen hinsichtlich des Rauchverhaltens allgemein: RaucherInnen vs. NichtraucherInnen ($\chi^2(7)=11,901$, n.s.) noch bei der genaueren Einteilung in RaucherInnen, GelegenheitsraucherInnen und NichtraucherInnen ($\chi^2(14)=20,821$, n.s.).

Auch die logistische Regression konnte keinen signifikanten Einfluss der Persönlichkeitstypen auf das Rauchverhalten nachweisen ($R^2=0.0193$, $\chi^2(7)=12.08$, n.s.).

Tabelle 65: log. Regression: abhängige Variable: konkrete Änderungsbereitschaft zu Beginn (dichotom)

Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Standardfehler (SE)
Referenzgruppe: Spectator Type (N=90)		
Insecure (N=51)	.9947826	.3487815
Sceptic (N=69)	.6532344	.2112392
Brooder (N=44)	.7971014	.2941003
Hedonist (N=83)	1.449275	.4461543
Impulsive (N=20)	2.231884	1.186392
Entrepreneur (N=74)	.9061785	.2844881
Complicated (N=22)	2.049689	1.032991
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Somit muss hinsichtlich des Tabakkonsums die Hypothese 8, die Persönlichkeitstypen üben einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus, verworfen werden.

Stress - Die Persönlichkeitstypen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Stresszuversicht.

Hinsichtlich der Stresszuversicht zeigen sich bei dem Insecure Type ($M=3,4$) und dem Impulsive Type ($M=3,5$) die stärksten Risikogruppen. Weniger gefährdet sind der Entrepreneur Type ($M=4,2$), der spectator type ($M=4,0$), der Sceptic Type ($M=4,0$) und der Hedonist Type ($M=4,0$).

Tabelle 66: Regression: abhängige Variable: Stresszuversicht zu Beginn (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Referenzgruppe: spectator (N=90)		
Insecure (N=51)	-.2048484***	.1546744
Sceptic (N=69)	-.0028416	.1417973
Brooder (N=44)	-.0597539	.1623379
Hedonist (N=83)	-.005959	.1343006
Impulsive (N=20)	-.1200067**	.2181601
Entrepreneur (N=74)	.081489	.1390037
Complicated (N=22)	-.0379719	.2098899
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Die Regression zeigt einen signifikanten negativen Einfluss der Persönlichkeitstypen Insecure Type und Impulsive Type auf die Zuversicht, mit dem Stress umgehen zu können ($R^2=0.0520$, $F(7, 443)= 4.52$, $p<0.001$).

Demnach kann die Hypothese 8, das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich zwischen den Persönlichkeitstypen hinsichtlich der Stressvulnerabilität, bestätigt werden.

Widerstandsgewissheit - Die Persönlichkeitstypen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Widerstandsgewissheit.

Wie aus der Tabelle 67 ersichtlich, ist der Impulsive Type mit $M= 3,1$ am wenigsten und der Entrepreneur Type mit $M=4,0$ am zuversichtlichsten, einer Zigarette in den unterschiedlichen Situationen widerstehen zu können.

Die Regression konnte einen negativen signifikanten Zusammenhang zwischen der Widerstandsgewissheit und dem Impulsive Type nachweisen ($R^2=0,0264$, $F(7,442)=1,72$, n.s.).

Tabelle 67: Regression: abhängige Variable: Widerstandsgewissheit zu Beginn (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Referenzgruppe: Spectator Type (N=90)		
Insecure (N=51)	-.0223006	.2317983
Sceptic (N=69)	.0227012	.2104656
Brooder (N=44)	-.0068461	.2416665
Hedonist (N=83)	-.0984562+	.2002695
Impulsive (N=20)	-.1114743*	.3242296
Entrepreneur (N=74)	.0447654	.2064417
Complicated (N=22)	-.0385201	.3119901
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05, + Tendenz erkennbar p<0.1		

Somit kann die Hypothese 8, die Persönlichkeitstypen üben einen signifikanten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus, hinsichtlich der Widerstandsgewissheit bestätigt werden.

Resümee zur Hypothese 8: Das Gesundheitsverhalten ist zwischen den Persönlichkeitstypen unterschiedlich.

Im Rahmen der Hypothese 8 wurde untersucht, ob die Persönlichkeitstypen in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten (gemessen am Tabakkonsum, der Stressvulnerabilität und der Widerstandsgewissheit) stehen.

Tabelle 68: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 8

Variablen	Deutung	Hypothese 8
Tabakkonsum	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.	✘
Stressvulnerabilität	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, mit dem Stress umgehen zu können.	✓
Widerstandsgewissheit	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können.	✓

Resümierend zeigt sich auf der deskriptiven Ebene der Impulsive Type in allen drei Bereichen als besonders gefährdet. Demgegenüber erscheint der Sceptic Type und der Entrepreneur Type als besonders resilient. Signifikant wurden die Ergebnisse besonders beim Impulsive Type, sowohl bei der Stresszuversicht als auch bei der Widerstandsgewissheit. Auch der Insecure Type übt einen negativen Einfluss auf die Stresszuversicht aus. Dieses Ergebnis wurde sogar hoch signifikant.

Resümee zur Fragestellung 4: Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?

Die vierte Fragestellung setzte sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsverhalten und der Persönlichkeitsausprägung (Hypothese 7) bzw. der Zuordnung zu den acht Persönlichkeitstypen (Hypothese 8) auseinander.

Tabelle 69: Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Fragestellung

Variablen	Deutung	
Hypothese 7		
Tabakkonsum	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.	✓/✗
Stressvulnerabilität	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, mit dem Stress umgehen zu können.	✓
Widerstandsgewissheit	Die Persönlichkeitsausprägung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können.	✓/✗
Motivation zum Rauchstopp	Die Persönlichkeitsausprägung bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen übt einen signifikanten Einfluss auf die Motivation zum Rauchstopp aus.	✗
Konkrete Änderungsbereitschaft	Die Persönlichkeitsausprägung bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen übt einen signifikanten Einfluss auf die konkrete Änderungsbereitschaft zum Rauchstopp aus.	✗
Hypothese 8		
Tabakkonsum	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.	✗
Stressvulnerabilität	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, mit dem Stress umgehen zu können.	✓
Widerstandsgewissheit	Die Persönlichkeitstypen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Zuversicht, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können.	✓

Wie aus der Tabelle 69 ersichtlich, kann demnach zusammenfassend beurteilt werden, dass die Persönlichkeitsausprägung (Hypothese 7) einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten besitzt. Dabei waren besonders die Dimensionen Extraversion, Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit von zentraler Bedeutung für den Tabakkonsum, die Stresszuversicht und die Widerstandsgewissheit. Diese Ergebnisse decken sich mit der eingangs geschilderten Literatur.

In Bezug auf die Rauchstopp-Motivation und die konkrete Änderungsbereitschaft konnte jedoch kein signifikanter Einfluss der Persönlichkeitsausprägung festgestellt werden.

Im zweiten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen den acht Persönlichkeitstypen und dem Gesundheitsverhalten ermittelt. Die Typenzuordnung ergibt sich anhand der Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Neurotizismus und

Gewissenhaftigkeit. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Stresszuversicht und der Widerstandsgewissheit und den Persönlichkeitstypen nachgewiesen werden. Auch diese Ergebnisse decken sich mit den eingangs geschilderten Befunden anderer Studien.

In einem letzten Block E soll untersucht werden, ob die Persönlichkeitsausprägungen auch einen Einfluss auf die Akzeptanz des astra-Programms sowie der (geplanten) Veränderungen im Rahmen des Programms besitzen.

4.2.3 Block E: Die Bedeutung der Persönlichkeit auf die Akzeptanz des astra-Programms und die Veränderungsbereitschaft

Zusammenfassung der Forschung zur Persönlichkeit und Veränderungsbereitschaft

Laut dem transtheoretischen Modell findet eine Verhaltensänderung in fünf bis sechs Stufen von der Motivationsbildung über die ersten Veränderungsversuche bis hin zur Manifestation des „neuen“ gesunden Verhaltens statt (Maurischat 2001). Webb und Sheeran (2006) fanden mittlere bis starke Effekte bei der Intention einer Person, welche zu kleinen bis mittleren Verhaltensänderungen im Verhalten führten. Eine zusätzliche Erklärung für die unterschiedliche Tiefe der Veränderung bietet eine Studie von Bühringer et al. (2008), die einen Wirkzusammenhang zwischen personenbezogenen und verhaltensbezogenen Variablen mit der sozialen Umwelt nachweist. Bezogen auf einen Zusammenhang zwischen der Veränderungsbereitschaft und der Persönlichkeit fanden Terracciano und Costa (2004) bei Ex-Rauchenden niedrigere Neurotizismuswerte und höhere Ausprägungen bei der Gewissenhaftigkeit als bei den aktuellen Rauchenden.

Der letzte Teil untersucht den Einfluss des Selektionseffektes auf die Veränderungsbereitschaft. Um dies zu ermitteln, erfolgt eine Analyse des Einflusses der Persönlichkeit auf die Akzeptanz der Maßnahme, auf die Veränderung der Normen (subjektive und soziale Normen), auf die Wahrnehmung der Ressourcen (soziale Unterstützung) sowie auf die Untersuchung der Motivation und konkreten Änderungsbereitschaft im Hinblick auf das Rauchverhalten der PflegeschülerInnen.

Block E: Persönlichkeit und Veränderungsbereitschaft

Fragestellung 5: Ist die Veränderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen abhängig von den Persönlichkeitsausprägungen?

1. Persönlichkeitsdimensionen

Hypothese 9: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms und der Veränderungsbereitschaft.

2. Persönlichkeitstypen

Hypothese 10: Der Persönlichkeitstypus hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahme und auf die Änderungsbereitschaft beim Rauchverhalten.

Da extravertierte Personen stärker an den sozialen Normen orientiert sind (Bühringer et al. 2008), wird angenommen, dass diese besonders empfänglich für die neuen tabakfreien Normen sind (Berufsverständnis), was sich stärker in einer konkreten Änderungsbereitschaft äußert. Es wird weiter angenommen, dass Extravertierte mehr soziale Unterstützung wahrnehmen. Gewissenhafte Personen sollten nach dem Programm eher empfänglich für einen gesunden Lebensstil sein und auch eher eine Unvereinbarkeit zwischen dem eigenen Rauchverhalten und dem Gesundheitsberuf verspüren. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass sich die Offenheit für neue Erfahrungen positiv auf die Akzeptanz des Projekts auswirkt, während ein hoher Neurotizismus eher negative Auswirkungen besitzt.

In Bezug auf die Persönlichkeitstypen wird angenommen, dass der Insecure Type und der Impulsive Type die niedrigste Änderungsbereitschaft aufzeigen. Demgegenüber wird vermutet, dass der Sceptic Type und der Entrepreneur Type die höchste Änderungsbereitschaft in Bezug auf ihr Rauchverhalten besitzen. Des Weiteren wird erwartet, dass der Entrepreneur Type das Programm am positivsten benotet und demnach am ehesten akzeptiert.

Hierfür werden die SchülerInnendaten der Eingangsbefragung und die der Ausgangsbefragung miteinander verglichen. Wie auch bei Hypothese vier gehen nur die SchülerInnen in die Berechnungen ein, die beide Bögen ausgefüllt haben. Darüber hinaus liegen nun nur noch die Daten der Interventionsschulen vor.

Es wird angenommen, dass die Persönlichkeitsausprägungen einen Einfluss auf die Akzeptanz der astra-Maßnahme besitzen und sich dies auch in einer unterschiedlichen Veränderung der Normen und Änderungsbereitschaft niederschlägt. Eine hohe Gewissenhaftigkeit, Offenheit für neue Erfahrungen, die Extraversion und die Verträglichkeit wirken sich positiv auf die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und auf die Akzeptanz aus, während sich ein hoher Neurotizismus eher negativ auswirkt. Bei der Verhaltensmotivation hinsichtlich des Rauchverhaltens wird jedoch angenommen, dass sich ein hoher Neurotizismus positiv auswirkt, da die Personen Angst vor den Konsequenzen ihres Tabakkonsums besitzen.

Im ersten Schritt werden hierfür die fünf Persönlichkeitsdimensionen, eingeteilt in hohe und niedrige Ausprägungen, hinsichtlich der Kriterien untersucht.

Im zweiten Schritt erfolgt eine explorative Betrachtung der Persönlichkeitstypen und deren Einfluss auf die Akzeptanz und auf die Bereitschaft, das Rauchverhalten zu verändern.

I. Betrachtung der Persönlichkeitsdimensionen

Hypothese 9: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms und der Veränderungsbereitschaft. Die Annahmen ist dabei, dass Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit, einer hohen Offenheit für neue Erfahrungen, einer hohen Verträglichkeit und extravertierte Personen sowohl die Informationsveranstaltung als auch die Stressbewältigungsstunden positiver bewerten als Personen mit hohen Ausprägungen bei dem Neurotizismus. Für diese Berechnung gehen ausschließlich die Interventionsschulen ein.

Akzeptanz – Offene, extravertierte und gewissenhafte Menschen bewerten das astra-Programm positiver.

Die Akzeptanz der Maßnahme wird anhand der Noten bestimmt. Da es zum Teil eine große Spannweite gibt mit einzelnen Ausreißern, wurde für die deskriptive Darstellung die Erstellung eines Boxplot gewählt. Im Durchschnitt beurteilen alle PflegeschülerInnen unabhängig von der Persönlichkeit die Infoveranstaltung und die Stressbewältigungsstunden mit der Schulnote 3.

Wie aus diesen Boxplots ersichtlich, sind die Unterschiede zwischen der Benotung und der Persönlichkeitsausprägung bei der Infoveranstaltung größer als bei den Stressbewältigungsstunden.

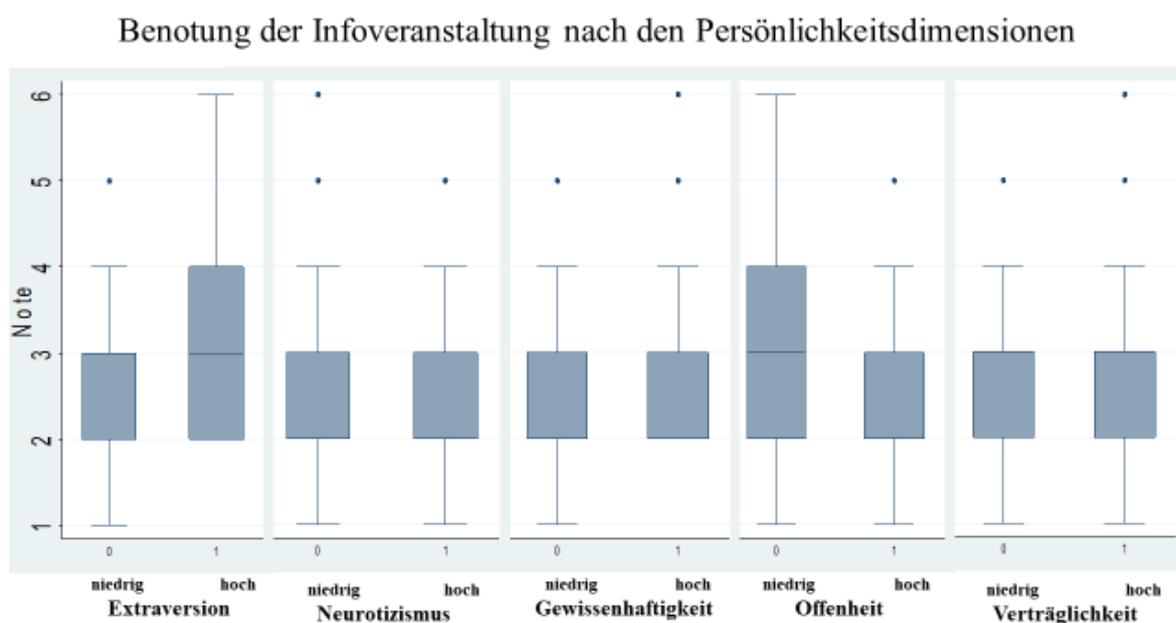


Abbildung 54: Benotung der Infoveranstaltung nach den Persönlichkeitsdimensionen (N=123)

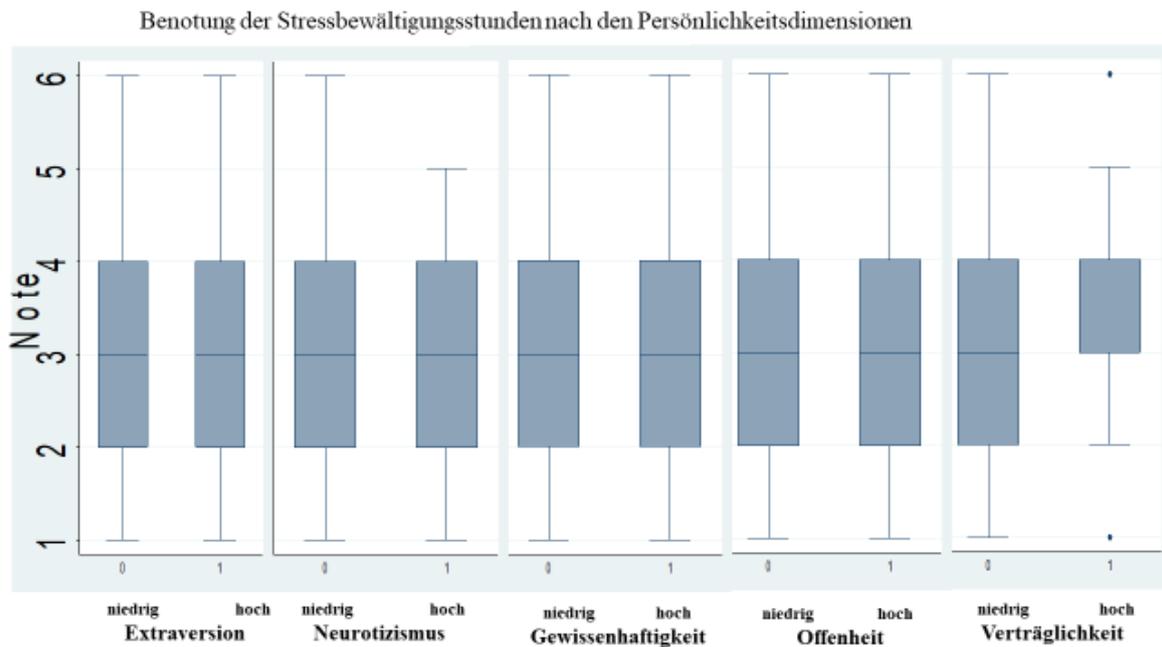


Abbildung 55: Benotung der Stressbewältigungsstunden nach Persönlichkeitsausprägung (N=123)

Zur Ermittlung der Signifikanz wurden Regressionen zum einen für die Informationsveranstaltung und zum anderen für die Stresspräventionsstunden mit den Big Five berechnet. Weder wurde das Modell signifikant, noch konnte ein signifikanter Einfluss der Persönlichkeitsausprägung auf die Benotung der Informationsveranstaltung ($R^2=0,0276$, $F(5,102)=0.58$; n.s.) oder der Stressbewältigungsstunden ($R^2=0,0310$, $F(5,98)=0,063$; n.s.) festgestellt werden.

Tabelle 70: Regression: abhängige Variable: Benotung der Informationsveranstaltung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Extraversion	-.1232456	.1979958
Neurotizismus	.085316	.2065607
Gewissenhaftigkeit	-.0386495	.1973029
Offenheit	.0323667	.2025132
Verträglichkeit	-.0238398	.200267
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Tabelle 71: Regression: abhängige Variable: Benotung der Stressbewältigungsstunden (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Extraversion	-.0496524	.2154464
Neurotizismus	-.0905742	.2261393
Offenheit	-.1088305	.2164111
Verträglichkeit	.0395133	.2225725
Gewissenhaftigkeit	-.0656272	.2170576
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Es muss somit die Hypothese 9, die Persönlichkeitsausprägung übt einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahmen aus, verworfen werden.

Im Folgenden Schritt sollen die zentralen Variablen für die berufliche Sozialisation (subjektive Norm, injunktive Norm, Zuversicht auf soziale Unterstützung sowie die Einstellung gegenüber verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Maßnahmen), die in der Hypothese 4 betrachtet, erneut unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsausprägungen untersucht werden. Einzig die Beurteilung der Raucherprävalenzen in der Pflege (soziale Norm) und im sozialen Umfeld werden nicht zusätzlich betrachtet, da hier keine Veränderungen beim Individuum und seiner Einstellung erfolgte. Es werden ausschließlich die Interventionsgruppen genauer betrachtet, da nur in diesen das astra-Programm durchgeführt wurde.

Die subjektive Norm – Gewissenhafte, offene und Personen mit hohen Werten bei der Verträglichkeit bewerten das Rauchen in der Umgebung als weniger akzeptiert und möglich.

Die deskriptive Betrachtung der Abbildung 56 zeigt die stärkste Veränderung beim hohen Neurotizismus (von $M=4,2$ auf $M=3,6$) und der niedrigen Offenheit (von $M=4,2$ auf $M=3,7$). Rauchen scheint unter dieser Personengruppe als weniger akzeptiert und möglich zu sein. Am wenigsten zu Veränderungen kam es bei Personen mit einer hohen Offenheit (von $M=4,0$ auf $M=3,8$).

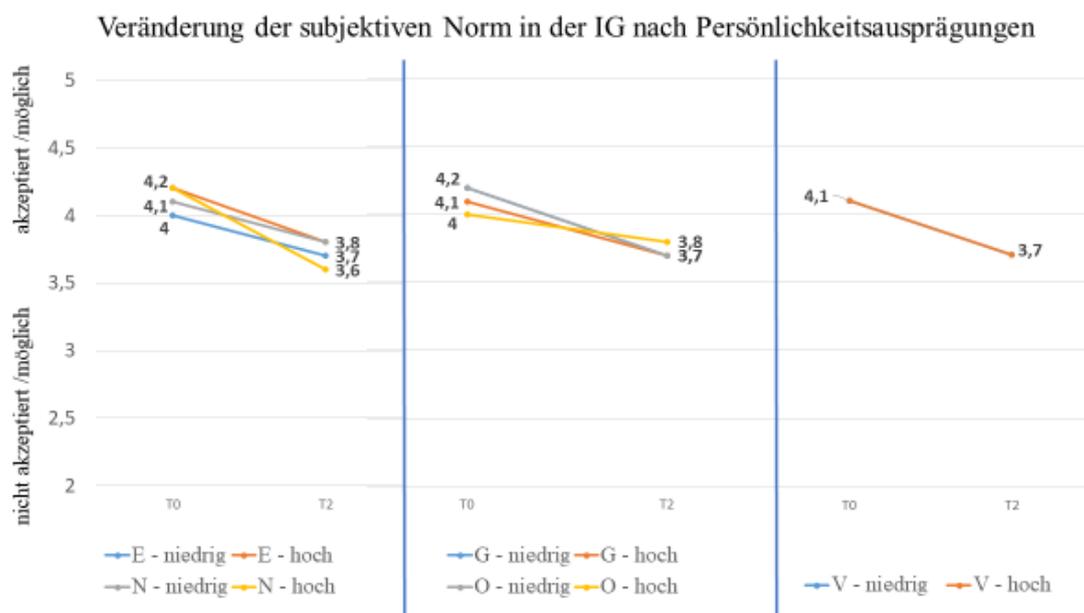


Abbildung 56: Veränderung der subjektiven Norm unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsausprägungen ($N=115$)

* Note: Niedrige Gewissenhaftigkeit und niedrige Offenheit sind deckungsgleich. Ebenso gleiche Werte besitzt die Verträglichkeit (hoch vs. niedrig) sowohl bei T0 als auch zu T2.

Mittels Regressionen wurde der Einfluss der Persönlichkeit auf die subjektive Norm zum Abschluss der Befragung in den Interventionsgruppen ermittelt.

Tabelle 72: Regression abhängige Variable: subjektive Norm zum Abschluss (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Subjektive Norm zu T0	.1408065	.0946497
Extraversion	.0339233	.1363151
Neurotizismus	-.1106771	.1452747
Gewissenhaftigkeit	.021326	.1350176
Offenheit	.0357477	.1393108
Verträglichkeit	.0114966	.1346304
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Es konnte kein Einfluss der Persönlichkeit auf die subjektive Norm zum Abschluss ermittelt werden ($R^2=0,0369$, $F(6,106)=0,68$, n.s.).

Demnach muss die Hypothese 9, die Persönlichkeitsausprägung übe einen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahme aus, verworfen werden.

Die injunktive Norm – Der eigene Tabakkonsum wird von gewissenhaften Personen und Personen mit einer hohen Verträglichkeit eher in einem Widerspruch zur Tätigkeit in einem Gesundheitsberuf verstanden.

Es wird davon ausgegangen, dass gewissenhafte Personen und besonders verträgliche Menschen eher auf das astra-Programm reagieren und sich dies in einer stärkeren Veränderung des Berufsverständnisses zeigt. Es wird demnach angenommen, dass sich diese Persönlichkeitsdimensionen bei hoher Ausprägung positiv auf die Wahrnehmung eines Widerspruchs zwischen dem Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf auswirken.

Abbildung 57 zeigt die deskriptiven Veränderungen unterteilt in die fünf dichotomisierten Persönlichkeitsausprägungen in den Interventionsgruppen. Auf deskriptiver Ebene zeigt sich, dass sich der Widerspruch am stärksten bei den Personen entwickelt, die hohe Werte beim Neurotizismus (vom $M=2,3$ auf $M=2,7$) und niedrige Werte bei der Verträglichkeit (vom $M=2,4$ auf $M=2,7$) besitzen. Eine negative Entwicklung zeigte sich nur bei Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit.

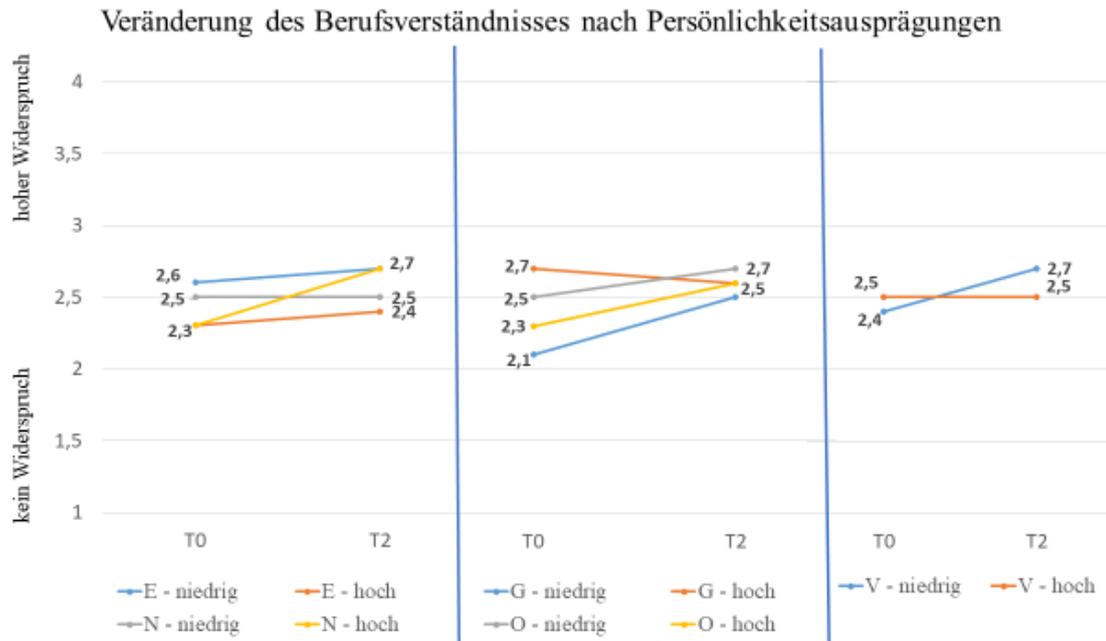


Abbildung 57: Veränderung des Berufsverständnisses nach Persönlichkeitsausprägungen (N=115)

Um das Zusammenwirken zwischen der Persönlichkeitsausprägung und der Programmteilnahme zu ermitteln, wurde eine Regression berechnet. Das Berufsverständnis in der Abschlussbefragung wurde dabei in Abhängigkeit vom Berufsverständnis zum Ausbildungsbeginn und der Persönlichkeit gestellt.

Tabelle 73: Regression: abhängige Variable: injektive Norm zum Abschluss (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Injektive Norm zu T0	.5751048***	.0858107
Extraversion	-.0464416	.2044152
Neurotizismus	.0830415	.2170164
Gewissenhaftigkeit	-.0966596	.2117556
Offenheit	-.0439095	.2083604
Verträglichkeit	-.0637152	.2014025

***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05

Obwohl das Modell signifikant wird, übt die Persönlichkeitsausprägung keinen Einfluss auf die Veränderung des Berufsverständnisses (injektive Norm) aus ($R^2=0.3286$, $F(6,103)=8.40$, $p<0.001$).

Somit muss die Hypothese 9, wonach die Persönlichkeit einen signifikanten Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft besitzt, hinsichtlich der injektiven Norm verworfen werden.

Die Zuversicht auf soziale Unterstützung – Hohe Werte bei der Extraversion, Offenheit und Verträglichkeit wirken sich positiv auf die Wahrnehmung sozialer Unterstützung aus.

Bei der Veränderung der sozialen Unterstützung wurde davon ausgegangen, dass einige Persönlichkeitsausprägungen wie eine hohe Extraversion, eine hohe Offenheit und eine hohe Verträglichkeit dazu führen, dass die sozialen Ressourcen besser genutzt werden können. Eine Hoffnung des Projekts wäre, dass auch Personen mit hohen Werten beim Neurotizismus die sozialen Ressourcen besser wahrnehmen und nutzen können.

Die folgende Abbildung 58 zeigt die Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in der Interventionsgruppe nach Persönlichkeitsausprägungen. Es scheint als wirke sich eine niedrige Offenheit (von $M=3,8$ auf $M=3,4$) besonders negativ auf die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung aus. Auf einem gleichbleibend hohen Niveau blieb die Zuversicht ausschließlich bei Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit ($M=3,9$).

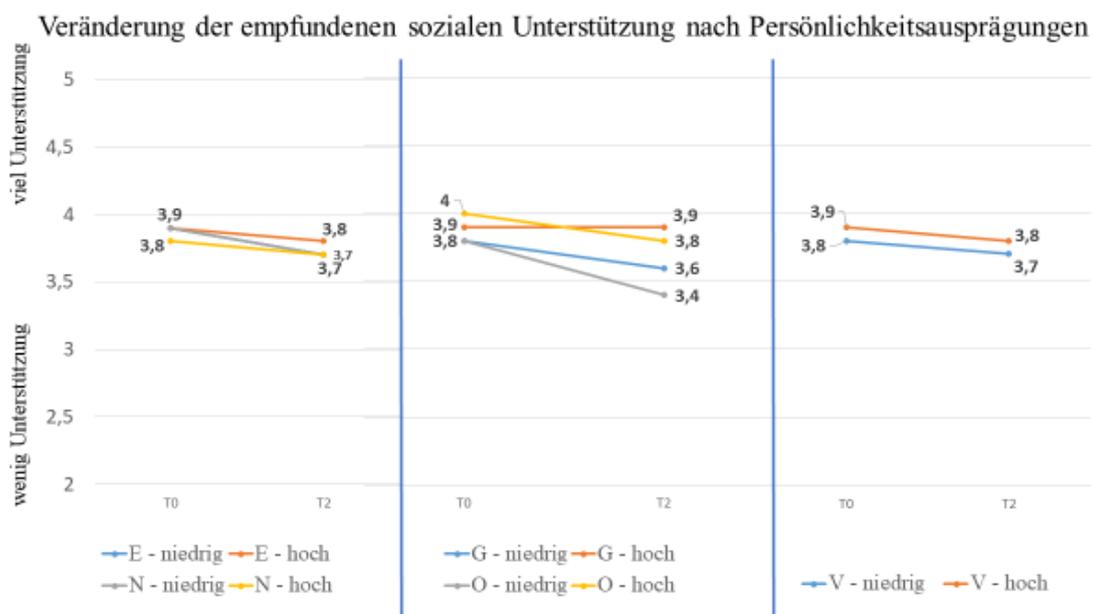


Abbildung 58: Veränderung der sozialen Unterstützung nach Persönlichkeitsdimensionen ($N=115$)

Die Regressionsanalyse zur Überprüfung der Zuversicht auf soziale Unterstützung zum Ausbildungsende zeigt nur in Bezug auf die Zuversicht zum Ausbildungsbeginn einen signifikanten Zusammenhang, jedoch nicht in Bezug auf die Persönlichkeitsausprägungen ($R^2=0,1933$, $F(6,107)=4,27$, $p<0,001$).

Tabelle 74: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung zum Abschluss (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Zuversicht auf soziale Unterstützung zu T0	.3701311***	.105637
Extraversion	.1121164	.1429073
Neurotizismus	.0075744	.1527643
Gewissenhaftigkeit	.1396309	.1441816
Offenheit	-.0399407	.1488939
Verträglichkeit	.0727469	.1437254
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Die Hypothese 9, wonach die Persönlichkeit einen Einfluss auf die Veränderungen durch das astra-Programm ausübt, kann demnach nicht gehalten werden.

Die verhältnisbezogenen Einstellungen – Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit, hohen Verträglichkeit und Offenheit stehen strikteren Regelungen nach astra offener gegenüber.

Im Rahmen des astra-Projekts sollten durch die Schaffung von Alternativen und durch die Aufklärung über die Folgen des Tabakkonsums während der Arbeitszeit die Einstellungen gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen verbessert werden. Hinsichtlich des Einflusses der Persönlichkeitsausprägung wurde angenommen, dass Personen, die offen für Neues sind, die eine hohe Gewissenhaftigkeit besitzen und jene, die hohe Werte bei der Verträglichkeit aufweisen, stärker vom Projekt profitieren und demnach stärker ihre Einstellungen ändern. Eine Betrachtung der deskriptiven Werte in Abbildung 59 zeigt eine positive Entwicklung bei Personen mit einer hohen Offenheit (von $M=2,7$ auf $M=2,9$) und mit einer niedrigen Gewissenhaftigkeit (von $M=2,3$ auf $M=2,5$). Demgegenüber zeigt sich eine negative Entwicklung bei Personen mit einer hohen Verträglichkeit (von $M=2,8$ auf $M=2,6$), einer hohen Gewissenhaftigkeit (von $M=3,0$ auf $M=2,7$) und einer niedrigen Offenheit (von $M=2,7$ auf $M=2,5$). Gehalten wird das Niveau von Personen mit einem hohen Neurotizismus ($M=2,7$) und einer niedrigen Verträglichkeit ($M=2,6$). Interessant ist, dass sich alle Einstellungen über die Persönlichkeitsausprägungen zu T2 hin angleichen. Sie liegen alle im Bereich zwischen $M=2,5$ bis $M=2,9$. Zu Ausbildungsbeginn war hier die Spannbreite mit $M=2,3$ bis $M=3,0$ noch deutlich größer.

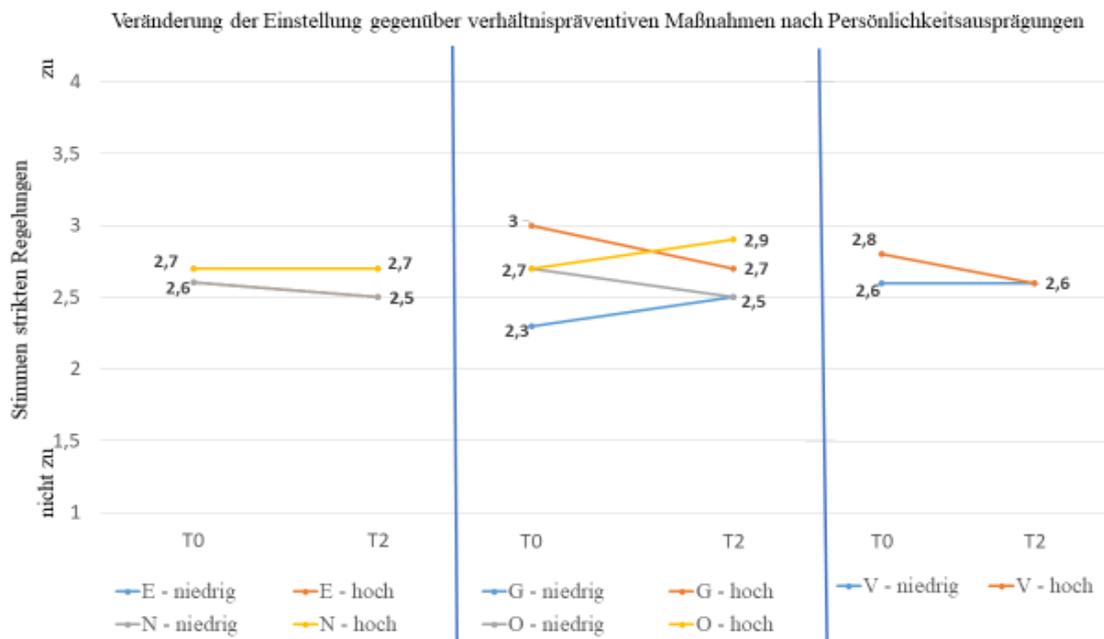


Abbildung 59: Einstellung gegenüber strikten Regelungen nach Persönlichkeitsausprägung (N=115)

*Note: Niedrige Extraversion und hoher Neurotizismus sowie hohe Extraversion und niedriger Neurotizismus sind deckungsgleich.

Die Ergebnisse der Regression zum Einfluss der einzelnen Persönlichkeitsausprägungen und der Einstellungsänderung ergaben nur einen hoch signifikanten Einfluss der Einstellung gegenüber strikten Regelungen zu Ausbildungsbeginn ($R^2=0,3673$, $F(6,106)=10,26$, $p=0,001$). Die Persönlichkeitsausprägung besitzt dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellungsänderung, wobei die Offenheit für neue Erfahrungen eine positive Tendenz aufzeigt (vgl. Tab. 74).

Tabelle 75: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen zum Abschluss (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Verhältnisbezogene Maßnahmen zu T0	.6005821 ***	.0846359
Extraversion	-.0574762	.1880526
Neurotizismus	.0422678	.2023865
Gewissenhaftigkeit	-.0777812	.1985905
Offenheit	.1479932+	.1936092
Verträglichkeit	-.0622136	.1877299
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$, + Tendenz erkennbar: $p<0.1$		

Demnach muss die Hypothese 9, die Persönlichkeitsausprägung übt einen Einfluss auf die Veränderungen durch das astra-Programm aus, hinsichtlich der Einstellung gegenüber strikten Regelungen verworfen werden.

Die Einstellung gegenüber verhaltensbezogenen Maßnahmen – In den astra-Schulen sind rauchende PflegeschülerInnen offener gegenüber verhaltensbezogenen Maßnahmen.

Betrachtung der Veränderungen im Sinne des transtheoretischen Modells (TTM)

1. Motivation zum Rauchstopp

Eine deskriptive Betrachtung der Veränderung der Motivation zum Rauchstopp nach Persönlichkeitsausprägungen ermöglicht die nachfolgende Abbildung 60.

Demnach sinkt die Motivation, wenn der Neurotizismuswert hoch, die Gewissenhaftigkeit niedrig und die Offenheit hoch ist. Demgegenüber steigt die Anzahl der Rauchstoppmotivierten, wenn die Gewissenhaftigkeit hoch oder die Offenheit niedrig ist.

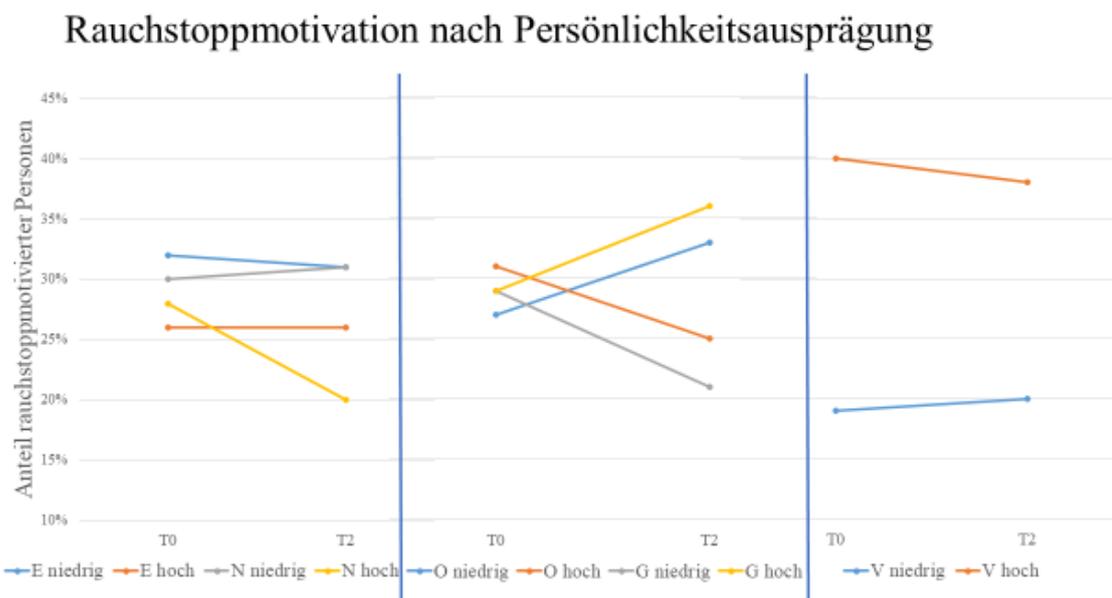


Abbildung 60: Veränderung der Rauchstoppmotivation nach Persönlichkeit (N=55)

Die logistische Regression ergab hier jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsausprägung und der Veränderung der Rauchstoppmotivation ($R^2=0,2258$, $\chi^2(6)=14,82$; n.s.).

Tabelle 76: Logistische Regression mit AV: Rauchstoppmotivation und UV: Persönlichkeitsdimensionen

Dimension	Motivierte zum Rauchstopp in Prozent		Odds Ratio	Standard Fehler
	T0 (N=62)	T2 (N=60)		
Rauchstoppmotivation zu T0	29%	28%	10.48984	8.14674
Extraversion niedrig	32%	31%	.5274351	.3907073
Extraversion hoch	26%	26%		
Neurotizismus niedrig	30%	31%	.5546432	.4866801
Neurotizismus hoch	28%	20%		
Offenheit niedrig	27%	33%	.7779874	2.149101
Offenheit hoch	31%	25%		
Gewissenhaftigkeit niedrig	29%	21%	2.833952	.5906277
Gewissenhaftigkeit hoch	29%	36%		
Verträglichkeit niedrig	19%	20%	1.075893	.8013652
Verträglichkeit hoch	40%	38%		
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05				

Demnach muss die Hypothese 9, die Persönlichkeit übt einen Einfluss auf die Änderungsbereitschaft im Rahmen des astra-Programms aus, hinsichtlich der Betrachtung der Rauchstoppmotivation verworfen werden.

2. Konkrete Änderungsbereitschaft

Die deskriptive Betrachtung der Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft hinsichtlich der Ausprägung der Persönlichkeit zeigt, dass diese über alle Persönlichkeitsdimensionen hinweg abnimmt. Am deutliches wird dies bei Personen mit hohen Werten beim Neurotizismus (13% weniger bereit) und der Offenheit für neue Erfahrungen (13% weniger bereit). Zusätzlich wirken sich hohe Werte bei der Verträglichkeit (11% weniger bereit) und der Extraversion (10% weniger bereit) negativ aus, ebenso wie eine niedrige Gewissenhaftigkeit (10% weniger bereit).

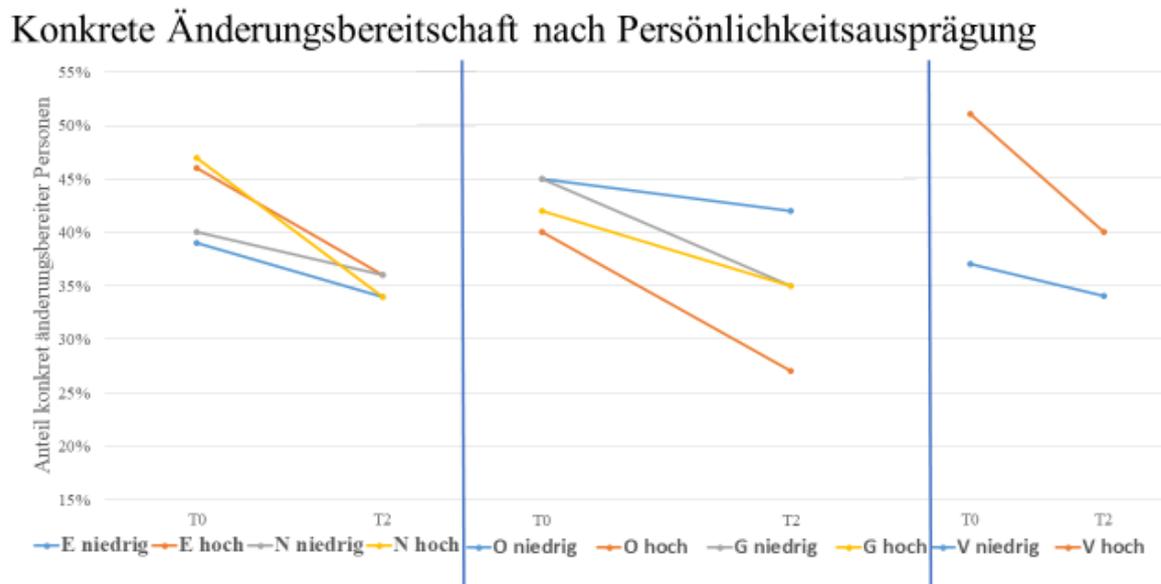


Abbildung 61: Konkrete Änderungsbereitschaft nach Persönlichkeitsausprägung (N=51)

Die Tabelle 77 dokumentiert die Ergebnisse der logistischen Regression. Dabei konnte kein signifikanter Einfluss der Persönlichkeit auf die konkrete Änderungsbereitschaft in den Interventionsgruppen festgestellt werden ($R^2=0,1600$, $\chi^2(6)=9,77$; n.s.).

Tabelle 77: Persönlichkeit und die Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft

Dimension	Anteil konkret änderungsbereite Personen in %		Odds Ratio	Standard Fehler
	T0 (N=62)	T2 (N=56)		
Konkrete Änderungsbereitschaft zu T0	48%	29%	4.766888*	3.843083
Extraversion niedrig	39%	34%	.6246945	.4465942
Extraversion hoch	46%	36%		
Neurotizismus niedrig	40%	36%	2.766902	2.212775
Neurotizismus hoch	47%	34%		
Offenheit niedrig	45%	42%	.8549374	.6840454
Offenheit hoch	40%	27%		
Gewissenhaftigkeit niedrig	45%	35%	1.728	1.298749
Gewissenhaftigkeit hoch	42%	35%		
Verträglichkeit niedrig	37%	34%	1.407776	1.051014
Verträglichkeit hoch	51%	40%		

***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05

Somit muss die Hypothese 9, die Persönlichkeit übt einen Einfluss auf die Änderungsbereitschaft bei den rauchenden Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen aus hinsichtlich der konkreten Änderungsbereitschaft verworfen werden.

Resümee zur Hypothese 9: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms und der Veränderungsbereitschaft. Zur Klärung des Einflusses der Persönlichkeit auf die Akzeptanz und Annahme des astra-Programms wurden zum einen die Akzeptanz und zum anderen die zentralen Normen und Einstellungen überprüft. Weder bei der Akzeptanz noch bei den vier zentralen Normen (subjektive Norm, injunktive Norm, soziale Unterstützung und Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen) fanden sich signifikante Zusammenhänge mit der Persönlichkeit, sodass die Hypothese 9 vollständig verworfen werden muss.

Die Betrachtung der Veränderungen im Sinne des transtheoretischen Modells ergaben auch keine Unterstützung der Hypothese 9. Demnach übt die Persönlichkeitsausprägung im Zusammenspiel mit der astra-Intervention keinen signifikanten Einfluss auf die Rauchstoppmotivation und konkrete Änderungsbereitschaft aus.

Tabelle 78: Zusammenfassung der Ergebnisse der Hypothese 9

Variablen	Deutung	
Hypothese 9		
Akzeptanz	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms.	✗
Subjektive Norm	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei der subjektiven Norm des astra-Programms.	✗
Injunktive Norm	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei der injunktiven Norm des astra-Programms.	✗
Sozialen Unterstützung	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei der sozialen Unterstützung des astra-Programms.	✗
Verhältnisbezogenen Einstellungen	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei den verhältnisbezogenen Einstellungen des astra-Programms.	✗
Rauchstoppmotivation	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei der Rauchstoppmotivation des astra-Programms.	✗
Konkrete Änderungsbereitschaft	Die Persönlichkeitsausprägung steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Veränderungen bei der konkreten Änderungsbereitschaft des astra-Programms.	✗

Eine explorative Betrachtung der Persönlichkeitstypen soll abschließend zeigen, ob das Zusammenspiel der Ausprägung von Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Extraversion einen Einfluss auf die Beurteilung des astra-Programms sowie auf die Veränderung der Normen besitzt. Es wird dabei vermutet, dass bestimmte Persönlichkeitstypen, wie der Entrepreneur Type, besonders von astra profitieren und dieses auch besser beurteilen als, z.B. der Insecure Type.

II. Betrachtung der Persönlichkeitstypen

Hypothese 10: Der Persönlichkeitstypus hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahme und auf die Änderungsbereitschaft beim Rauchverhalten.

Im letzten Abschnitt sollen die Akzeptanz der Maßnahme sowie die Veränderungen der zentralen Normen in der Pflegeausbildung im Zusammenspiel mit den Persönlichkeitstypen Betrachtung finden. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Persönlichkeitstypen bei der Bewertung der Maßnahmen und in der Annahme der veränderten Normen signifikant unterscheiden.

	E	N	G
<i>Spectator:</i>	↓	↓	↓
<i>Insecure:</i>	↓	↑	↓
<i>Sceptic:</i>	↓	↓	↑
<i>Brooder:</i>	↓	↑	↑
<i>Hedonist:</i>	↑	↓	↓
<i>Impulsive:</i>	↑	↑	↓
<i>Entrepreneur:</i>	↑	↓	↑
<i>Complicated:</i>	↑	↑	↑

Akzeptanz – Die Bewertung des astra-Programms unterscheidet sich zwischen den Persönlichkeitstypen.

Die beiden Boxplot-Diagramme (Abbildung 62 und Abbildung 63) zeigen die Mittelwerte bei der Benotung der Informationsveranstaltung (I) und der Stressbewältigung (S) durch die PflegeschülerInnen, unterteilt in die acht Persönlichkeitstypen. Im Mittel wurden beide Module mit der Note 3 bewertet. Tendenziell schlechtere Bewertungen erfolgten durch den Insecure Type (I: $M=3,4$ / S:3,4), den Brooder Type (I: $M=3,3$ / S:2,8) und dem Spectator Type (I: $M=3,2$ / S:3,5). Bessere Noten verteilten der Impulsive Type (I: $M=2,6$ / S:2,9) und der Sceptic Type (I: $M=2,7$ / S:2,9). Wobei die Spannweite zwischen den Persönlichkeitstypen bei den Noten nicht groß ausfällt.

Benotung der Infoveranstaltung nach Persönlichkeitstypen

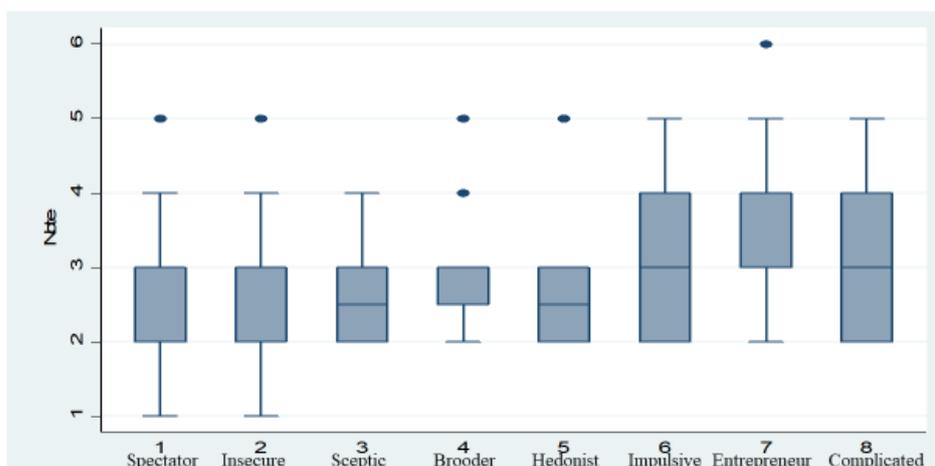


Abbildung 62: Benotung der Infoveranstaltung nach Persönlichkeitstypen (N=121)

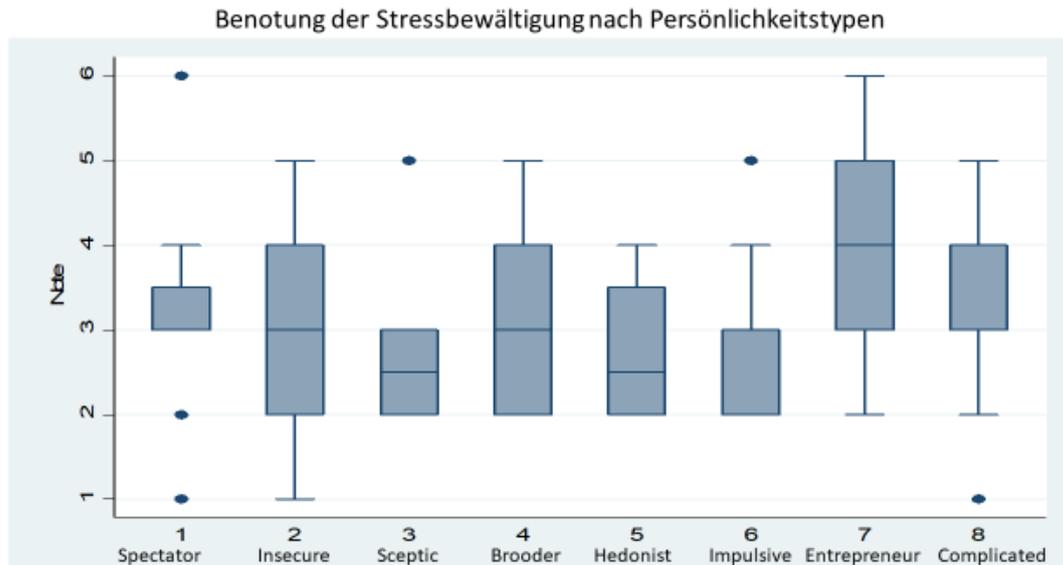


Abbildung 63: Benotung der Präventionsstunden unterteilt nach Persönlichkeitstypen (N=120)

Mittels Regression wurden diese Unterschiede auf Signifikanz überprüft.

Es konnten dabei keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($R^2=0,0580$, $F(7,101)=0.89$, n.s. / $R^2=0.0506$, $F(7,97)=0.74$, $p<0.6394$).

Tabelle 79: Regression: abhängige Variable: Benotung der Informationsveranstaltung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Referenzgruppe: Spectator Type (N=20)		
Insecure (N=7)	.0600807	.4119227
Sceptic (N=14)	-.1492706	.3431287
Brooder (N=12)	.0587577	.3595556
Hedonist (N=14)	-.0764273	.3363334
Impulsive (N=7)	-.1452288	.4324287
Entrepreneur (N=23)	-.1343582	.2981277
Complicated (N=8)	-.0422726	.3952387
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Tabelle 80: Regression: abhängige Variable: Benotung der Stressbewältigungsstunden (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Referenzgruppe: Spectator Type (N=19)		
Insecure (N=7)	-.0249253	.4487803
Sceptic (N=14)	-.1995302	.3750505
Brooder (N=12)	-.1939599	.3926332
Hedonist (N=13)	-.1244103	.3832659
Impulsive (N=7)	-.1464152	.4707979
Entrepreneur (N=24)	-.1227363	.3269832
Complicated (N=8)	-.1512135	.4487803
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Die subjektive Norm – Entrepreneur Type, Complicated Type, Brooder Type und Sceptic Type bewerten das Rauchen in der Umgebung als weniger akzeptiert und möglich

Die Betrachtung der deskriptiven Verteilungen in Abbildung 64 zeigen kaum Unterschiede zwischen den Persönlichkeitstypen und die Veränderung der subjektiven Norm.

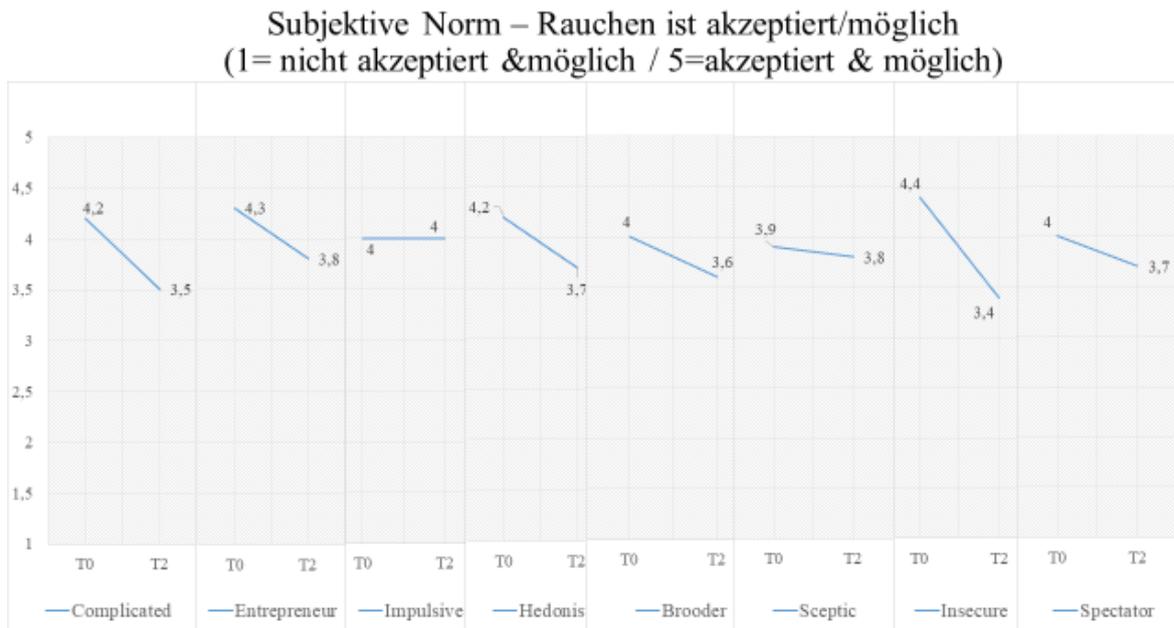


Abbildung 64: Veränderung der subjektiven Norm nach Persönlichkeitstypen (N=116)

Die Überprüfung der Veränderung der subjektiven Norm erfolgt mittels logistischer Regression und ergab keinen signifikanten Effekt der Persönlichkeitstypen auf die Veränderungen der subjektiven Norm ($R^2=0,0659$, $F(8,105)=0,93$, n.s.). Demnach übt die Zugehörigkeit zu einem Persönlichkeitstypus keinen Einfluss auf die Veränderungen bei der Wahrnehmung der Akzeptanz und Möglichkeit des Rauchens aus. Die Hypothese 10 muss demnach verworfen werden.

Tabelle 81: Regression: abhängige Variable: subjektive Norm in der Abschlussbefragung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Subjektive Norm zu T0	.1476461	.0947648
Referenzgruppe: Spectator Type (N=19)		
Insecure (N=7)	-.1467573	.2750242
Sceptic (N=14)	.0430283	.2303614
Brooder (N=12)	-.0750873	.2404625
Hedonist (N=13)	-.0243389	.2308602
Impulsive (N=7)	.0802127	.3178248
Entrepreneur (N=24)	.020151	.2022059
Complicated (N=8)	-.1163967	.2850544
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Die injunktive Norm – Der Tabakkonsum wird von Personen des Entrepreneur Type, Complicated Type, Brooder Type und Sceptic Type eher in einem Gegensatz zur Arbeit in einem Gesundheitsberuf verstanden.

Auch bei der injunktiven Norm zeigen sich auf der deskriptiven Ebene kaum Unterschiede zwischen den Persönlichkeitstypen.

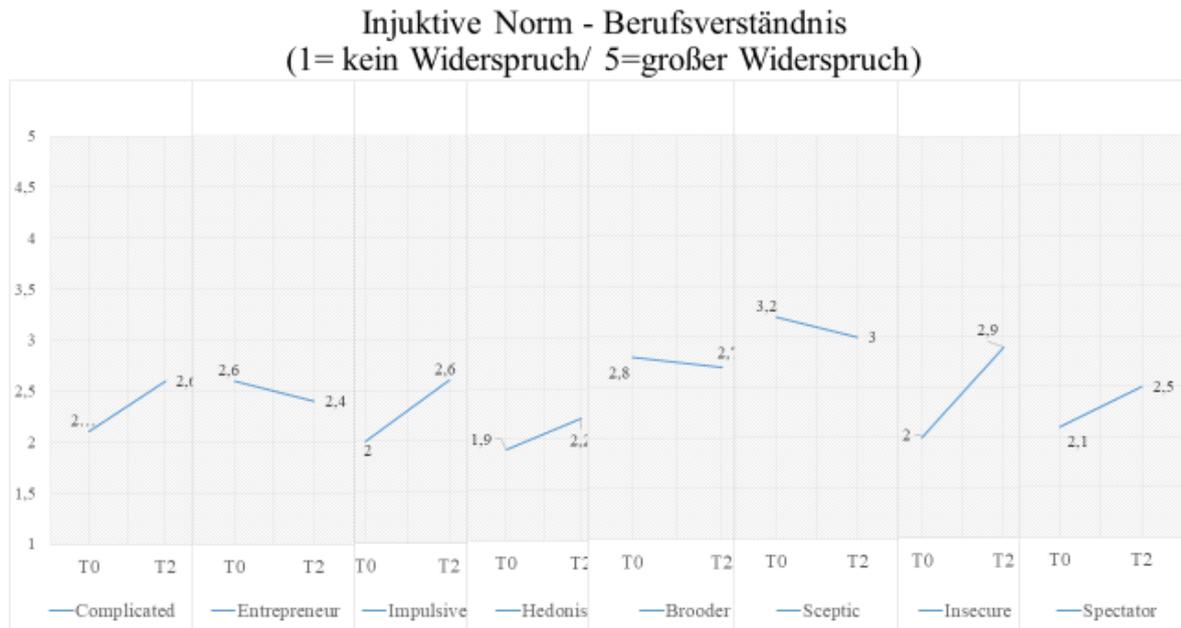


Abbildung 65: Veränderung der injunktiven Norm nach Persönlichkeitstypen (N=117)

Die Regression ergab keinen signifikanten Einfluss der Persönlichkeitstypen auf die Veränderung des Berufsverständnisses ($R^2=0,3475$, $F(8,102)=6,79$, $p<0.001$).

Tabelle 82: Regression: abhängige Variable: injunktive Norm in der Abschlussbefragung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Injunktive Norm zu T0	.5876067***	.0858049
Referenzgruppe: Spectator Type (N=22)		
Insecure (N=9)	.1088885	.406951
Sceptic (N=15)	-.0346422	.3563269
Brooder (N=12)	-.0946644	.3735909
Hedonist (N=14)	-.0622752	.3521515
Impulsive (N=6)	.0142552	.4735447
Entrepreneur (N=25)	-.1217118	.3031635
Complicated (N=8)	.0274009	.4245002
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Somit muss die Hypothese 10, welche davon ausging, dass sich die Persönlichkeitstypen hinsichtlich der Entwicklung beim Berufsverständnis signifikant unterscheiden würden, nicht gehalten werden (kann).

Die Zuversicht auf soziale Unterstützung – Die Zugehörigkeit zum Hedonist Type, Brooder Type, Entrepreneur Type oder Complicated Type wirken sich positiv auf die Wahrnehmung sozialer Unterstützung aus.

Die deskriptive Betrachtung der Veränderung der sozialen Unterstützung zeigt zunächst nur geringe Unterschiede zwischen den Persönlichkeitstypen auf.

Zuversicht auf soziale Unterstützung
(1= keine Zuversicht/ 5=große Zuversicht)

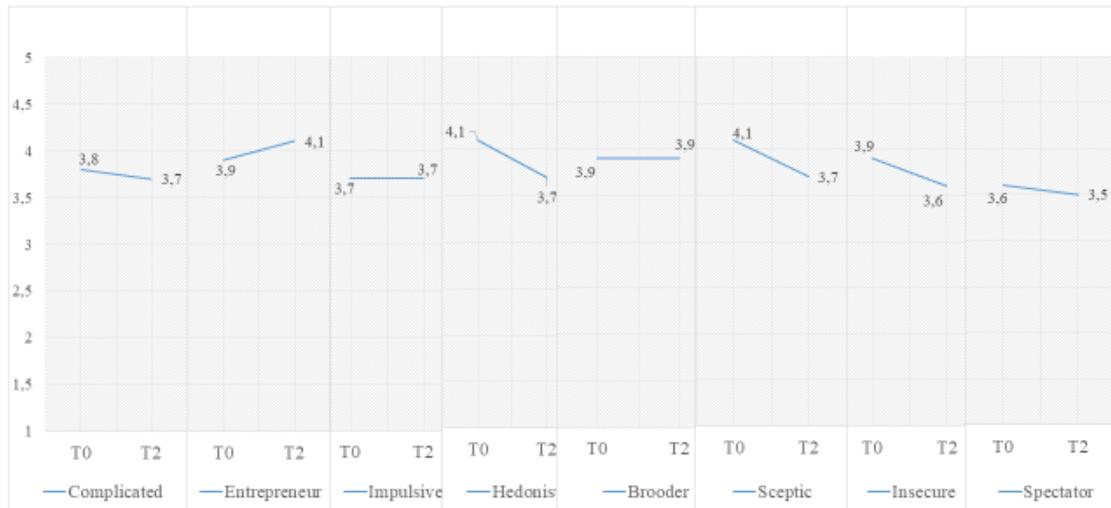


Abbildung 66: Veränderung der Zuversicht auf soziale Unterstützung in den astra Schulen unter Betrachtung der Persönlichkeitstypen (N=117)

Die Regression zur Überprüfung des Einflusses der Persönlichkeitstypen auf die Veränderung der Zuversicht auf soziale Unterstützung zeigt einen signifikanten Zusammenhang beim Entrepreneur Type auf ($R^2=0,2065$, $F(8,106)=3,45$, $p=0.001$). Demnach sind Personen vom Entrepreneur Type signifikant zuversichtlicher, auch in Zukunft genug Unterstützung zu erhalten.

Tabelle 83: Regression: abhängige Variable: Zuversicht auf soziale Unterstützung in der Abschlussbefragung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Soziale Unterstützung zu T0	.3875587***	.1063437
Referenzgruppe: Spectator Type (N=22)		
Insecure (N=9)	.0042624	.2931953
Sceptic (N=15)	.0213418	.2515457
Brooder (N=12)	.1115785	.2593004
Hedonist (N=14)	.0019342	.2506425
Impulsive (N=6)	.0566093	.3205713
Entrepreneur (N=25)	.2492867*	.2159349
Complicated (N=8)	.0357471	.305519
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Die verhältnisbezogenen Einstellungen – Personen des Entrepreneur Type, Complicated Type, Brooder Type und Sceptic Type stehen strikteren Regelungen nach astra offener gegenüber.

Die deskriptive Betrachtung der Veränderungen zu verhältnispräventiven Maßnahmen zeigt positive Entwicklungen beim Impulsive Type, beim Insecure Type und leicht beim Spectator Type auf. Demgegenüber zeigt sich beim Complicated Type, beim Entrepreneur Type, beim Brooder Type und beim Sceptic Type ein negativer Trend.

Veränderung der Einstellung gegenüber strikten Regelungen
(1= keine Zustimmung/ 5=große Zustimmung)

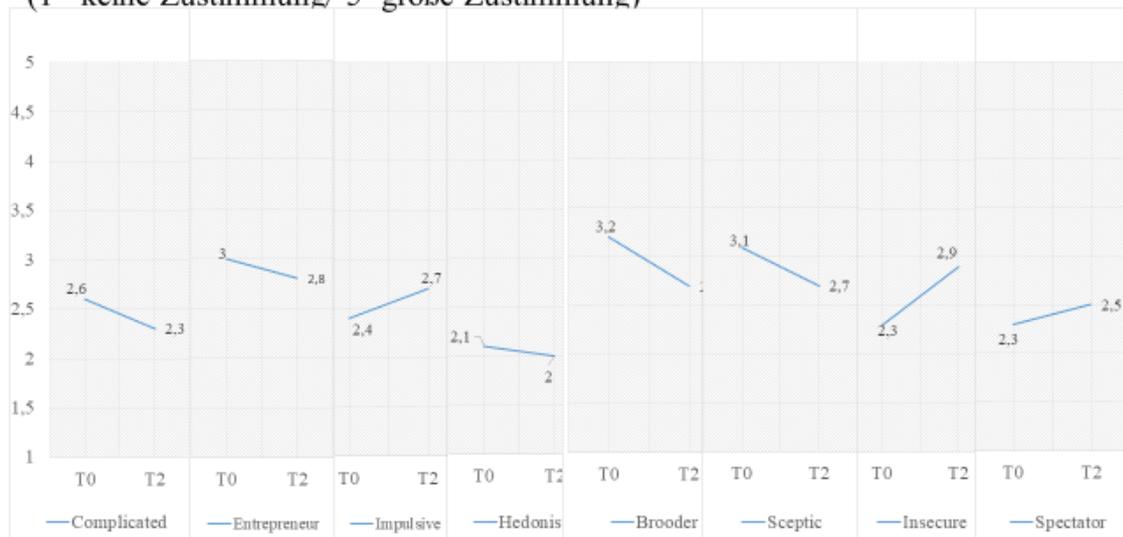


Abbildung 67: Veränderung der strikten Regelungen in den astra-Schulen unter Betrachtung der Persönlichkeitstypen (N=117)

Die Regression zur Betrachtung der Veränderung mit Fokus auf die einzelnen Persönlichkeitstypen ergab keine signifikanten Zusammenhänge, aber die Einstellung zu Beginn der Ausbildung steht in einem starken signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung am Ende ($R^2=0,3691$, $F(8,105)=7,68$, $p<0.001$).

Tabelle 84: Regression: abhängige Variable: Einstellung gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen in der Abschlussbefragung (intervallskaliert)

Unabhängige Variablen	Beta	Standardfehler (SE)
Verhältnispräventive Maßnahmen zu T0	.6045162***	.0850858
Referenzgruppe: Spectator Type (N=23)		
Insecure (N=9)	.0845859	.3832587
Sceptic (N=15)	-.1068848	.3314866
Brooder (N=13)	-.1085495	.3477017
Hedonist (N=15)	-.1197844	.3237363
Impulsive (N=6)	-.0120925	.4475535
Entrepreneur (N=25)	-.0718921	.287456
Complicated (N=8)	-.0962688	.401139
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Somit muss die Hypothese 10, die Veränderungen durch das astra-Programm sind abhängig von den Persönlichkeitstypen, mit Blick auf die Einstellung gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen verworfen werden.

Betrachtung der Veränderungen im Sinne des transtheoretischen Modells

Diese Fragen betreffen nur die Rauchenden.

1. Motivation zum Rauchstopp

Eine deskriptive Betrachtung zeigt einen deutlichen negativen Trend bei dem Insecure Type, bei dem die Anzahl der Motivierten von 40% um die Hälfte sinkt (20%), dem Impulsive Type (von 25% auf 0%) und dem Hedonist Type (von 30% auf 25%). Demgegenüber zeigen der Sceptic Type (von 29% auf 43%) und der Complicated Type (von 0% auf 25%) eine positive Entwicklung.

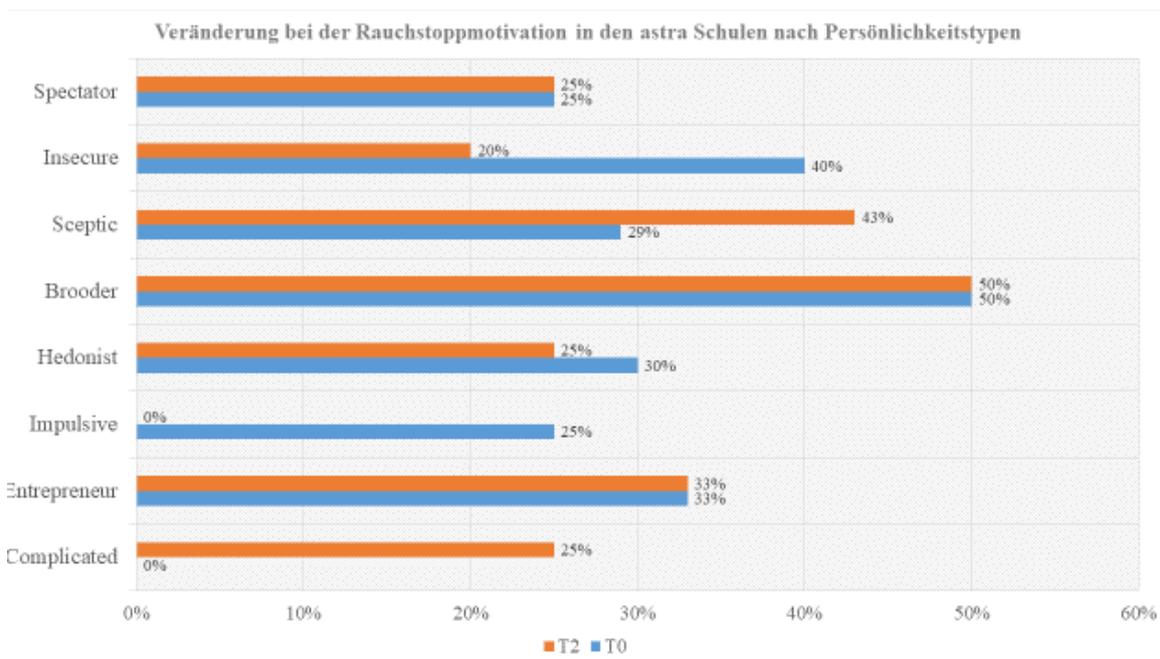


Abbildung 68: Veränderung der Rauchstoppmotivation nach Persönlichkeitstypen (N=53)

Die logistische Regression ergab in Bezug auf die Persönlichkeitstypen keine signifikanten Zusammenhänge. Nur die Rauchstoppmotivation zu Beginn steht in einem signifikanten positiven Zusammenhang ($R^2=0.2259$, $\chi^2(7)=14,33$, $p<0.05$). Somit übt eine hohe Motivation zu einem Rauchstopp am Ausbildungsbeginn einen positiven Einfluss auf die Motivation am Ausbildungsende aus und dies unabhängig des Persönlichkeitstypen.

Tabelle 85: Log. Regression: abhängige Variable: Motivation zum Rauchstopp zur Abschlussbefragung (dichotom)

Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Standardfehler (SE)
Rauchstoppmotivation zu T0	13.94223 ***	11.42323
Referenzgruppe: Spectator Type (N=10)		
Insecure (N=5)	.2601792	.401753
Sceptic (N=7)	1.782095	2.112321
Brooder (N=2)	1.316523	2.516829
Hedonist (N=8)	.410799	.5270315
Impulsive (N=1)	1	-
Entrepreneur (N=14)	.9060494	.949006
Complicated (N=4)	1.638601	2.303491
***p<0.001; ** p<0.01, * p<0.05		

Die Hypothese 10, wonach sich die Stärke der Veränderungen durch das astra-Programm zwischen den Persönlichkeitstypen signifikant unterscheiden würde, kann hinsichtlich der Motivation zum Rauchstopp nicht gehalten werden.

Konkrete Änderungsbereitschaft

Eine Betrachtung der Abbildung 69 zeigt, dass bei drei der acht Typen die konkrete Veränderungsbereitschaft zurückgeht. Beim Sceptic Type kommt es zu keiner Veränderung und beim Brooder Type, Hedonist Type, Impulsive Type und Entrepreneur Type ist deskriptiv eine positive Veränderung festzustellen. Signifikant werden diese Ergebnisse nur hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft zu T0.

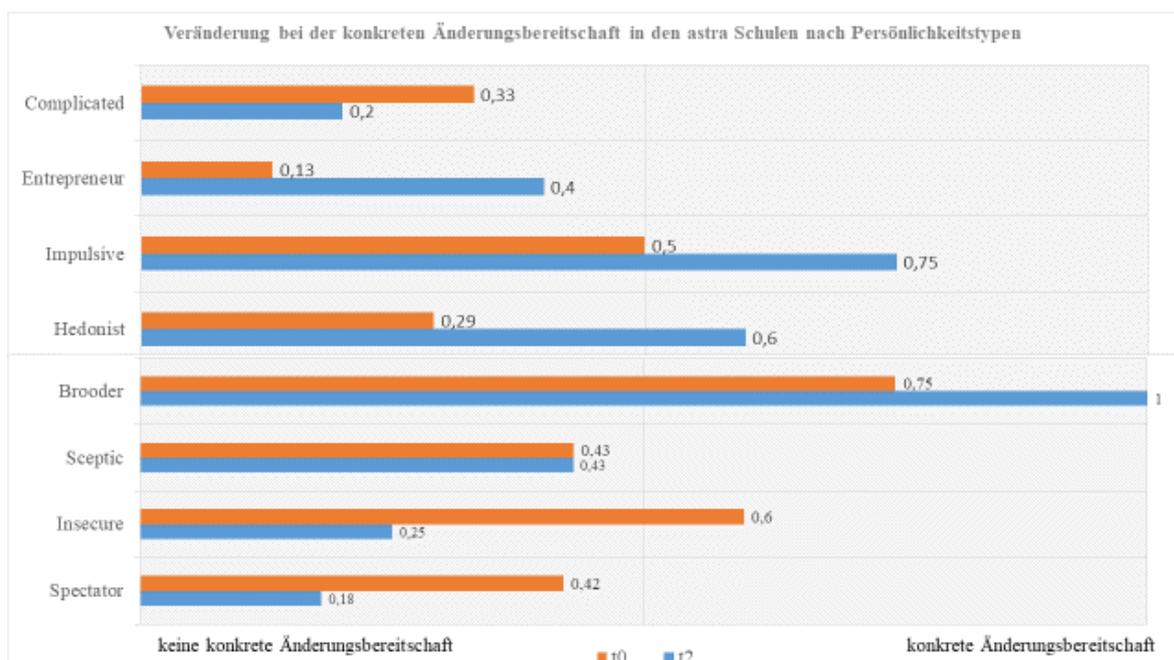


Abbildung 69: Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft nach Persönlichkeitstypen (N=53)

Die logistische Regression zur Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des eigenen Rauchverhaltens zeigt keine signifikanten Unterschiede bei den Veränderungen zwischen den Persönlichkeitstypen auf ($R^2=0.1591$, $\chi^2(7)=9,02$, $p<0.05$).

Tabelle 86: Log. Regression: abhängige Variable: konkrete Änderungsbereitschaft zur Abschlussbefragung (dichotom)

Unabhängige Variablen	Odds Ratio	Standardfehler (SE)
Konkrete Änderungsbereitschaft zu T0	5.859819 *	4.723509
Referenzgruppe: Spectator Type (N=9)		
Insecure (N=4)	.7780671	1.143704
Sceptic (N=7)	3.426417	4.09777
Brooder (N=1)	1	-
Hedonist (N=7)	1.246393	1.528909
Impulsive (N=4)	2.590979	3.529716
Entrepreneur (N=14)	.6046956	.701235
Complicated (N=3)	2.567247	4.072702
*** $p<0.001$; ** $p<0.01$, * $p<0.05$		

Somit muss auch in Bezug auf die konkrete Änderungsbereitschaft die Hypothese 10 verworfen werden. Das Ausmaß der Veränderungen unterscheidet sich zwischen den Typen nicht signifikant.

Resümee zur Hypothese 10:

Im Rahmen der Hypothese 10 wurde untersucht, inwiefern die Veränderungen, die im Rahmen des astra-Programms angestoßen wurden, in einem Zusammenhang mit der Zuordnung zum Persönlichkeitstypus stehen. Überprüft wurden die Veränderungen bei: der Akzeptanz der astra-Maßnahme, der subjektiven Norm, dem Berufsverständnis (injunktive Norm), der sozialen Unterstützung, den Einstellungen gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen, der Rauchstoppmotivation und der Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft. Die nachfolgende Tabelle 87 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 87: Zusammenfassung der Ergebnisse zur Hypothese 10

Variablen	Deutung	
Hypothese 10		
Akzeptanz	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms.	✘
Subjektive Norm	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung der subjektiven Norm im Rahmen des astra-Programms.	✘
Injunktive Norm	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung des Berufsverständnisses im Rahmen des astra-Programms.	✘
Sozialen Unterstützung	Die positive Entwicklung der sozialen Unterstützung im Rahmen des astra-Projekts unterscheidet sich beim Entrepreneur signifikant von der leicht negativen Entwicklung beim Spectator Type.	✓
Verhältnisbezogenen Einstellungen	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung der verhältnisbezogenen Einstellungen im Rahmen des astra-Programms.	✘
Rauchstoppmotivation	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung der Rauchstoppmotivation im Rahmen des astra-Programms.	✘
Konkrete Änderungsbereitschaft	Die Persönlichkeitstypen stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung der konkreten Änderungsbereitschaft im Rahmen des astra-Programms.	✘

Nur bei der Veränderung der sozialen Unterstützung könnte ein signifikanter Unterschied zwischen dem Entrepreneur Type und dem Spectator Type festgestellt werden. Dabei unterscheidet sich die positive Entwicklung beim Entrepreneur Type signifikant von der eher negativen Entwicklung beim Spectator Type. Das Modell erreichte eine zufriedenstellende Varianzaufklärung von 21%.

Resümee zur Fragestellung 5:

Bei der Fragestellung 5 wurde untersucht, inwieweit die Persönlichkeitsausprägungen (Hypothese 9) oder die Zuordnung zu den Persönlichkeitstypen (Hypothese 10) in einem Zusammenhang mit den Veränderungen im Rahmen des astra-Programms stehen. Bei dieser letzten Fragestellung wurde ausschließlich die Interventionsgruppe analysiert. Somit wurden die Aussagen von 115 Personen bzw. 55 Rauchenden analysiert. Diese niedrige Stichprobengröße, besonders bei den 8 Persönlichkeitstypen, könnte ursächlich für die fast ausschließlich nicht signifikanten Ergebnisse sein. Insgesamt wurde nur ein Ergebnis in der Hypothese 10 signifikant. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede bei den zwei größten Gruppen, dem Entrepreneur Type (N=25) und dem Spectator Type (N=22), bei der sozialen Unterstützung.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte die Raucherprävalenzen in der Pflege und ging dabei über die, in der Forschung weit verbreiteten Untersuchungen der Sozialisationsbedingungen hinaus. Diese Studie untersuchte darüber hinaus die Auswirkungen möglicher Selektionseffekte bei der Berufswahl durch die Persönlichkeitsausprägungen einer Person sowie deren Bedeutung für das Gesundheitsverhalten und die Akzeptanz und Umsetzung des Präventions- und Interventionsprogramms astra. Als theoretische Basis dienen Theorien unterschiedlicher psychologischer Forschungsrichtungen. Unter anderem die ökologische Entwicklungspsychologie von Bronfenbrenner, welche eine besondere Bedeutung bei der Betrachtung der unterschiedlichen Lebensbereiche der PflegeschülerInnen zukommt und Erklärungen für die Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit gibt. Aus der Lernpsychologie wurde die Theorie des sozialen Lernens von Bandura angeführt, die zum einen das Beobachtungslernen anhand von Modellen erklärt und deren Erweiterung die Bedeutung der Selbstwirksamkeit für das Ausführen einer Handlung erklärt. Als zentrale Determinante für den Selektionsprozess wird die Persönlichkeit gesehen, die theoretische Basis bietet hier aus dem Bereich der Persönlichkeitspsychologie die Theorie der Big Five. Zur Erklärung des Einflusses der Persönlichkeit auf die Berufswahl wird aus der Arbeits- und Organisationspsychologie das Berufswahlmodell von Holland herangezogen. Während die Big Five eine Möglichkeit bietet, die Persönlichkeit anhand weniger Fragen zu erfassen, erklärt das Berufswahlmodell das Interesse einer Person als Ursache für die Berufswahl und diskutiert darüber hinaus die Bedeutung des Passungsverhältnisses zwischen der Person und den Anforderungen im beruflichen Umfeld. Aus der Gesundheitspsychologie wurden mehrere Theorien je Strömung angeführt, darunter das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman sowie das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClementi.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, der Forderung nach einer gleichzeitigen Beachtung sowohl von personen- und verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Variablen, gerecht zu werden (Bühringer et al. 2008). In der nun abschließenden Diskussion sollen die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert werden. Daran anschließend findet eine reflektierte Betrachtung des astra-Programms statt, in welcher mögliche Optimierungsvorschläge diskutiert werden. Abschließend wird auf die Limitationen dieser Studie und den weiteren Forschungsbedarf eingegangen.

5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen zunächst die Ergebnisse der einzelnen fünf Forschungsfragen zusammengefasst und anschließend diskutiert werden. Dafür sollen zu Beginn die Sozialisationsbedingungen bei der Pflegeausbildung sowie die Veränderungen durch das astra-Programm betrachtet werden, bevor der Einfluss der Persönlichkeit auf die Berufswahl und auf das Gesundheitsverhalten sowie der Einfluss der Persönlichkeit auf die Akzeptanz und Umsetzung des Präventions- und Interventionsprogramms astra diskutiert wird.

5.1.1 Zusammenfassung und Diskussion der ersten Fragestellung

Fragestellung 1: Sind die Sozialisationsbedingungen in der Pflege tabakfreundlich?

Zu Beginn sollen die Ergebnisse zur Betrachtung der Tabakpolitik an den Pflegeschulen erfolgen, bevor auf die subjektive Wahrnehmung durch die PflegeschülerInnen eingegangen wird. Abschließend werden die zentralen Ergebnisse in einem kurzen Resümee zusammengefasst.

5.1.1.1 Hypothese 1: In den Pflegeschulen findet sich eine tabakfreundliche Politik vor.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen deutlich, dass die Tabakpolitik in den Pflegeschulen sehr tabakfreundlich ist. Der deskriptive Vergleich mit den hessischen und bayerischen Regelschulen verdeutlicht eine tabakfreundlichere Politik hinsichtlich aller fünf Faktoren. Bei der Verankerung und Organisation der Tabakpolitik in den Schulen (1) zeigt sich, dass in den Schulen praktisch kein Arbeitskreis existiert ($M=1,17$), der sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. Ebenso finden kaum Lehrerfortbildungen zu diesem Thema ($M=1,5$) oder ein kollegialer Austausch mit anderen Schulen ($M=1,5$) statt. Die Schulen geben zudem an, eher kein festes Dokument zu besitzen, in dem die Tabakpolitik an ihrer Schule allen zugänglich festgehalten wurde ($M=1,75$). Auch die Involvierung aller Gruppen der Schule hinsichtlich der Entscheidungen bezüglich des Rauchens findet eher nicht statt ($M=2,38$). Es kann demnach resümiert werden, dass sich Hinweise darauf zeigen, dass alle fünf Untergruppen des ersten Faktors zur Tabakpolitik unzureichend von den Pflegeschulen umgesetzt werden. Im Gesamtergebnis zeigt die Untersuchung der Tabakpolitik in den Pflegeschulen, dass eher keine Verankerung und Organisation vorhanden ist ($M=1,66$). Damit liegt dieser Wert deutlich unter dem der Regelschulen ($M=2,44$).

Auch die Betrachtung des zweiten Faktors zu der Durchsetzung der Regelungen gegenüber den SchülerInnen und den damit verbundenen Sanktionen zeigt ein ähnliches Bild. Dabei finden eher keine disziplinarischen oder unterstützenden Sanktionen statt ($M=1,7$). Auch

regelmäßige Kontrollen oder Sanktionen bei Regelüberschreitungen finden nur teilweise statt. Bei diesem Faktor wird der Unterschied zwischen den Regelschulen und den Pflegeschulen besonders deutlich. Während in den Pflegeschulen die Durchsetzung der Regelungen gegenüber den Schülern/Schülerinnen eher nicht erfolgt ($M=2,23$), findet diese in den Regelschulen eher statt ($M=3,97$).

Bezüglich der Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal (dritter Faktor) finden in den Pflegeschulen keine Sanktionen bei Regelverstößen ($M=1,13$) und auch eher keine Kontrollen ($M=1,88$) statt. Demnach werden die Regelungen bezüglich der Tabakpolitik in den Schulen eher nicht durchgesetzt ($M=1,51$), demgegenüber werden die Regelungen in den Vergleichsschulen wenigstens teilweise umgesetzt, wobei hier der Schwerpunkt eher auf den Kontrollen ($M=3,52$) als auf den Sanktionen ($M=2,74$) liegt.

Doch wie steht es um die Unterstützung des Nichtrauchens? Aus der Forschung ist bekannt, dass die Bereitschaft der PflegerInnen für Maßnahmen zum Nichtraucherschutz steigt, wenn diese über ein reines Rauchverbot hinausgehen (Kolleck 2004). Auch die Betrachtung der Förderung des Nichtrauchens (vierter Faktor) zeigt unzureichende Ergebnisse. Demnach bieten die Schulen keine Tabakentwöhnungskurse für ihre MitarbeiterInnen an ($M=1,33$) und auch eher keine für die SchülerInnen ($M=1,75$). Selbst etablierte Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise Stresspräventionsprogramme, sind an den Pflegeschulen eher nicht vorhanden ($M=2,25$). Und das, obwohl das Arbeitsumfeld der Pflege durch besonders viele Stressoren geprägt ist (DBfK 2009; Hall 2012; Wenderlein 2002). In der Summe findet in den Pflegeschulen demnach eher keine Unterstützung des Nichtrauchens statt ($M=1,78$). Dies deckt sich auch mit dem Ergebnis der hessischen und bayerischen Regelschulen, in denen dies auch eher nicht stattfindet ($M=1,92$).

Der letzte Faktor betrachtete die Rauchverbote im Gebäude, auf dem Gelände und dem angrenzenden Gelände, zum einen für die SchülerInnen und zum andern für das Personal. Es zeigt sich bei diesem Faktor zum ersten Mal ein positives Ergebnis bei dem Rauchverbot für die SchülerInnen, welches eher vorhanden ist ($M=3,5$), jedoch bei dem Personal eher nicht umgesetzt wird ($M=2,17$). Demnach werden die Rauchverbote an den Pflegeschulen nur teilweise umgesetzt ($M=2,84$). Demgegenüber werden die Rauchverbote an den Regelschulen vollständig umgesetzt ($M=4,73$).

5.1.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zur ersten Hypothese

Es kann somit resümiert werden, dass die astra-Schulen bei allen fünf Faktoren schlechter abschlossen, als die Vergleichsschulen. Allein bei der Förderung des Nichtrauchens fanden in den Pflegeschulen und den Vergleichsschulen ähnlich wenige Maßnahmen statt.

Die Betrachtung der Tabakpolitik in den Pflegeschulen ergibt demnach, dass diese praktisch „eher nicht“ existiert. In keinem der fünf Punkte zur Ermittlung der Tabakpolitik konnte ein positiver Wert von den Schulen erreicht werden. Einzig ein Unterpunkt bei der Betrachtung der Rauchverbote für die SchülerInnen (Faktor 5) ergab einen zufriedenstellenden Wert. Wenn eine entsprechende Tabakpolitik in den Pflegeschulen nicht vorhanden ist, ist es nicht verwunderlich, dass das Rauchen in der Pflege „ein akzeptiertes und von der Mehrzahl der Schwestern und Pfleger praktiziertes Ritual für Entspannung, Kommunikation und Pausengestaltung“ darstellt (Kolleck 2004, S.103). Mit dem Eintritt der SchülerInnen in das neue ökologische Umfeld wird diese Norm entsprechend sensibel wahrgenommen und internalisiert. Diese Form der Bewältigungsstrategie kann sich auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken und zudem auch durch die Wahrnehmung der Verhaltensweisen der Modelle, im Sinne des sozialen Lernens, bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen manifestieren. Daraus kann jedoch noch nicht geschlussfolgert werden, dass die Pflegeausbildung einen Auslöser für das Rauchen darstellt. Auch die Ergebnisse der hessischen und bayerischen Vergleichsschulen zeigen keine idealen Ergebnisse auf, sodass sich der Forderung nach mehr Prävention bereits in den Regelschulen angeschlossen werden kann (Bühler und Piontek 2012). Dennoch könnten die Bedingungen in den Pflegeschulen als eine Barriere für den möglichen Rauchstopp fungieren. Durch die Schaffung einer rauchfreien und gesunden Umwelt kann den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen geholfen werden, mit dem Rauchen aufzuhören und das Risiko für einen Rückfall reduziert werden (Perdikaris et al. 2010). Die Ergebnisse der ersten Analysen zur Tabakpolitik in der Schule zeigen demnach Hinweise für die Bestätigung der Hypothese 1, in den Schulen fände sich eine tabakfreundliche Politik, die jedoch noch interferenzstatistisch überprüft werden muss.

5.1.1.3 Hypothese 2: SchülerInnen erleben die Pflegeausbildung als tabakfreundlich und das Rauchen in der Pflege als normal.

Die Schaffung einer gesunden und rauchfreien Umwelt in den Ausbildungsbetrieben, also den Pflegeschulen und den Praxiseinrichtungen, ist auch vor dem Hintergrund einer beruflichen Identität als „Gesundheits- und Pflegeberuf“ wichtig. Die Betrachtung der subjektiven Einschätzung der PflegeschülerInnen ergab in dieser Arbeit, dass der Tabakkonsum in der Pflegeschule und der Praxiseinrichtung eher als akzeptiert ($M=3,94$) und auch eher als möglich ($M=4,38$) wahrgenommen wird. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen (Alten- und Gesundheit- und Krankenpflege). Die subjektive Norm in der Pflege ist demnach, dass der Tabakkonsum in

den beiden Ausbildungsbetrieben von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen als möglich und akzeptiert erlebt wird.

Die Schaffung strikter Regelungen hinsichtlich der Rauchverbote wird nur teilweise von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen gewünscht ($M=2,9$). Besonders wenig Zustimmung findet dabei die Schaffung rauchfreier Klinik- und Heimgelände ($M=2,7$). Aber auch die Bestrafung bei Regelverstößen ($M=3,0$) oder die Durchsetzung strikter Regelungen ($M=2,8$) werden nur teilweise gewünscht. Obwohl es deutlich mehr RaucherInnen unter den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen gibt, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Ausbildungsberufen. Die Akzeptanz strikter Regelungen zu den Rauchverboten könnte demnach nicht unbedingt vom Tabakkonsum der Person abhängig sein. Eine Aufklärung der Schulen hinsichtlich eines nicht nachweisbaren Zusammenhangs zwischen den Rauchgewohnheiten einer Person und der Einstellung gegenüber Regelungen zum Rauchen und dem Ergebnis, dass ein Großteil der PflegerInnen und der PflegeschülerInnen mit dem Rauchen aufhören wollen, ist demnach wichtig (Sarna et al., 2005; Kolley 2004, Vitzthum et al. 2013). Dabei soll beachtet werden, dass die PflegeschülerInnen zunächst über effektive Rauchstoppmethoden aufgeklärt werden sollten.

Der Großteil (59,3%) der rauchenden PflegeschülerInnen plant, ohne Hilfe mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei ist aus der Forschung bekannt, dass die Chancen eines erfolgreichen Rauchstopps durch die Unterstützung mittels evidenzbasierter Interventionen gesteigert werden können. Doch gerade diese unterstützenden Mittel sind bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen ohne entsprechende Aufklärung eher unbeliebt. So ergab die Befragung zum Ausbildungsbeginn, dass gerade einmal eine Person die Telefonberatung zur Hilfe nehmen würde. Der Internetkurs würde von 4,8% in Anspruch genommen werden und ein Gruppenkurs mit den Kollegen/Kolleginnen würde von 5,6% besucht werden. Durch eine zielgruppengerechte Informationsveranstaltung können die PflegeschülerInnen über die Gestaltung dieser Aufhörmethoden und die Erhöhung der persönlichen Erfolgchancen informiert und über die Aufhörquoten von ca. 30%, z.B. beim Rauchfrei Programm der BZgA, aufgeklärt werden (Ofner und Kröger 2015).

Durch die Veränderung der subjektiven Norm können auch die Einstellungen der SchülerInnen hinsichtlich der strikten Regelungen positiv verändert werden. Erleben die SchülerInnen gleichzeitig, dass sie selber bzw. ihre Kollegen/Kolleginnen bei der Veränderung ihres Verhaltens hinsichtlich des eigenen Tabakkonsums durch die Ausbildungsbetriebe unterstützt werden, kann ein positiver Prozess in Gang gebracht

werden, der weitergreift und sich positiv auf die Wahrnehmung der sozialen Normen und der sozialen Unterstützung auswirkt. Die PflegeschülerInnen befinden sich zu Beginn der Ausbildung in einer sensiblen Phase und sind besonders empfänglich für die Normen und Werte der neuen Umgebung (Schneider 2016, Kaluza 2015, Busse, Plaumann und Walter 2006).

Dies ist auch dahingehend von zentraler Bedeutung, da fast jede(r) dritte PflegeschülerIn (30%) die Raucherprävalenzen in der Pflege überschätzt. Die AltenpflegeschülerInnen schätzen die Raucherprävalenzen sowohl im beruflichen Umfeld (85% versus 74%) als auch in ihrem privaten Umfeld (44% versus 33%) signifikant höher ein als ihre Kollegen/Kurskolleginnen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. Die Betrachtung sowohl des privaten als auch des beruflichen Umfeldes ist wichtig, da dies bei der Steigerung der Motivation zum Rauchstopp, aber auch bei der Analyse möglicher Rückfallrisiken, eine zentrale Rolle spielen kann. Da die AltenpflegeschülerInnen im Schnitt älter sind (36% älter als 35 Jahre versus 11% bei den Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen), kommt hier der Betrachtung des privaten Umfeldes eine zentrale Rolle zu. Es ist somit denkbar, dass dem Exosystem der AltenpflegeschülerInnen eine andere Rolle zukommt, bzw. dieses durch andere oder gar stärkere Stressoren (z.B. Probleme des Partners mit der Arbeit etc.) gekennzeichnet ist. Auch könnte bei den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen die Persönlichkeit aufgrund des Alters bereits gefestigter sein, sodass diese mehr Unterstützung beim Erlernen neuer Bewältigungsstrategien benötigen (Rammstedt et al. 2004; Rammsayer und Weber 2010).

Obwohl die Raucherprävalenz in der Altenpflege mit 72,7% signifikant mehr RaucherInnen aufzeigt, als in der Gesundheits- und Krankenpflege mit 49% und auch die Raucherprävalenzen im privaten und beruflichen Bereich von den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen als signifikant höher eingeschätzt werden, so ist es doch verwunderlich, dass sich keine Unterschiede zwischen den Ausbildungsformen hinsichtlich des Widerspruchs zwischen dem eigenen Rauchverhalten und dem Erlernen eines Gesundheitsberufes zeigen. Zwar empfinden die Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegeschülerInnen teilweise einen Widerspruch ($M=2,71$) und die AltenpflegeschülerInnen eher keinen ($M=2,48$), allerdings wird dieser Unterschied nicht signifikant. Demnach sollte eine Veränderung der Berufsidentität in beiden Ausbildungsformen möglich sein, obwohl in der Altenpflege stärker geraucht wird. Dabei kann der Gesundheitsberuf allgemein angegangen werden, da auch das Rauchverhalten der

Ärzte/Ärtingen von den Schülern/ Schülerinnen der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege als teilweise und von den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen als eher nicht widersprüchlich angesehen wird. Es sollte zudem auf die Vorbildfunktion der Gesundheitsberufe hingewiesen und die Bedeutung des professionellen Rates an den Patienten/die Patientin für die Entscheidung zum Rauchstopp betont und das eigene Rauchverhalten als die Barriere bei einer solchen Empfehlung herausgestellt werden (Vitzthum et al. 2013; Fernández García et al. 2007).

Die Ergebnisse zeigen, dass die PflegeschülerInnen von Anbeginn der Ausbildung eine tabakfreundliche soziale Norm erleben und dabei die Prävalenzen höher einschätzen werden, als sie sowieso bereits sind. Demnach erleben die SchülerInnen den Tabakkonsum in der Schule und in der Praxis als scheinbar normal.

Diese ungünstigen Verhältnisse können neben den bereits angesprochenen Veränderungen zusätzlich durch eine gestärkte soziale Unterstützung angegangen werden. Positiv ist hervorzuheben, dass die PflegeschülerInnen eher zuversichtlich sind, genug Unterstützung während der Ausbildung durch die Kurskollegen/Kurskolleginnen (M=4,0), die LehrerInnen (M=3,9) und die PraxisanleiterInnen (M=3,6) zu erhalten. Diese Ressource sollte genutzt werden, um die aktuelle Situation bezüglich der Raucherprävalenzen in der Pflege anzugehen.

5.1.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur zweiten Hypothese

Die subjektive Norm wurde von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen als tabakfreundlich beschrieben und die Einstellung der PflegeschülerInnen gegenüber strikter Regelungen ist immerhin teilweise gewünscht, wobei über die Hälfte der rauchenden PflegeschülerInnen einen Rauchstopp ohne Hilfe erreichen möchten. Die Betrachtung der vorherrschenden sozialen Normen zeigt, dass der Tabakkonsum in der Pflege von knapp einem Drittel überschätzt wird. Dabei scheint nur teilweise eine berufliche Identifikation mit dem Erlernen eines Gesundheitsberufes im Hinblick auf das eigene Rauchverhalten stattgefunden zu haben. Es zeigen sich bei allen hier betrachteten Aspekten der Verhältnisse, sowohl aus dem Blick der Ausbilderseite als auch mit dem Blick der PflegeschülerInnen, eine eher ernüchternde Situation. Durch die Schaffung einer entsprechenden Umwelt sind gerade die „neuen“ Pflegekräfteanwärter empfänglich für die berufliche Sozialisation und die Verinnerlichung der vorherrschenden Normen. Aus der Forschung ist bekannt, dass in Umgebungen, in denen das Rauchen besonders akzeptiert ist und wenig dagegen

unternommen wird, dieses auch verstärkt praktiziert wird (Sarna et al. 2005, Lindeman et al. 2011). Demnach ist es nicht verwunderlich, dass die Raucherprävalenz in der Pflege so hoch ausfällt.

Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, der weiter unten, über die im Rahmen des Projekts durchgeführten Interventionen hinausgehend, diskutiert wird. Doch zunächst erfolgt eine Erörterung der personenbezogenen Variablen, vordergründig der Persönlichkeit.

5.1.2 Zusammenfassung und Diskussion der zweiten Fragestellung

Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Veränderungsprozesse zwischen den Interventionsschulen und Kontrollschulen bei astra?

Zunächst soll auf die Veränderung auf der Schulebene eingegangen werden, bevor die Veränderung bei der Wahrnehmung der SchülerInnen näher diskutiert wird.

5.1.2.1 Hypothese 3: In den Interventionsschulen lässt sich nach der Durchführung des astra-Programms eine verbesserte Tabakpolitik messen.

Insgesamt konnte hinsichtlich aller fünf Faktoren der Tabakpolitik in den astra-Schulen, die alle Module durchgeführt haben, ein Anstieg gemessen werden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße von elf Schulen können jedoch ausschließlich deskriptive Daten angegeben werden.

Faktor 1: Verankerung und Organisation

Faktor 2: Durchsetzung der Regelungen gegenüber den SchülerInnen

Faktor 3: Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal

Faktor 4: Förderung des Nichtrauchens

Faktor 5: Rauchverbote

Trotz der positiven Entwicklung ist zu betonen, dass es den astra-Schulen, die alle Module durchgeführt haben, bis zum Zeitpunkt der Befragung nur bei dem Faktoren 2 (Durchsetzung der Regelungen gegenüber den Schülern/Schülerinnen), dem Faktor 4 (Förderung des Nichtrauchens) und dem Faktor 5 (Rauchverbote) gelungen ist, die Veränderungen in der Tabakpolitik so stark voranzubringen, dass diese Faktoren mindestens teilweise umgesetzt werden und demnach in einen gerade annehmbaren Bereich rücken. Die anderen beiden

Faktoren zeigen zwar positive Entwicklungen, jedoch reichen die Veränderungen (knapp) noch nicht an eine "teilweise" Umsetzung heran. Dies ist jedoch weniger dem Projekt als dem Zeitraum (nur 3 Jahre) geschuldet. Eine Messung zu einem späteren Zeitpunkt unter kontinuierlicher Durchführung einer veränderten Tabakpolitik sollte weitere positive Veränderungen aufzeigen können.

Auch bei den Kontrollschulen, in denen keinerlei Interventionen stattgefunden haben, kam es zu einem Anstieg beim Faktor 1 (Verankerung und Organisation) und dem Faktor 4 (Förderung des Nichtrauchens). Dies kann unter anderem durch die Projektteilnahme und einer damit verbundenen Auseinandersetzung mit der Problematik erklärt werden. Gleichzeitig sinken die Werte bei den Kontrollschulen bei den anderen drei Faktoren. Zum einen könnte dies damit erklärt werden, dass eine strukturierte und evidenzbasierte Anleitung bei einer selbstinstruierten Umgestaltung fehlt. Es könnte aber auch mit einem veränderten Problembewusstsein erklärt werden, durch welches die Schulleiter beim zweiten Ausfüllen des Bogens einen kritischeren Blick einnehmen.

Bei den Schulen, die ausschließlich an den verhaltensbezogenen Modulen teilgenommen haben, zeigt sich ein kleiner Anstieg bei vier der fünf Faktoren. Einzig beim Faktor 2 (Durchsetzung der Regelungen gegenüber den SchülerInnen) konnte eine Negativentwicklung beobachtet werden. Demnach werden die Regelungen zum Nichtrauchen auch weiterhin eher nicht kontrolliert. Dennoch gelingt es diesen beiden Schulen, beim Faktor 3 (Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal) und beim Faktor 4 (Förderung des Nichtrauchens) in einen annehmbaren Bereich zu kommen. Somit werden die Regelungen des Nichtrauchens gegenüber dem Personal teilweise kontrolliert und die Förderung des Nichtrauchens wird teilweise unterstützt. Der Faktor 5 (Rauchverbote) kommt sogar in einen positiven Bereich und wird eher durchgeführt.

5.1.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der dritten Hypothese

Auf der deskriptiven Ebene finden mehr positive Entwicklungen in den astra-Schulen statt als bei den Kontrollschulen. Durchgängig positive Entwicklungen finden sich bei den Schulen, die das gesamte astra-Programm durchgeführt haben. Demgegenüber erreichen die beiden astra-Schulen, die nur die verhaltensbezogenen Module durchgeführt haben, bessere Endergebnisse. Dies ist beim Faktor 3 (Durchsetzung der Regelungen gegenüber dem Personal) und beim Faktor 5 (Rauchverbote) der Fall und kann anhand der deutlich besseren Ausgangssituation erklärt werden. Die hier berichteten Daten deuten darauf hin, dass durch das astra-Programm den Schulen eine gute Entwicklung bei der Tabakpolitik gelingt. Dennoch besteht noch weiterhin ein dringender Handlungsbedarf, da diese Entwicklung

langwierig und ressourcenintensiv (Personal und Zeit) ist und angeleitet durchgeführt werden sollte. Besondere Unterstützung bei der Implementierung evidenzbasierter Verfahren zur Verhältnisprävention in den Pflegeschulen und Gesundheitseinrichtungen kann durch die Mitgliedschaft beim Deutschen Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. erreicht werden.

Die Ergebnisse zeigen demnach Hinweise auf die Bestätigung der dritten Hypothese, welche jedoch noch interferenzstatistisch überprüft werden muss.

5.1.2.3 Hypothese 4: Die raucherbezogenen Normen haben sich in den Interventionsschulen leicht verbessert und sind in den Kontrollschulen konstant geblieben oder haben sich aufgrund des tabakfreundlichen Umfeldes verschlechtert.

Bei der Veränderung des sozialen Umfeldes gaben die SchülerInnen der Interventionsschulen an, dass sich die subjektive Norm positiv verändert hat. Demnach nehmen signifikant weniger SchülerInnen der Interventionsgruppe das Rauchen in der Schule und Praxis als möglich und akzeptiert wahr. Eine genauere Analyse hinsichtlich der Unterscheidungen in Interventionsschulen mit und ohne verhältnispräventive Maßnahmen ergab eine deutliche Veränderung zugunsten der Schulen, die verhältnispräventive Maßnahmen durchführten. In diesen Schulen sank die Einstellung, dass das Rauchen akzeptiert und möglich ist, deutlich.

Die Veränderungen des Berufsverständnisses konnten keine positiven Veränderungen zugunsten der Interventionsschulen nachweisen. Zwar kam es in einigen Schulen zu einer signifikanten Vergrößerung des Widerspruchs zwischen dem eigenen Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, allerdings ließen sich diese Veränderungen lediglich auf die Ausgangssituation zurückführen.

Die Betrachtung der erwarteten sozialen Unterstützung zeigte Veränderungen sowohl zwischen den Interventions- und Kontrollschulen als auch zwischen den Messzeitpunkten. Damit gibt es Hinweise darauf, dass die soziale Unterstützung durch die Kurskollegen/Kolleginnen, aber auch die Ausbildenden aus Theorie und Praxis, ohne das Projekt zurückgeht. Die soziale Unterstützung ist wesentlich bei dem effektiven Umgang mit Stress und stellt eine wichtige Ressource dar (Lindeman et al. 2011; Krapp und Ryan 2002). Ein Ziel des astra-Projekts war die Stärkung des Wir-Gefühls und der sozialen Unterstützung. Es scheint demnach, dass dieses Ziel erreicht wurde. Es ist abzuwarten, inwieweit sich dies auch auf die Normen weiter auswirkt.

Die Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen konnte nicht die erwarteten positiven Veränderungen in den Interventionsschulen nachweisen. Zwar konnte auch hier eine positive Veränderung gemessen werden, allerdings zeigte die multivariate Betrachtung, dass diese Veränderungen nur mit der Ausgangssituation und nicht der Zuordnung zur Interventionsgruppe signifikant werden.

Die Einstellung zu den verhaltensbezogenen Normen, die ausschließlich von den Rauchenden beantwortet wurde, ergab teilweise zu niedrige Fallzahlen, sodass interferenzstatistische Aussagen kaum möglich sind. Die Ergebnisse geben keine Hinweise auf die Bestätigung der Hypothese.

Hinsichtlich der Motivation zum Rauchstopp und der konkreten Änderungsbereitschaft zeigten sich in der Studie auch signifikante Unterschiede zwischen den Schulen. Allerdings ist nicht die Intervention im Rahmen des astra-Programms, sondern die Rauchstopp-Motivation und Änderungsbereitschaft zum Projektbeginn, entscheidend für die Motivation zum Rauchstopp und die konkrete Änderungsbereitschaft bei der Abschlussbefragung. Da trotz des astra-Programms und der positiven Veränderungen in den Interventionsschulen die Durchsetzung des Nichtrauchens gegenüber den Schülern/Schülerinnen (Faktor 2) in den Schulen nur teilweise stattfindet, ist es auch nicht verwunderlich, dass die Einstellungsänderungen bei den Schülern/Schülerinnen zu strengeren Regelungen der Tabakpolitik auch nicht mit der Gruppe, sondern mit dem Ausgangszustand, in einem Zusammenhang stehen.

5.1.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der vierten Hypothese

Die Veränderung von sozialen Normen ist ein langwieriger Prozess. Dennoch konnten aufgrund des astra-Projekts positive Entwicklungen in den Interventionsschulen hinsichtlich der subjektiven Norm und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung nachgewiesen werden. Insofern konnte die vierte Hypothese teilweise bestätigt werden. Es zeigt aber auch, dass noch eine weitere Arbeit in den Schulen und den Praxiseinrichtungen stattfinden muss, damit die Veränderungen auch von den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen wahrgenommen werden. Die Ausbildung in den Pflegeschulen beginnt ein- bis zweimal jährlich und bietet den Einrichtungen somit die Chance, die Regelungen zur Tabakpolitik zu verändern, ohne großen Protest durch die Schülerschaft zu erleben. Jeder neue Jahrgang bietet somit eine Chance zur Veränderung der Sozialisationsbedingungen ohne das Erleben eines Dilemmas (Diekmann und Voss 2008).

5.1.3 Zusammenfassung und Diskussion der dritten Fragestellung

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von der deutschen Wohnbevölkerung?

5.1.3.1 Hypothese 5: PflegeschülerInnen zeigen signifikant andere Persönlichkeitsausprägungen als die deutsche Wohnbevölkerung.

Annahme dieser Arbeit ist, dass bereits durch die Wahl dieses Berufs eine Selektion stattgefunden hat, sodass die PflegeschülerInnen eine besondere Zielgruppe darstellen. Es wurde dabei die Hypothese aufgestellt, dass diese Selektion eine zusätzliche Erklärung für die hohe Raucherprävalenz in der Pflege darstellen könnte. Laut dem Berufswahlmodell von Holland wählen Personen ihren Beruf aufgrund ihrer persönlichen Interessen aus (McDaniel und Snell 1999). Dabei ist ein enger Zusammenhang zwischen den Big Five der Persönlichkeit und den Big Six der Interessensfacetten in diversen Studien nachgewiesen worden, wenngleich diese verschiedenen Instrumente nicht gleichgesetzt werden können (McKay und Tokar 2012).

Das zusätzliche Wissen über den engen Zusammenhang zwischen einer niedrigen Gewissenhaftigkeit sowie zwischen hohen Neurotizismuswerten und einem ungesunden Lebensstil (Wasyliw und Fekken 2002) führte zu der Annahme, dass sich unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen überproportional viele Personen befinden, die hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens über eher ungünstige Persönlichkeitsausprägungen verfügen. Hinsichtlich des Rauchverhaltens konnte zumindest auf Länderebene ermittelt werden, dass extravertierte Personen in Ländern, in denen das Rauchen akzeptiert ist, auch eher rauchen (Maloff et al. 2005; Terracciano und Costa 2004). Interessant wäre, ob diese Persönlichkeitsgruppe auch bereits in einem beruflichen Umfeld, in dem das Rauchen akzeptiert ist, eher rauchen. Dies wäre vor allem hinsichtlich der beruflichen Sozialisation von Bedeutung.

Im Rahmen dieser Arbeit konnten im Vergleich zur deutschen Gesellschaft die PflegeschülerInnen als eine besondere gesellschaftliche Gruppe herausgestellt werden. Wie vermutet, unterscheiden sich die PflegeschülerInnen signifikant hinsichtlich der Gewissenhaftigkeit und der Neurotizismuswerte von der deutschen Wohnbevölkerung. Des Weiteren konnten Tendenzen bei der Extraversion und der Offenheit für neue Erfahrungen nachgewiesen werden. Da in der Pflege überproportional viele Frauen (76%) arbeiten, wurde ein geschlechterdifferenzierter Vergleich der Persönlichkeitsausprägungen zwischen den

Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der deutschen Wohnbevölkerung vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass die Gewissenhaftigkeit sich unabhängig vom Geschlecht nur bei den jüngeren Personen (18-35 Jahre) signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung unterscheidet. Bei den 36-65-Jährigen wurden die Unterschiede weder bei den Männern noch bei den Frauen signifikant. Aus der Forschung ist bekannt, dass die Gewissenhaftigkeit mit dem Alter zunimmt (Rammstedt et al. 2012). Dies könnte vielleicht ein Hinweis dafür sein, dass ca. 50% der PflegeschülerInnen, später jedoch „nur“ noch 30 bis 40% der examinierten Pflegekräfte rauchen. Die steigende Gewissenhaftigkeit, welche durch den verantwortungsvollen Beruf möglicherweise noch zusätzlich gestärkt wird, könnte sich positiv auf das eigene Gesundheitsverhalten auswirken. Zudem ist aus der Forschung bekannt, dass sich eine hohe Gewissenhaftigkeit als Schutzfaktor bei stressigen Arbeitsbedingungen erwiesen hat. Demnach reagieren gewissenhafte Menschen weniger empfindlich und zweifeln in stressigen Momenten weniger an ihrer professionellen Leistung (Hudek-Knežević et al. 2011). Die signifikant niedrigere Gewissenhaftigkeit bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen könnte demnach auch eine Begründung für das hohe Stressempfinden und mögliche Zweifel an der professionellen Leistung sein.

Auch die Neurotizismuswerte unterscheiden sich wie bei der Gewissenhaftigkeit, geschlechterübergreifend nur in der jüngeren Gruppe (18-35 Jahre) signifikant von der deutschen Gesellschaft. Dennoch zeigt sich bei den Frauen der höheren Alterskategorie (36-65 Jahre) eine leichte Tendenz. Die Neurotizismuswerte bei den Frauen liegen demnach mindestens tendenziell über denen der deutschen Vergleichsgruppe. Auch bei den jüngeren Männern (18-35 Jahre) werden die höheren Werte beim Neurotizismus gegenüber der deutschen Wohnbevölkerung signifikant. Es finden sich somit in der Pflege geschlechtsübergreifend besonders sensible Personen, die empfindlich auf ihr soziales Umfeld reagieren. Dieses Ergebnis ist sehr erfreulich, da es in der Pflege Menschen braucht, die sensibel genug sind, um die Bedürfnisse ihrer PatientInnen und BewohnerInnen aber auch ihrer KollegInnen zu erkennen, um rechtzeitig Hilfe leisten zu können. Gleichzeitig benötigen diese sensiblen Personen besonders viel soziale Unterstützung und Kompetenzen für einen besseren Umgang mit Stress. Es gibt Hinweise aus der wissenschaftlichen Literatur, wonach hohe Neurotizismuswerte mit einem höheren Rollenkonflikt und einem stärkeren Gefühl der Überarbeitung einhergehen und sich dieser Neurotizismus auch negativ auf die emotionale Bindung an das Unternehmen auswirkt (Hudek-Knežević et al. 2011). Zusätzlich korrelieren hohe Werte beim Neurotizismus positiv mit Absentismus und negativ mit der Einschätzung der eigenen Leistung (Rammstedt et al. 2004). Zudem wirkt sich eine

hohe Ausprägung des Neurotizismus negativ auf die „affect balance“ aus (González Gutiérrez et al. 2005). Dieses Wissen zu den Persönlichkeitsausprägungen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen kann einen wichtigen Hinweis auf die in der Pflege vorherrschende Arbeitsunzufriedenheit und die Personalflut geben (Rammstedt et al. 2004; Mount et al. 2005).

Auch die niedrigen Werte bei der Gewissenhaftigkeit wirken sich negativ auf die Einschätzung der eigenen Leistung aus. Die niedrige Gewissenhaftigkeit kann ein Indiz für die starke Fluktuation darstellen, da ein positiver Einfluss einer hohen Gewissenhaftigkeit und einer hohen Verträglichkeit auf die emotionale Bindung an das Unternehmen gefunden werden konnten (Hudek-Knežević et al. 2011).

Hohe Werte bei der Extraversion wirken sich positiv auf die „affect balance“ aus (González Gutiérrez et al. 2005). Hohe Werte bei der Extraversion und Verträglichkeit korrelieren positiv mit der Arbeitszufriedenheit (Rammstedt et al. 2012).

Bezogen auf die hier gefundenen Persönlichkeitsausprägungen ist die sich positiv auswirkende Verträglichkeit nicht signifikant stärker ausgeprägt, wohl aber der risikobelastete Neurotizismus. Dabei führt ein hoher Neurotizismus bei einer gleichzeitig niedrigen Verträglichkeit eher zu einer Jobunzufriedenheit (Grant und Langan-Fox 2006). Aus der Forschung ist bekannt, dass eine hohe Verträglichkeit und eine hohe Offenheit für neue Erfahrungen sich positiv auswirken, da sie negativ mit der Burnout-Dimension „Leistungsfähigkeit“ korrelieren. Zudem verbleiben offene Menschen eher in ihrer Einrichtung, da sie in kritischen Situationen mehr Ressourcen aktivieren können und ihnen somit ein besserer Umgang mit Stress gelingt, was sich positiv auf die Gründe für den Verbleib auswirkt (Hudek-Knežević et al. 2011).

5.1.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der fünften Hypothese

Die Ergebnisse zeigen eine Bestätigung der fünften Hypothese auf, wonach sich die PflegeschülerInnen bei den Ausprägungen der Persönlichkeit signifikant von der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden.

Beim Berufswahlmodell existiert die Annahme, dass sich die Anforderungen mit den Interessen einer Person decken sollten, da es andernfalls zu Unzufriedenheit und Jobwechsel käme (Barrick et al. 2003). Der Pflegeberuf wäre demnach der Interessensfacette „social“ zuzuordnen. Personen dieser Gruppe sind laut der Theorie gesellig, empathisch, freundlich,

sozial und übernehmen gerne Verantwortung (Schwippert et al. 2013; Kels et al. 2015; Gottfredson und Richards 1999; Barrick et al. 2003). Dem stehen jedoch die hohen Neurotizismuswerte entgegen, die einen empathischen und ruhigen Umgang erschweren, allerdings neigen sowohl Personen mit höheren Neurotizismuswerten, als auch die sozialen Interessentypen eher zu einem emotionalen Coping. Hier findet demnach eine Überschneidung der Personeneigenschaft mit der beruflichen Umwelt statt.

Anders ist es bei der niedrigen Gewissenhaftigkeit und den Anforderungen der Umwelt, Verantwortung für andere zu übernehmen. Auch besitzen die PflegeschülerInnen im Vergleich zur Wohnbevölkerung keine stärkeren Verträglichkeitswerte und sind demnach nicht sozialer als ihre Vergleichsgruppe. All dies könnte als Anzeichen eines misslungenen Passungsverhältnisses zwischen den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen und der beruflichen Umwelt gedeutet werden. Die beruflichen Normen und Werte könnten nicht im Einklang mit der Persönlichkeit der PflegerInnen stehen, was den erhöhten Berufswechsel und die überproportional vielen Abbrecher bei der Ausbildung zusätzlich erklären könnte (Hogan und Blake 1999).

Dennoch soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass für Aussagen zur Passung zwischen der Person und seiner beruflichen Umwelt im Sinne des Berufswahlmodells von Holland auf die vorgesehenen Items zur Ermittlung der Interessen zurückgegriffen werden sollte und nicht allein auf die Big Five.

Aber auch das Zusammenspiel der Persönlichkeitsdimensionen ist von zentraler Bedeutung, da in Studien gezeigt werden konnte, dass gewissenhafte Personen mit gleichzeitig niedrigen Werten beim Neurotizismus eher mit den Arbeitsbedingungen zufrieden sind als wenig gewissenhafte Personen mit hohen Werten beim Neurotizismus (Rammstedt et al. 2012). Aufgrund dessen erfolgte zusätzlich eine explorative Betrachtung der Persönlichkeitstypen.

5.1.3.3 Hypothese 6: Es tritt bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine signifikant andere Verteilung der Persönlichkeitstypen auf.

Die Analyse der Persönlichkeitstypen als Vergleich der PflegeschülerInnen mit der deutschen Vergleichsgruppe ergab erneut signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die meisten PflegeschülerInnen gehören dabei dem Brooder Type an, während in der Wohnbevölkerung der Impulsive Type und der Entrepreneur Type dominieren. Dabei besitzt der Entrepreneur Type die höchsten Werte bei der Jobzufriedenheit und die niedrigsten bei der körperlichen Krankheit (Grant und Langan-Fox 2006). Unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen gehören jedoch nur 5% diesem Typus an.

	E	N	G
<i>Spectator:</i>	↓	↓	↓
<i>Insecure:</i>	↓	↑	↓
<i>Sceptic:</i>	↓	↓	↑
<i>Brooder:</i>	↓	↑	↑
<i>Hedonist:</i>	↑	↓	↓
<i>Impulsive:</i>	↑	↑	↓
<i>Entrepreneur:</i>	↑	↓	↑
<i>Complicated:</i>	↑	↑	↑

Die zweitgrößte Gruppe bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen stellen der Complicated Type dar. Dies ist besonders erfreulich, da dieser Typ über ein effektives Coping verfügt und flexibel und erfolgreich Probleme bewältigt. Hier liegt ein großes Potential für Präventionsprojekte.

5.1.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der sechsten Hypothese

In der Literatur konnte wiederholt ein Zusammenhang zwischen einem beruflichen Umfeld und den dort vorherrschenden Anforderungen und den Persönlichkeiten, die dieses Berufsfeld wählen, gefunden werden. Im Rahmen dieser Arbeit würde angenommen, dass die PflegeschülerInnen eine spezielle Gruppe mit einer anderen Verteilung der Persönlichkeitsausprägungen darstellt als die deutsche Wohnbevölkerung. Die sechste Hypothese konnte somit als bestätigt angesehen werden. Interessanterweise besitzen die Pflegeschüler und die Pflegeschülerinnen jeden Alters höhere Neurotizismuswerte als die deutsche Wohnbevölkerung. Somit entscheiden sich besonders sensible Menschen für dieses Berufsfeld. Dies ist ein sehr erfreuliches Ergebnis, da sensible Personen besonders aufmerksam mit dem sozialen Umfeld interagieren. Gleichzeitig bedeutet dies jedoch auch, dass diese Personen besonders viel Unterstützung bei der Stressbewältigung benötigen, damit sie genug Ressourcen besitzen, um weiterhin einen sensiblen Umgang mit den PatientInnen, BewohnerInnen und KollegInnen pflegen zu können.

Als besonders positiv hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit hatte sich in der Literatur der Entrepreneur Type herausgestellt (Grant und Langan-Fox 2006). Dieser Typ ist zusammen

mit dem Impulsiv Type der dominierende Typ. Unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen gehören jedoch nur knapp 5% diesem Typ an. Die Mehrheit gehört zu den Brooder Type, welche durch eine hohe Stressvulnerabilität geprägt sind (Vollrath und Torgersen 2000; Vollrath und Torgersen 2002). Erfreulich ist der hohe Anteil der PflegeschülerInnen zum Complicated Type. Dieser Typ zeichnet sich durch ein gutes Copingverhalten und zeigt nur etwas Stressvulnerabilität auf (Vollrath und Torgersen 2000; Vollrath und Torgersen 2002). Auf dieser Basis kann mit einem evidenzbasierten Programm aufgebaut werden, um die Stressvulnerabilität weiter zu senken.

5.1.4 Zusammenfassung und Diskussion der vierten Fragestellung

Fragestellung 4: Zeigen sich signifikante Unterschiede im Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Persönlichkeitsausprägungen?

Das Gesundheitsverhalten wird vordergründig hinsichtlich der Stressempfindlichkeit, der Widerstandsgewissheit und des Rauchverhaltens analysiert.

5.1.4.1 Hypothese 7: Die Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten.

Im Zuge dieser Forschungsarbeit konnten deutliche Zusammenhänge zwischen der Zuversicht der PflegeschülerInnen, mit dem Stress in der Ausbildung umgehen zu können und den Persönlichkeitsdimensionen: Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus, gefunden werden. Generell konnte jedoch bei allen Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen eine hohe Zuversicht gemessen werden. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der aktuellen Forschung, wonach PflegeschülerInnen zu Beginn deutlich weniger Stress empfinden als im zweiten Ausbildungsjahr (Lo 2002). Laut dieser Studie nennen die PflegeschülerInnen die folgenden vier Hauptstressoren in absteigender Rangordnung „Pflege – Finanzen - Familie - Gesundheit“. Die Problembewältigung findet sowohl mit problemorientierten als auch mit emotionalen Fähigkeiten statt.

Dennoch konnte ein positiver Zusammenhang mit hohen Werten bei der Gewissenhaftigkeit und hohen Werten bei der Extraversion und einem negativen Zusammenhang mit hohen Werten beim Neurotizismus gemessen werden. In früheren Studien konnte bereits ein Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsausprägungen und dem Stressempfinden sowie dem Copingverhalten nachgewiesen werden (Penley und Tomaka, 2002; Karimzade

und Besharat, 2011; Grant und Langan-Fox, 2006). Besonders wichtig für die Vorhersage von Überlastungskriterien und allgemein bei der Ermittlung des Zusammenhangs zwischen der Persönlichkeit einer Person und dem Stressempfinden und Copingverhalten waren die Dimensionen Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus (Brebner, 2001; Korotkov, 2008). Dabei korrelieren hohe Neurotizismuswerte mit bestimmten Emotionen der Beunruhigung und emotionalen Copingstrategien (Vollrath et al., 1995; Leandro und Castillo, 2010, Karimzade und Besharat, 2011), während hohe Werte bei der Gewissenhaftigkeit in einem negativen Zusammenhang mit dem Stress- und Angsterleben, jedoch in einem positiven Zusammenhang mit lösungsorientierten Coping stehen (Penley und Tomaka, 2002). Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Extraversion und den Copingstrategien konnte bisher nicht studienübergreifend nachgewiesen werden (Leandro und Castillo, 2010; Karimzade und Besharat, 2011). Einige Studien fanden jedoch negative Korrelationen zwischen einer hohen Extraversion, der Stresswahrnehmung und den Angstgefühlen sowie positive Zusammenhänge mit problem-fokussierten und emotions-fokussierten Copingstrategien (Penley und Tomaka, 2002; Karimzade und Besharat, 2011).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die Copingstrategien nicht erfragt, wohl aber die Widerstandsgewissheit einer Person, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können. Dabei zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Widerstandsgewissheit und den Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Ist die Gewissenhaftigkeit hoch ausgeprägt, so sind diese Personen eher sicher, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem aktuellen Forschungsstand, dass eine hohe Gewissenhaftigkeit sich protektiv auf das Gesundheitsverhalten auswirkt (Rammstedt et al. 2012). Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit scheinen auch in kritischen Momenten mehr Ressourcen aktivieren zu können, um eine Zigarette ablehnen zu können. Im Hinblick auf die Extraversion zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen einer hohen Extraversion und der Widerstandsgewissheit einer Person gegenüber einer Zigarette. Dies könnte zum einen damit erklärt werden, dass Extravertierte eher den Kontakt zu anderen suchen und sich an die dort vorherrschenden Normen orientieren (Bühringer et al. 2008). In der Pflege ist ein Kontakt besonders gut durch Pausen und, aufgrund der schwierigen Pausensituation, vorrangig durch Raucherpausen realisierbar. Gleichzeitig könnte es auch darauf hindeuten, dass extravertierte Personen in Umgebungen, in denen das Rauchen akzeptiert ist, auch eher selber rauchen (Maloff et al. 2005; Terracciano und Costa 2004). Demnach würde dieser Einfluss nicht nur auf Länderebene, sondern bereits im beruflichen Umfeld wirken.

5.1.4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der siebenten Hypothese

Es scheint, als deuten die ersten Ergebnisse darauf hin, als würde eine hohe Gewissenhaftigkeit protektiv wirken und ein hoher Neurotizismus und eventuell auch eine höhere Extraversion als Risikofaktor hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens fungieren. Um dieser Frage genauer auf den Grund zu gehen, wurde auch das Rauchverhalten in Bezug zu den Persönlichkeitsdimensionen gesetzt.

Auch hier kann ein positiver Zusammenhang zwischen einer hohen Extraversion und dem Rauchverhalten gemessen werden. Demnach konsumieren in der Pflege signifikant mehr Extravertierte Tabak als Personen mit einer niedrigen Ausprägung der Extraversion. Das raucherfreundliche Umfeld der Pflegeausbildung könnte dieses Verhalten demnach noch weiter stärken und festigen.

Hinsichtlich der Rauchstopp-Versuche und der Rauchstopp-Motivation konnten keine Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsausprägungen gefunden werden. Interessanterweise konnte in der Studie ein positiver Zusammenhang zwischen einem hohen Neurotizismus und der Veränderungsmotivation sowie der konkreten Änderungsbereitschaft gefunden werden. Eine mögliche Erklärung dieser Ergebnisse könnte die Angst vor den gesundheitlichen Folgen des Rauchens sein. Personen mit hohen Werten bei Neurotizismus sind ängstlicher als Personen mit niedrigen Werten (Pervin et al. 2005).

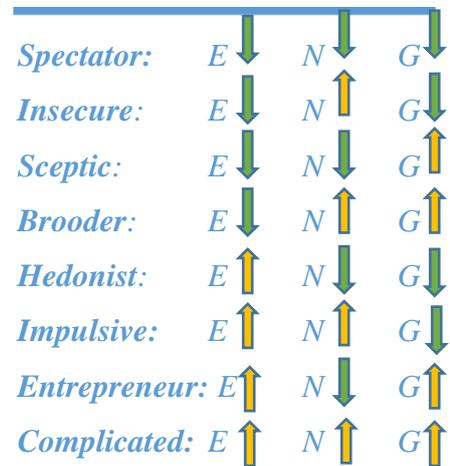
Da die Neurotizismuswerte bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen signifikant unter denen der deutschen Wohnbevölkerung liegen, sollten diese Ergebnisse bei der Projektdurchführung und der Raucherintervention beachtet werden. Sollten die Emotionen, wie Angst, ursächlich für diese Veränderungsmotivation und die konkrete Änderungsbereitschaft sein, könnte diese im Sinne einer Stärkung der Handlungskompetenz und einer Bewusstwerdung der persönlichen Ziele, wie das auf ein gesundes Leben, bei der Intervention genutzt werden. Von einer Angstverstärkung zur Steigerung der Veränderungsmotivation sollte hingegen abgeraten werden. Die Berücksichtigung der Persönlichkeit bei der Behandlung ist auch vor dem Hintergrund wichtig, dass Zusammenhänge zwischen sozialer Angst und Impulsivität bei der Entstehung, mit allen fünf süchtig machenden Verhalten gefunden wurden. Zusätzlich waren Depression und Extraversion spezifisch für Substanzmissbrauch (Walther et al. 2012).

Aus der Literatur ist bekannt, dass die Persönlichkeit einen starken Einfluss auf den Rauchstopperfolg ausübt. Ein Fehlen der Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub oder dem

Craving widerstehen zu können, gepaart mit unzureichender Selbstdisziplin und einem Fehlen an effektiven Stressbewältigungsstrategien, können einen erfolgreichen Raucherausstieg erschweren (Terracciano und Costa 2004). Dieses Zusammenspiel zwischen der Persönlichkeit und dem Gesundheitsverhalten wurde auch in der vorliegenden Arbeit in den Blick genommen. Dabei könnte der negative Einfluss der hohen Extraversionswerte durch eine hohe Gewissenhaftigkeit, z.B. im Sinne einer Berufsidentität als Gesundheitsberuf, neutralisiert werden. Um dieser Frage nachzugehen, wurden auch hier wieder zunächst die Persönlichkeitstypen nach Torgersen untersucht.

5.1.4.3 Hypothese 8: Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich signifikant zwischen den Persönlichkeitstypen.

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens wirken sich hohe Neurotizismuswerte und niedrige Gewissenhaftigkeitswerte besonders negativ aus. Eine Kombination aus beiden stellt demnach eine besonders ungünstige Konstellation dar (Vollrath und Torgersen 2002; 2000). In anderen Studien konnte ermittelt werden, dass die Extraversion in Ländern mit einer hohen Akzeptanz des Rauchens einen negativen und in Ländern mit einer niedrigen Akzeptanz einen positiven Einfluss ausübt (Maloff et al. 2005). Diese drei



Persönlichkeitsdimensionen scheinen demnach bei der Untersuchung des Gesundheitsverhaltens eine zentrale Rolle zu spielen. Wie bereits erwähnt, besteht ein wechselseitiger Einfluss der Persönlichkeitsdimensionen untereinander. Basierend auf dem Wissen zu Risikoverhalten und Gesundheit waren die Persönlichkeitstypen Insecure Type und Impulsive Type von zentraler Bedeutung, da bei diesen Typen die Neurotizismuswerte hoch und die Gewissenhaftigkeitswerte niedrig ausgeprägt waren.

Beim Rauchverhalten wurden die auf deskriptiver Ebene gefundenen Unterschiede zwischen den Persönlichkeitstypen nicht signifikant. Dennoch konnten in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Vollrath und Torgersen (2000; 2002), der Impulsive Type und der Hedonist Type als große Rauchergruppe und der Sceptic Type und der Brooder Type als große Nichtrauchergruppe, herausgearbeitet werden. Eine genauere Betrachtung der Rauchgewohnheit hinsichtlich der Unterteilung in tägliche RaucherInnen, GelegenheitsraucherInnen und NichtraucherInnen zeigt, dass beim Impulsive Type besonders viele tägliche RaucherInnen vertreten sind. Anders als aus der Forschung

vermutet, finden sich beim Hedonist Type nicht besonders viele GelegenheitsraucherInnen. Auch ist der Anteil an täglichen Rauchenden, anders als bei Vollrath und Torgersen (2000; 2002), beim Insecure Type am niedrigsten. Beim Insecure Type könnte dabei die niedrige Extraversion als Schutz wirken. Personen dieses Persönlichkeitstypen könnten demnach weniger empfindlich für die vorherrschenden Verhältnisse und Normen sein.

Bei der Stresszuversicht konnten signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden. Die multivariate Analyse konnte einen signifikanten negativen Einfluss der Persönlichkeitstypen Insecure Type und Impulsive Type, auf die Zuversicht mit Stress umgehen zu können, identifizieren. Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Forschungen von Vollrath und Torgersen (2000; 2002). Zu beachten ist, dass die Stresswahrnehmung nur mit einem selbstentwickelten Item erfasst und nicht mit einem etablierten Fragenblock ermittelt wurde. Dies könnte die Ursache dafür sein, dass nicht mehr Unterschiede signifikant wurden.

Interessanterweise wurden auch bei der Widerstandsgewissheit auf der deskriptiven Ebene der Impulsive Type als am wenigsten zuversichtlich und der Entrepreneur Type als am zuversichtlichsten, einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können, herausgestellt. Die Ergebnisse zum Impulsive Type und dem Insecure Type wurden mittels multivariater Analysen erneut signifikant. Laut der Studien von Vollrath und Torgersen (2000; 2002) verfügt der Impulsive Type eher über ineffektive Copingmethoden, während der Entrepreneur Type über effektive Copingstrategien verfügt. Diese Kompetenz könnte dem Entrepreneur Type dabei helfen, andere Lösungen, z.B. für eine Auszeit mit den Kollegen/Kolleginnen, zu finden. Demgegenüber könnte der Impulsive Type, der darüber hinaus weniger zuversichtlich ist, mit dem Stress umgehen zu können, eher zu einer kurzfristigen und weniger effektiven Lösung wie einer kurzen Zigarettenpause zurückgreifen. Ein zusätzlicher Fragenblock zu den tatsächlichen Copingstrategien könnte hier vielleicht weitere signifikante Zusammenhänge mit den Persönlichkeitstypen aufzeigen.

5.1.4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der achten Hypothese

Abschließend kann zu den Persönlichkeitstypen und dem Gesundheitsverhalten gesagt werden, dass übereinstimmend mit der Literatur der Impulsive Type bei allen drei untersuchten Variablen die größte Risikogruppe darstellt. Somit kann die achte Hypothese als bestätigt angesehen werden. Hinsichtlich des negativen Einflusses auf das Gesundheitsverhalten kann es als positiv angesehen werden, dass nur gut 3% der PflegeschülerInnen diesem Typ angehören.

5.1.5 Zusammenfassung und Diskussion der fünften Frage

Fragestellung 5: Ist die Veränderungsbereitschaft der PflegeschülerInnen abhängig von den Persönlichkeitsausprägungen?

5.1.5.1 Hypothese 9: Die Ausprägungen der Persönlichkeitsdimensionen stehen in einem Zusammenhang mit der Akzeptanz des astra-Programms und der Veränderungsbereitschaft.

Ein wichtiger Faktor der Bereitschaft für eine Veränderung ist die Akzeptanz der Maßnahmen (Karnicnik 2010). Eine persönlichkeitsundifferenzierte Betrachtung ergab eine mittelmäßige Benotung. Damit scheint es, als würden die PflegeschülerInnen das Programm eher tolerieren als dieses zu akzeptieren. Anders als zuvor angenommen, konnte jedoch kein Einfluss der Persönlichkeit auf die Akzeptanz der Maßnahme im Allgemeinen oder der einzelnen Module festgestellt werden.

Da die Maßnahme nicht von den Schülern/Schülerinnen abgelehnt wurde, erfolgte eine Analyse der zentralen Variablen. Um das Rauchverhalten in der Pflege zu verändern, ist das Berufsverständnis, aber auch die wahrgenommene soziale Unterstützung, von zentraler Bedeutung. Im Hinblick auf das transtheoretische Veränderungsmodell ist die Änderungsbereitschaft und Motivation besonders wichtig.

Leider konnten bei keiner Variablen (subjektive Norm, injunktive Norm, soziale Unterstützung, verhältnisbezogene Einstellung, Rauchstoppmotivation und konkrete Änderungsbereitschaft) ein Zusammenspiel zwischen der Veränderung und der Persönlichkeit festgestellt werden. Jedoch konnte bei den Einstellungen gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen bei der Offenheit eine Tendenz gemessen werden. Dennoch muss die Hypothese 9 verworfen werden. Zu beachten ist, dass bei der Analyse nur die SchülerInnen der Interventionsgruppe betrachtet wurden (N=115, bzw. N=51 RaucherInnen). Diese verkleinerte Stichprobe könnte ursächlich für die fehlende oder unzureichende Signifikanz sein.

5.1.5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der neunten Hypothese

Der Pflegeberuf erfordert eine sehr hohe Gewissenhaftigkeit, z.B. bei der Medikamentenvergabe. Kommen die PflegeschülerInnen mit diesen Anforderungen nicht zurecht, könnte es demnach zu einer verringerten Impulskontrolle kommen, welche sich z.B. in einer niedrigeren subjektiven Norm (Berufsverständnis und eigener Tabakkonsum) äußert. Im Rahmen des Präventions- und Interventionsprogramms astra wurde ein

Programm entwickelt, welches Hinweise auf positive Veränderungen der Tabakpolitik und der Normen zeigt (Bühler 2015). Die letzte Fragestellung setzt sich mit dem Einfluss der Persönlichkeit auf die Akzeptanz und Annahme des Programms auseinander.

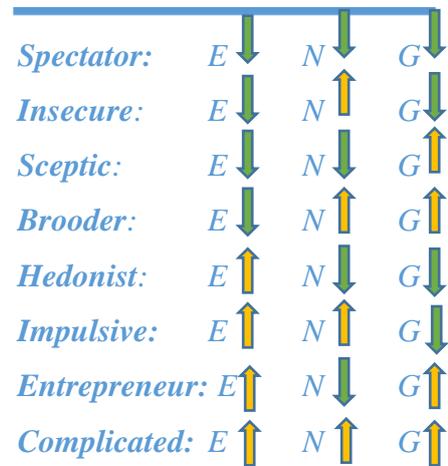
Gerade bei Personen mit einer hohen Gewissenhaftigkeit wurde ein positiver Einfluss auf die Akzeptanz und Veränderungsbereitschaft erwartet. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund sind der hohe Leistungsdruck und die hohen Erwartungen an die eigene Leistung. Es ist möglich, dass Rauchen als adäquates Mittel angesehen wird, in kurzer Zeit wieder leistungsfähiger und konzentrierter zu werden. Zudem ist die Raucherpause allseits akzeptiert und bedarf keiner Rechtfertigung gegenüber den Kollegen/Kolleginnen und Patienten/Patientinnen. Eine ganz andere Erklärung könnte aus einer Studie zur Persönlichkeit und zu geografischer Veränderungen stammen. Daraus ist bekannt, dass es Menschen mit einer niedrigen Gewissenhaftigkeit in einem Umfeld mit sehr vielen gewissenhaften Menschen besonders schwerfällt, den hohen Standards gerecht zu werden und sie so eher die Kontrolle über die Impulse verlieren und eher wenig gewissenhaft handeln (Allik 2012, S. 116; Rentfrow, Gosling, Potter 2008).

Soziale Unterstützung ist eine wichtige Methode der Stressreduktion. Dabei gelingt es Personen mit einem hohen Neurotizismus besonders schlecht, effektiv mit Stress umzugehen. Allerdings üben die Persönlichkeitsausprägungen in dieser Studie keinen Einfluss auf die Wahrnehmung der sozialen Unterstützung aus. Da in der Pflege überdurchschnittlich viele Personen mit hohen Neurotizismuswerten sind und zudem der Raucheranteil in der Pflege deutlich über dem der deutschen Wohnbevölkerung liegt, besteht hier ein dringender Handlungsbedarf. Es kann angenommen werden, dass Personen mit einem hohen Neurotizismus mehr soziale Unterstützung brauchen, um diese als ausreichend zu empfinden. Die soziale Unterstützung durch die Kurskollegen/Kurskolleginnen und die Ausbildenden stellt demnach eine wichtige Quelle dar. Dabei ist es überraschend, dass diese Veränderungen nicht signifikant wurden. Demnach wäre es wichtig, konkrete und evidenzbasierte Methoden der Stressbewältigung zu schulen, sodass die soziale Unterstützung als Hilfe wahrgenommen wird.

Im Hinblick auf die Offenheit für neue Erfahrungen konnte bei der Einstellung gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen eine positive Tendenz nachgewiesen werden. Demnach stehen offene Personen verhältnispräventiven Maßnahmen tendenziell positiv gegenüber. Dies deckt sich mit der Charakterisierung, wonach Personen mit hohen Werten in der Offenheit neuen Veränderungen aufgeschlossen gegenüberstehen (Pervin et al. 2005).

5.1.5.3 Hypothese 10: Der Persönlichkeitstypus hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Maßnahme und auf die Änderungsbereitschaft beim Rauchen.

Bei der letzten Fragestellung ist zu beachten, dass nur die Interventionsgruppen in die Analysen einfließen. Durch die Aufteilung in die acht Persönlichkeitsgruppen sind zum Teil nur sehr kleine Zellengrößen (Insecure Type und Impulsive Type: N=7, Complicated Type: N=8) vorhanden. Diese verkleinerte Stichprobe kann eine Erklärung für die fehlende Signifikanz darstellen.



Da bei den Persönlichkeitstypen keine signifikanten Unterschiede bei der Akzeptanz der Maßnahme gefunden wurden, soll zunächst überprüft werden, ob diese zwischen den Persönlichkeitstypen zu finden sind. Die deskriptive Analyse zeigte bei der Informationsveranstaltung eine positive Benotung bei den Typen: Spectator Type, Insecure Type, Sceptic Type und Hedonist Type ($M \approx 2,5$). Am schlechtesten bewerten das Programm der Impulsive Type, der Complicated Type und der Entrepreneur Type ($M \approx 3$). Die Stressbewältigungsstunden werden von dem Sceptic Type, dem Hedonist Type und dem Impulsive Type am positivsten beurteilt ($M \approx 2,5$). Demgegenüber beurteilt der Entrepreneur Type dieses Programm besonders negativ ($M = 4$). Signifikant werden diese Unterschiede jedoch nicht. Da der Entrepreneur Type als besonders stressresistent gilt und über gute Copingstrategien verfügt, könnte dies eine Erklärung dafür sein, das Programm als unnötig und wenig zielführend zu beurteilen. Demgegenüber ist das Programm bei dem Sceptic Type und dem Hedonist Type besonders akzeptiert. Interessanterweise sind auch diese eher stressresistent und besitzen gute Copingstrategien. Es bedarf demnach einer weiteren Forschung, um Erklärungen hierfür zu finden. Zumal in Bezug auf die Persönlichkeitsausprägungen nur ein niedriger Neurotizismus gemeinsam ist. Der Neurotizismus ist jedoch auch beim Entrepreneur Type niedrig.

Die Betrachtung der Veränderung des Berufsverständnisses hinsichtlich der Persönlichkeitstypen ergab auch keine signifikanten Ergebnisse. Demnach besitzt die Zugehörigkeit zu einem der Typen keinen Einfluss auf das Ausmaß der Veränderung des Berufsverständnisses.

Hinsichtlich der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung konnte ein signifikanter Zusammenhang mit dem Entrepreneur Type gefunden werden. Dabei profitiert der Entrepreneur Type signifikant stärker als der Spectator Type hinsichtlich der sozialen Unterstützung. Dabei soll erwähnt werden, dass es sich bei diesen beiden Typen in der verbliebenen Stichprobe um die stärksten Gruppen handelt (S:N=22 bzw. E:N=25). Eine größere Stichprobe könnte hier zu mehr Signifikanzaufklärung beitragen.

Bei den Einstellungen gegenüber verhältnisbezogenen Maßnahmen konnte keine Signifikanz aufgeklärt werden. Auf der deskriptiven Ebene zeigten sich zuvor positive Veränderungen beim Impulsive Type, dem Insecure Type und dem Spectator Type.

Nachdem das astra-Programm bei sieben der acht Persönlichkeitstypen akzeptiert ist, wurde die Änderungsbereitschaft in den Interventionsschulen im Hinblick auf das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung analysiert. Dabei zeigen sich auf der deskriptiven Ebene positive Veränderungen beim Brooder Type, dem Hedonist Type, dem Impulsive Type und dem Entrepreneur Type. Demgegenüber ging die Änderungsbereitschaft bei dem Complicated Type, dem Insecure Type und dem Spectator Type zurück. Besonders überraschend sind die Ergebnisse des Entrepreneur Type. Obwohl von diesem Typus das Programm am schlechtesten benotet wurde, gelingt es ihm dennoch, davon zu profitieren und es scheint, als reflektiert er die Inhalte und besitzt eine größere Änderungsbereitschaft. Signifikant werden diese Unterschiede jedoch nicht. Dies liegt vorrangig an der Stichprobengröße. Zur Klärung dieser Fragen wurden nur die RaucherInnen aus der Interventionsgruppe analysiert, sodass die Zellgröße zwischen N=1 (Impulsive Type) und N=14 (Entrepreneur Type) im Maximum reicht (Sejr und Osler 2002).

5.1.5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der zehnten Hypothese

Es ist somit festzustellen, dass es Hinweise darauf gibt, dass durch das astra-Programm Prozesse auf Verhaltens- und Verhältnissebene angestoßen wurden. Dennoch besitzt das Programm unter anderem im Hinblick auf die Akzeptanz weiteren Optimierungsbedarf. Im Folgenden soll das astra-Programm, deren aktuelle Entwicklungen sowie weitere Handlungsempfehlungen diskutiert werden.

5.1.5.5 Fazit aus der vorliegenden Forschungsarbeit

Die zentralen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit sollen in sieben Punkten kurz zusammengefasst werden.

1. Die Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen befinden sich zu Ausbildungsbeginn in einer sensiblen Lebensphase.
2. Junge Menschen besitzen noch keine berufliche Identität, deshalb orientieren sie sich an den Werten und Normen ihrer Umgebung.
3. Die Pflegeausbildung ist durch einen ungesunden Lebensstil geprägt.
4. Im Pflegeberuf finden sich überdurchschnittlich viele Personen, die besonders sensibel für ihre soziale Umwelt sind.
5. Diese Personengruppe neigt zur Stressvulnerabilität und ungesunden Copingstrategien sowie ungesunden Lebensstilen.
6. Sensible Personen benötigen somit mehr soziale Unterstützung und Feedback, um die Herausforderungen zu meistern.
7. Positive Erfahrungen und ein Meistern der Herausforderungen führen zur Stärkung der Persönlichkeit.

5.2 Diskussion des astra-Programms und pädagogische Handlungsempfehlungen

Die Tabakprävalenz in der Pflege liegt mit 30-40% deutlich über dem der Wohnbevölkerung von 26% (Mikrozensus 2009, 2013 und 2015). Aus diesem Grund schrieb das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt zur Tabakprävention und Reduktion bei Auszubildenden in der Pflege aus. Die Pflegeausbildung dient dazu, Wissen zu erlangen, das Selbstvertrauen zu stärken und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bei der Tabakprävention aufzubauen (Lenz 2008). Doch die ersten Recherchen im Rahmen der Präventionsforschung konnten erschreckende Prävalenzen unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen feststellen. Demnach rauchen deutschlandweit über 50% der PflegeschülerInnen zu Ausbildungsbeginn (Kolleck, 2004; Hirsch, Voigt, Gerlach, Kugler und Bergmann 2010; Lindeman, Kugler und Klewer, 2011; Bonse-Rohmann 2004). Um diesem Zustand entgegenzuwirken, entwickelte das interdisziplinäre Team aus Präventionsforschern, Pflegewissenschaftlern und dem deutschen Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen unter Einberufung eines Wissenschafts- und Praxisbeirates eine Maßnahme, die zum einen auf der verhältnispräventiven Ebene arbeitet und gleichzeitig verhaltenspräventive und verhaltensintervenierende Maßnahmen beinhaltet. Demnach reagiert das Programm auf die Forderungen, wonach gezielte gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickelt werden müssen, die sowohl im

Krankenhaussetting als auch in der Schule ansetzen und ein neues Bewusstsein für Gesundheit schaffen (Hirsch et al. 2010). Dabei reagierte das Team auf die Forderungen mehr Anti-Rauch-Kampagnen für die Schulen zu entwickeln und diese an die persönlichen Bedürfnisse des Individuums anzupassen, den Peereinfluss mit zu beachten und die Lehrkräfte ins Projekt mit einzubinden (Bakshi und Khodadadizadeh, 2013; Biraghi und Tortorano 2010; Gorin 2000). Aus der Forschung ist bekannt, dass eine restriktive Haltung der Eltern mit der Aufhörmotivation und Selbstwirksamkeit der Kinder assoziiert ist (Bühler und Thrul 2012). Auch wenn es sich bei den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen nicht mehr um Kinder handelt, sind sie dennoch, besonders zu Beginn der Ausbildung, sehr empfänglich für die Normen in der Schule und Praxis. Auch die Dynamik der neuen Peergruppe der Kurskollegen/Kurskolleginnen kann genutzt werden. Denn Freunde, die das Rauchverhalten nicht akzeptieren, fördern den Rauchstopp. Auch der Übergang in ein rauchfreies Umfeld, z.B. durch ein rauchfreies Schulgelände, rauchfreie Wohnheime und rauchfreie Krankenhäuser und Altenheime, fördern den Rauchstopp unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen (Bühler und Thrul 2012). Dabei stößt die Umsetzung von Programmen zur Tabakreduktion nicht immer auf freudige Zustimmung. Dennoch kann astra als ersten Versuch gedeutet werden, der Forderung von Kolleyck Folge zu leisten und die "aktuellen Probleme der Gesundheitsversorgung und Prävention aufzunehmen und praktikable Lösungen gelegentlich auch gegen Widerstände zu entwickeln und durchzusetzen" (Kolleyck 2004, S. 103).

Aus der Forschung ist dennoch bekannt, dass proximale personale Einflussfaktoren die Aufhörmotivation negativ beeinflussen. So wirkt ein höherer Tabakkonsum niedriger auf die Motivation und diese Personen besitzen oder entwickeln auch eher eine Nikotinabhängigkeit und dabei größere Probleme beim selbstinitiierten Rauchstopp (Bühler und Thrul 2012). Auch die alleinige Aufklärung über die Folgen des Rauchens reicht oft nicht aus, SchülerInnen zu einem Rauchstopp zu motivieren (Hirsch et al. 2010).

Deshalb sollte das astra-Programm fest in die Schule integriert werden und die Rauchstopp-Kurse für alle Jahrgänge angeboten werden (Jenkins und Ahijevych 2003). Um das astra-Programm somit langfristig in den Pflegeschulen anbieten zu können, fand eine Curriculumanalyse statt. Demnach wird das Programm der Forderung gerecht, in die unterschiedlichen Lehrpläne integrierbar zu sein (Lenz 2008; Bomball et al. 2010a). Dabei sollten auch die Praxiseinrichtungen, wie bei astra umgesetzt, von Anfang an in die Projektarbeit eingebunden werden (Bomball et al. 2010a).

Im Rahmen der Projektarbeit wurde weiterer Handlungsbedarf deutlich. Das astra-Programm fusionierte mit dem PATRES-Projekt und entwickelte sich zum astra-plus-Programm weiter. Dieses Programm ist breiter aufgestellt und beinhaltet auch Module zum Lebensstil, zur Ernährung und Bewegung. Demnach reagiert das Programm auf die Ergebnisse von Bomball et al. (2010a), wonach die Gewichtszunahmen, die ungesunde Ernährung und die geringe sportliche Aktivität während der Ausbildung einen dringenden Handlungsbedarf erfordern. Wichtig ist dabei nicht nur theoretisches Wissen zu erschaffen, sondern konkrete Hilfestellungen anzubieten und während der Kursstunden zu praktizieren (Bomball et al. 2010a). Im Rahmen des astra-plus-Programms erlernen die PflegeschülerInnen demnach die Kompetenz, besser mit Stress umzugehen, mit dem Rauchen aufzuhören, sich gesünder zu ernähren, mehr Sport in den Alltag zu integrieren, auf das eigene Gewicht zu achten und das stärkt die Selbstwirksamkeit. Demnach wird es den Forderungen nach einem dringenden Handlungsbedarf bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Konzepte für Sport, Burnout, Sucht und Ernährung gerecht (Bonse-Rohmann 2004).

Zusätzlich wollte das astra-Programm das Berufsverständnis unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen positiv verändern. Um das Potential der Gesundheitsberufe bei der Tabakintervention stärker nutzen zu können, erfolgte eine Überarbeitung des KRIPS. Dieses Kürzel steht für Kurzintervention, Raucherberatung durch PflegeschülerInnen und trainiert den praktischen Einsatz zur Kurzintervention bei rauchenden Patienten/Patientinnen. Dadurch soll die Kompetenz der PflegeschülerInnen zur Tabakreduktion gestärkt und die eigene Motivation zur Rauchfreiheit weiter aufgebaut werden. Durch die Förderung der Kompetenzen der PflegeschülerInnen zur Tabakintervention kann astra der Forderung nach einer verbesserten Nutzung des Potentials der PflegerInnen als größte Gruppe der Gesundheitsberufe gerecht werden und erste Erfahrungen bei der Tabakentwöhnung können bereits während der Ausbildung gesammelt werden (Lindeman et al. 2011; Lenz 2008).

Insgesamt folgt das Programm den Handlungsempfehlungen aus der Präventionsforschung nach der Schaffung von rauchfreien Schulen und Praxiseinrichtungen und der Vermittlung der Kompetenz zur Tabakintervention bei den Patienten/Patientinnen durch die PflegeschülerInnen (Gorin 2000). Dabei haben Krankenhäuser neben der Heilung und Pflege auch die Prävention und Gesundheitsförderung zum Ziel. Demnach ist es im Sinne eines Gesundheitsschutzes die Aufgabe der Krankenhäuser für eine rauchfreie Umgebung zu

sorgen und RaucherInnen, egal ob PatientIn oder MitarbeiterIn, bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Um dieses Vorhaben realisieren zu können, bedarf es der Unterstützung der gesamten Belegschaft und insbesondere der PflegerInnen (INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit 2008).

Zusätzlich kann der Beitritt zum deutschen Netz rauchfreier Krankenhäuser und deren Erfahrungen den Prozess zu einem rauchfreien Krankenhaus unterstützen. Dabei werden gezielt organisatorische Stressoren verändert und die Umsetzung des rauchfreien Krankenhauses in drei Etappen (Bronze - Silber - Gold) realisiert. Besonders häufig umgesetzte Maßnahmen sind dabei die Auslagerung der Aschenbecher in Raucherzonen, das Rauchverbot in Arbeitsbereichen, Kantinen, Cafeterien und den Gemeinschaftsräumen, die deutliche Abgrenzung der gekennzeichneten Raucherzonen, das Informieren über die Rauchfrei-Politik mittels Beschilderung und der effektive Schutz der Patienten/Patientinnen und Bewohnern/BewohnerInnen vor Passivrauch (Kröger et al. 2006). Weiter unterstützt wird diese Entwicklung durch die gesetzlich verpflichtende Arbeitsstättenverordnung (2002), wonach die nichtrauchenden Beschäftigten wirksam vor Passivrauch geschützt werden müssen (INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit 2008).

An der Hochschule Hannover entsteht unter der Leitung von Prof. Bonse-Rohmann in der Abteilung V (Pflege und Gesundheit) das Projekt MATCHuP. Dieses steht für „sMokefree ACademics (in) Health Professions“ und verfolgt das Ziel einer „Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe“. Dieses Projekt richtet sich nicht an die PflegeschülerInnen an den Berufsschulen, sondern an die Pflegewissenschaftler. Aus Studien ist bekannt, dass Pflegestudenten, die zuvor als PflegerInnen tätig waren, eine bis zu sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, bereits vor dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen zu haben. Im Schnitt haben diese Studenten drei Jahre früher mit dem Rauchen begonnen und waren stärkere RaucherInnen als ihre Kurskollegen/Kurskolleginnen ohne pflegerische Tätigkeit vor Studienbeginn (Smith und Leggat 2007). Im Sinne einer Professionalisierung und einer Verbesserung des Images der Pflege ist die Beachtung der akademischen Pflegeausbildung von zentraler Bedeutung. Gerade bei der Tabakreduktion nehmen auch sie künftig eine entscheidende Rolle ein. Gelingt es, die zentralen Inhalte aus dem astra-Programm in die akademische Ausbildung zu integrieren, ermöglicht das einen weiteren Ansatzpunkt bei der Veränderung der Verhältnisse in den Praxiseinrichtungen, zumal die akademische Ausbildung nach dem Abschluss zu einer höheren Position und demnach zu

mehr Handlungsfreiräumen führen kann, in denen Veränderungen weiter vorangetragen werden können. Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Ziele dieses Projekt verfolgt und ob die Integration in den Lehrplan gelingt.

5.3 Limitationen

Bei der vorliegenden Studie gibt es verschiedene Limitationen zu beachten. Hinsichtlich der Beurteilung der Tabakpolitik durch die Leitung besaßen die zwei Faktoren „Förderung des Nichtrauchens“ ($\alpha=0,52$) und „Rauchverbote“ ($\alpha=0,51$) eine schlechte interne Konsistenz. Eine Überarbeitung des Instruments könnte helfen, bessere Items zu entwickeln und so die interne Konsistenz zu erhöhen. Zudem lagen nur zwölf bzw. zum Anschluss nur die Schulleiterbögen von elf Schulen vor, sodass nur deskriptive Aussagen getroffen werden können. Zudem wurden nur zentrale Items aus dem Fragebogen zur Erfassung der Tabakpolitik und nicht alle Items verwendet (Bühler und Piontek 2015).

Der zweite große Kritikpunkt betrifft die Ermittlung der Persönlichkeit. Die Nachteile betreffen vorrangig die Erhebung anhand von lediglich zehn Items. Rammstedt et al. (2004) betonen, dass die Erfassung der Persönlichkeit mit mehr Items meist zu einer besseren Reliabilität und Validität führt als solch kurze Versionen. Auch die Deckungsgleichheit als Folge von sozialer Erwünschtheit beim Ausfüller der Fragen ist bei einer fünfstufigen Likartskala größer als bei einer siebenstufigen Variante (Rammstedt et al. 2004). Zudem können fehlende Angaben schlecht mit den Antworten zu anderen Items ausgeglichen werden, wie dies bspw. bei dem NEO-PI-3 möglich ist (Mc Crea et al. 2005). Des Weiteren wurde dieses Instrument für Personen ab 18 Jahre entwickelt. Demgegenüber sind bei astra einige SchülerInnen zu Ausbildungsbeginn erst 16 oder 17 Jahre. Zudem wird das Big Five Inventory oft als zu akademisch kritisiert (Drieling et al. 2007). Dabei legen die Befunde aus der Literatur nahe, dass der Bildungshintergrund entscheidend ist. Stichproben mit einem hohen Bildungshintergrund lassen sich dabei gut replizieren (Rammstedt et al. 2012). Bei den hier verwendeten Bögen wurde der Bildungshintergrund der SchülerInnen nicht erfasst. Dabei beinhaltet die Selbstauskunft sowohl Vor- als auch Nachteile. Zum einen ist es sehr ökonomisch, schränkt jedoch die Objektivität ein (Wasylikiw und Fekken 2002). Rammstedt et al. (2004) weisen des Weiteren darauf hin, dass die Reihenfolge der Fragenkomplexe auf einem Fragebogen potentiell einen Einfluss auf die gegebenen Antworten hat. Sie diskutieren, dass die Persönlichkeitsfragen entweder zu Beginn der Befragung oder auf einem extra Bogen erfasst werden sollten. Bei astra geschah dies inhaltlich getrennt von der

restlichen Befragung zum Abschluss auf der Rückseite des Fragebogens. Die Fragen standen demnach etwas losgelöst von der restlichen Befragung. Es wurde demnach versucht, einen Kompromiss zu finden, welcher sich gut umsetzen lässt. Die Erfassung der Persönlichkeit mit zehn Items beinhaltet Vorteile, die diese Nachteile deutlich übertreffen. Aus ökonomischer Sicht ist die Erfassung mit zehn Items eine optimale Lösung, zumal diese Arbeit im Rahmen eines Projekts entstanden ist, welches eine eigene Evaluation beinhaltete. Ein langer Fragenkomplex über die Persönlichkeit wäre demnach nicht möglich oder zielführend gewesen, da die Bearbeitungszeit zu hoch läge. Auch besitzen viele Bögen eine monetäre Auflage, während der hier verwendete Fragebogen kostenfrei für die wissenschaftliche Arbeit zur Verfügung steht (Rammstedt et al. 2012). Dieses Instrument wurde zudem hinsichtlich der Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) überprüft.

Um die Objektivität bei der Durchführung der astra-Befragung zu gewährleisten, wurden im Hinblick auf die Durchführungsobjektivität klare Formulierungen bei der Durchführung niedergeschrieben und die Interviewer dahingehend geschult. Durch klare Vorgaben bei der Verrechnung von Werten der Items gab es keinen Interpretationszeitraum und die Auswertungsobjektivität konnte erhalten werden. Auch die Interpretationsobjektivität konnte durch die klaren Vorgaben bei den numerischen Messwerten gesichert werden und ermöglichte demnach keine freien Interpretationen. Bezüglich der Validität wurde bei diesem Instrument die inhaltliche Validität durch eine enge Verknüpfung der Formulierungen an die Definition der Konstrukte und zum anderen dadurch gesichert, dass die ausgewählten Items (zwei pro Dimension) die verschiedenen Facetten der Persönlichkeitsdimension abdecken. In Bezug auf die faktorielle Validität ist bestätigt, dass die erfassten Konstrukte auf dem dafür vorgesehenen Faktor am höchsten laden. Die Konstruktvalidität konnte im Vergleich zum NEO-PI-R bestätigt werden, demnach eignen sich die Messwerte der Skala als Indikator für das jeweilige Merkmal. Die Reliabilität wurde mittels Retest ermittelt und erreichte zufriedenstellende Werte. Dies wurde bei astra nicht erneut überprüft, da keine erneute Befragung nach sechs bis acht Wochen im Rahmen des Projekts vorgesehen war und die Reliabilität bereits in mehreren umfangreichen und zum Teil repräsentativen Studien unter Berücksichtigung von alters-, geschlechts- und bildungsheterogenen Stichproben bestätigt wurde (Rammstedt et al. 2012). Zudem ermöglicht die Nutzung eines etablierten Instruments eine Vergleichbarkeit und Anschlussfähigkeit mit anderen Studien (Rammstedt et al. 2012). Dabei sind die zehn Fragen in einer klar verständlichen Sprache formuliert, sodass die von Mc Crea et al. (2005) betonte

Formulierung der Items nicht zu Missverständnissen oder fehlenden Antworten aufgrund von Verständnisproblemen führt.

Ein dritter großer Kritikpunkt betrifft die hohe Dropoutquote beim Projekt. Die Gründe hierfür sind vielseitig. Einige PflegeschülerInnen haben nur eine Helferausbildung absolviert und arbeiteten zum Zeitpunkt der letzten Befragung bereits. Bei anderen sind es private Gründe, wie die Unterbrechung der Ausbildung aufgrund von Schwangerschaft. Die Kontaktaufnahme mit den Personen, die bereits die Schule verlassen hatte, gestaltete sich nach drei Jahren schwierig. Ein Vergleich zu anderen Studien zeigt, dass viele von diesen Studien eine schlechte Rücklaufquote besitzen (Smith 2007).

Weitere Kritikpunkte betreffen unter anderem die Stichprobe. Beim astra-Projekt handelte es sich nicht um eine randomisierte Kontrollstudie. Vielmehr wurden die Schulen aufgrund ihrer Nähe zu den Projektpartnern ausgewählt und konnten dann selber entscheiden, ob sie das Projekt in Form einer Interventionsgruppe, einer Wartelistenkontrollgruppe oder einer Kontrollschule unterstützen wollen. Demnach lässt sich eine positive Auswahl von eher interessierten und eher engagierten Institutionen vermuten (Kröger et al. 2006).

Somit können ausschließlich Hinweise zur Wirksamkeit gegeben werden und es handelt sich nicht um eine Wirksamkeitsstudie. Dennoch ist die Repräsentativität hinsichtlich des Geschlechts gelungen, da bei astra der Frauenanteil bei 76% lag und demnach vergleichbar mit den Ergebnissen aus anderen Studien von 77-91% ist (Vitzthum et al. 2013; Sejr und Osler 2002; Fernández García et al. 2007). Dennoch ist zu beachten, dass die PflegeschülerInnen vermutlich nicht darin geübt sind, Fragebögen auszufüllen (Rammstedt et al. 2013).

Eine letzte Limitation betrifft die Stichprobe im Hinblick auf die Persönlichkeitstypen. Die PflegeschülerInnen stellen eine besondere Zielgruppe dar, da es eine besondere Berufsgruppe betrifft, die sich in einer speziellen Lebensphase (neue berufliche Orientierung) befindet und nach sozialem Anschluss sucht. Demnach sind die Unterschiede zwischen den Persönlichkeitstypen in anderen Samples nicht reproduzierbar. Durch den Mediansplitt könnte eine große Anzahl falsch zugeordnet worden sein und einige Gruppen waren durch die Einteilung in acht verschiedene Typen sehr klein, was weniger statistische Verfahren ermöglichte.

5.4 Weiterer Forschungsbedarf

Im Rahmen der Präventionsforschung und der Forschung im Rahmen dieser Arbeit wurde weiterer Forschungsbedarf deutlich. Dieser betrifft zum einen die berufliche Sozialisation, aber auch die Berufswahl sowie die Veränderungen. Aber auch weitere Forschungen zum astra-Programm, wie die Überprüfung des Wirkmodells, soll diskutiert werden.

5.4.1 Forschung zur Sozialisation in der Pflege(-ausbildung)

5.4.1.1 Forschungen zur Erklärung des Stresserlebens in der Pflege anhand des beruflichen Umfeldes.

Laut des Anforderungs-Kontroll-Modells von Karasek und Theorell (1990) gehen Belastungserfahrungen aus der Kombination zwischen den psychischen und physischen Belastungen und dem Grad der Kontrollierbarkeit zurück. Demnach muss ein Arbeitsverhältnis mit besonders vielen Belastungen nicht automatisch auch als stressig empfunden werden. Besitzen Personen gleichzeitig ein hohes Maß an Kontrollierbarkeit, wird dies als positiv und aktive Tätigkeit empfunden. Eine hohe Kontrollierbarkeit ist auch bei einem beruflichen Umfeld mit wenigen Anforderungen förderlich, da so das Arbeitsverhältnis als ruhig, statt als passiv empfunden wird. Dieses Modell rückt die Entscheidungsspielräume, die Vielfalt der Tätigkeiten und die Lernchancen in den Vordergrund und weitergehende Forschungen mit Berücksichtigung dieser Theorie könnten bei der Klärung des häufigen Burnouts in der Pflege beitragen (Siegrist 2005).

5.4.1.2 Forschungen zur Erklärung des Tabakkonsums in der Pflege anhand des beruflichen Umfeldes

Für die Beurteilung der Tabakpolitik in den Pflegeschulen standen die Daten von lediglich zwölf Schulen zu Verfügung. Um Aussagen über Signifikanzen treffen zu können, bedarf es weiterer Schuldaten und idealerweise weiterer Praxiseinrichtungen. Die im Rahmen des aktuellen astra-Programms und astra-plus-Programms gesammelten Schuldaten sollten hinsichtlich der Tabakpolitik ausgewertet werden. Zielführend wäre zudem die Erfassung weiterer Daten von Pflegeschulen deutschlandweit, um einer positiven Vorselektion entgegenzuwirken. Schulen, die sich für das astra-Programm anmelden, besitzen bereits eine Sensibilität und Änderungsbereitschaft hinsichtlich des Rauchverhaltens. Eine Möglichkeit möglichst viele Schulen niedrigschwellig zur Teilnahme zu motivieren wäre, die Items zur Tabakpolitik mit einigen allgemeinen Variablen (Ort, Schulgröße, Ausbildungsform etc.) in eine Ausgabe von „Die Schwester - Der Pfleger“ zusammen mit der Faxnummer oder eines

QR-Codes zu legen und um ein Mitwirken durch die Schulen und Praxiseinrichtungen zu bitten.

Des Weiteren ist eine ausbildungsdifferenzierte Untersuchung hinsichtlich der privaten Sozialisation anzuraten. Die privaten Bedingungen zwischen Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen unterscheiden sich deutlich. Unterschiede zeigen sich bereits in der Pflegeausbildung, dabei sind 94% der Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegeschülerInnen ledig und kinderlos, während 27% der AltenpflegeschülerInnen verheiratet sind, 10% geschieden leben und 43% Kinder haben. Auch unter den Beschäftigten unterscheiden sich die familiären Bedingungen deutlich. Dabei geben 76% der AltenpflegerInnen an, Kinder zu haben, wobei die Hälfte der Altenpfleger bereits geschieden ist. Demgegenüber haben 55% der Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen eigene Kinder und sind zum überwiegenden Teil verheiratet (Bonse-Rohmann 2004). Demnach könnten die größeren familiären Belastungen bei den Altenpflegeschülern/Altenpflegeschülerinnen und examinierten Altenpflegern/Altenpflegerinnen einen Hinweis auf die höheren Raucherprävalenzen geben. Hierfür wären weitere Forschungen, die auch den familiären Kontext erheben, notwendig.

5.4.2 Forschung zur Selektion in der Pflege - Berufswahl und Persönlichkeit

5.4.2.1 Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der wahrgenommenen sozialen Unterstützung

Die Forschung zum Stressempfinden einer Person ergab, dass „lediglich die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung [...] als ein relativ stabiles Merkmal von Individuen“ gilt (Knoll Nina und Schwarzer 2005, S. 346). Die Mobilisierung von sozialen Ressourcen stellt eine wichtige Komponente beim Stressmanagement dar, die in der Pflege eine zentrale Bedeutung besitzt (Lindeman et al. 2011). Bei der Forschung zum Stresserleben in der Pflege ist es demnach zielführend, die soziale Unterstützung hinreichend differenziert zu erfassen, um so Aussagen zwischen gut gemeinter und wirklich empfundener Unterstützung zu ermöglichen. Es sollte demnach in einem umfangreicheren Ausmaß das Stresserleben und die verfügbaren sozialen Ressourcen sowie deren wahrgenommene Unterstützung erfasst werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass der Pflegeberuf durch Frauen dominiert wird und diese eher von anderen Frauen als von ihren Partnern profitieren (Knoll Nina und Schwarzer 2005).

5.4.2.2 Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der persönlichen Interessenslagen

Für die Ermittlung der Übereinstimmung zwischen dem beruflichen Umfeld und den Interessen einer Person wurde hier auf die Ergebnisse der Big Five zurückgegriffen. Die Interessensmessungen geben Auskünfte über persönliche Ziele, Werte und Erwartungen, demgegenüber messen die Big Five das typische Verhalten einer Person. Beide Messungen stehen in einer Beziehung zueinander, sind dabei jedoch nicht identisch, ergänzend oder sich gegenseitig ausschließend (Hogan und Blake 1999). D.h., die Big Five stehen zwar in einem Zusammenhang mit dem RIASEC-Modell, sind jedoch nicht deckungsgleich (McKay und Tokar 2012). Forschungen zum RIASEC-Modell ergaben, dass die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen sowie die Entscheidung, einen Job zu verlassen, von der Übereinstimmung zwischen der Persönlichkeit und den Anforderungen des beruflichen Umfeldes abhängen (Barrick et al. 2003). Zudem geben die beruflichen Interessensmessungen Hinweise darüber, wie die Person den Beruf mögen wird, welche sozialen Fertigkeiten vorhanden sind und zeigen ansatzweise, welchen beruflichen Erfolg jemand haben wird. Demnach wären genauere Forschungen zur Ermittlung der Interessentypen in der Pflege und der Pflegeausbildung anhand des RIASEC-Modells bei der Erklärung der Personalfucht hilfreich (Hogan und Blake 1999).

Dabei wäre es auch interessant, andere Ausbildungsberufe hinsichtlich des RIASEC-Modells zu untersuchen und diese Daten mit denen von Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen zu vergleichen. Besonders spannend wären Branchen mit einer ähnlichen Fluktuation, aber auch solche, in denen es kaum zum Aufgeben des Berufes kommt. Gelingt es anderen Berufsgruppen besser, die passenden Auszubildenden zu erreichen? Wie ist es in den Branchen mit ähnlicher Fluktuation? Finden sich hier viele Diskrepanzen zwischen den Interessen und dem beruflichen Umfeld? Und wie ist es in denen mit geringer Fluktuation? Kann hier ein gutes Passungsverhältnis nachgewiesen werden? Weitere Forschungen wären hier nötig, um die Fragen ausreichend beantworten zu können.

5.4.2.3 Forschungen zur Erklärung des Stressempfindens in der Pflege anhand der Persönlichkeitsausprägungen

Aus der Forschung sind verschiedene Einflussfaktoren der Persönlichkeit auf u.a. die Gefühlslage bekannt. So steht der Beziehungsstatus einer Person in einer positiven Beziehung zur Gefühlslage und der generellen Gefühlsausgeglichenheit. Allerdings fanden González Gutiérrez et al. (2005) unter Kontrolle von Neurotizismus und Extraversion keinen Einfluss der Gefühlslage und des Beziehungsstatus. Eine Erforschung der Wirkung der

Persönlichkeit auf die Gefühlslage einer Person in Abhängigkeit von dem Beziehungsstatus wäre interessant für die Klärung der Jobunzufriedenheit in der Pflege. Dies wäre besonders für die Klärung der Unterschiede zwischen den Alten- und Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen von Interesse. Aus der Forschung ist bekannt, dass Personen ohne Partner im Alter höhere Neurotizismuswerte besitzen, als Personen in einer festen Partnerschaft (Neyer und Asendorpf (2001). Zudem ist aus der Pflegeforschung bekannt, dass in der Altenpflege besonders viele Personen ohne einen festen Partner leben oder geschieden sind (Bonse-Rohmann 2004). In Bezug auf die Forschung lassen sich somit höhere Werte beim Neurotizismus unter den AltenpflegerInnen vermuten. Gleichzeitig steht Neurotizismus in einem deutlichen Zusammenhang mit Depressivität und könnte demnach auch eine Erklärung für das erhöhte Burnout in der Pflege sein (Drieling et al. 2007). Nicht zuletzt, da sich eine Partnerschaft positiv auf die Gefühlslage auswirkt. Allerdings wird der Zusammenhang zwischen der Gefühlslage und dem Beziehungsstatus nicht mehr signifikant, wenn Neurotizismus und Extraversion kontrolliert wurde (González Gutiérrez et al. 2005).

5.4.2.4 Forschungen zur Erklärung des Rauchverhaltens in der Pflege anhand verschiedener persönlicher Variablen

Neben dem bereits angeführten Forschungsbedarf zum Thema Rauchen und soziale Umwelt oder Persönlichkeit sollten auch weitere Punkte genauer betrachtet werden. So existiert ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und dem Rauchverhalten (Walter et al. 2012). Dabei sollte jedoch nicht nur erhoben werden, ob ein Migrationshintergrund existiert, sondern auch aus welchen Ländern diese Personen kommen. Zum einen, da die Raucherprävalenz in der Pflege länderabhängig ist, und zum anderen, da Extravertierte in Ländern, in denen das Rauchen akzeptiert ist (z.B. Spanien oder Japan), signifikant eher rauchen (Maloff et al. 2005; Terracciano und Costa 2004).

Interessant wäre zudem mehr Forschung zum Einfluss von einer rauchfreien Krankenhauspolitik auf die Tabakprävalenzen. Es lässt sich vermuten, dass sich in diesen Einrichtungen die Aufhörraten erhöhen, wenn die rauchfreie Politik immer weiter voranschreitet (Sarna et al. 2005). Dabei wäre die gleichzeitige Betrachtung der Persönlichkeit spannend, da möglicherweise Extravertierte von diesen Maßnahmen in einem besonderen Maße profitieren könnten (Terracciano und Costa 2004).

Zudem fehlt es an nationalen und internationalen Studien über die Barrieren zur Rauchstoppmotivation unter den Pflegeschülern/Pflegeschülerinnen (Smith 2007). Ist es die

Angst, auf die Pausen verzichten zu müssen? Eine Unterteilung in PflegeschülerInnen und Pflegestudierenden ist dabei dringend notwendig, da es unter den Pflegestudenten eine große Spanne bei den Prävalenzen gibt. Diese reichen von 16-44% (Fernández García et al. 2007; Smith und Leggat 2007, Biraghi und Tortorano 2010), wobei der Anteil doppelt so hoch war, wenn diese zuvor als PflegerInnen gearbeitet hatten (Smith und Leggat 2007). Eine Erklärung hierfür fehlt, zumal in Studien über PflegeschülerInnen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Bildung und dem Rauchverhalten gefunden werden konnten (Sejr und Osler 2002; Rowe und Clark 2000, McKenna et al. 2003).

Ausgehend von der Annahme, dass dauerhafte Gesundheit einen präventiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten besitzt (Faltermaier und Salisch 2005; Faltermaier 2017), wäre eine Untersuchung der Wechselwirkung zwischen einem gelungenen Rauchstopp und der Veränderung der Persönlichkeitsdimensionen zielführend. Laut einer Studie von Taylor et al. (2014) besitzen Ex-RaucherInnen niedrigere Werte bei der Ängstlichkeit, Depressivität und Stress als aktive RaucherInnen. Des Weiteren gaben Ex-RaucherInnen nach dem Rauchstopp höhere Werte bei der Lebensqualität und den positiven Affekten an als die aktuellen RaucherInnen.

5.4.3 Veränderung und Persönlichkeit

5.4.3.1 Forschungen zur Erklärung der Veränderungsbereitschaft

Es gibt bisher nur wenig Forschung zur Veränderungsbereitschaft und Steigerung der Motivationen, Maßnahmen aktiv mitzugestalten. Generell existiert das Wissen, dass die Bereitschaft größer ist, wenn die Maßnahmen über reine Verbote hinausgehen (Kolleck 2004). Doch wie groß sind die Bereitschaft und die Wirksamkeitserwartung, als Auszubildender aktiv an die Vorgesetzten heranzutreten und Veränderungen anzubringen oder einzufordern? Kann die Entwicklung der beruflichen Identität durch Projekte so unterstützt werden, dass die PflegeschülerInnen ermutigt sind, sich von „unten“ gegen die schlechten Zustände aufzulehnen und ihre gesunden Pausen einzufordern?

Wie kann die Veränderungsbereitschaft bei den „alten“ Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen aufgebaut werden? Auch wenn ein großer Anteil der PflegerInnen raucht, ist doch die Mehrheit von ihnen NichtraucherInnen. Kann hier vlt. im Sinne einer aktiven „MitarbeiterInnenabstimmung“, ähnlich einer Volksabstimmung, mehr erreicht werden als durch Regeländerungen von oben oder gar von Externen?

Bei welchen Themen gelingt ein guter Einstieg in den Aufbau einer Veränderungsbereitschaft? Sollte zunächst eine Stärkung der Bindung der MitarbeiterInnen an das Unternehmen, z.B. durch die bessere Ausbildung der MitarbeiterInnen im Umgang mit dem Stress, erfolgen, um so die entstandene Veränderungspolitik auch in Richtung unangenehmer Themen, wie der Tabakpolitik, zu lenken? Oder ist eine Transparenz und klare Kommunikation aller angestrebten Ziele besonders zielführend? Hier fehlt es an diversen Forschungen.

5.5 Allgemeine pädagogische Handlungsempfehlungen

Da bereits bei der Diskussion des astra-Programms pädagogische Handlungsempfehlungen gegeben wurden, soll dieser abschließende Punkt nur kurz hinsichtlich dreier Punkte andiskutiert werden.

Aus anderen Studien über die Gesundheit und Führung ist bekannt, dass vorrangig die führungsbezogenen Einflussfaktoren und nicht die eigentliche Arbeit als unangenehm empfunden werden. Deshalb sollte die Bedeutung eines freundlichen und respektvollen Umgangs mit den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen durch die Führungskräfte betont und geschult werden. Auch die Gestaltung der Arbeits- und Rahmenbedingungen, vorrangig die Pausengestaltung, sollte neu überdacht werden. Dabei sollten die Führungskräfte eine Vorbildrolle einnehmen. Bei diesem Vorhaben sollten alle Hierarchieebenen mit eingebunden werden (Gregersen S, Kuhnert, S, Zimmer, A, Nienhaus, A. 2011).

Eine zweite pädagogische Handlungsempfehlung betrifft die Stresserfahrungen auf der Arbeit. Diese resultieren laut dem Person-Environment-Fit-Model von French, Caplan und Harrison (1982) aus den Missverständnissen zwischen den Bedürfnissen und den Fähigkeiten einer Person und den Anforderungen und Ressourcen des Arbeitsplatzes. Dabei stellt das Ausmaß der Stresserfahrung einer Person die subjektive Bewertung der Missverhältnisse bei der Arbeit dar und entspricht nicht einer objektiven Bewertung (Siegrist 2005). Durch gezielte Stressbewältigungsmaßnahmen für die MitarbeiterInnen können weitere Stresskompetenzen aufgebaut werden. Auch die aktive Beteiligung der MitarbeiterInnen in den Prozess kann zu einer veränderten Einschätzung führen.

Der dritte Punkt betrifft den Migrationshintergrund der PflegerInnen. In den Pflegeberufen gibt es einen hohen Anteil an Personen mit ausländischen Berufsabschlüssen. Demnach

profitiert der deutsche Arbeitsmarkt von rund 70.000 qualifizierten Personen mit einer Ausbildung im Ausland. Allerdings können bisher unzureichende Aussagen zu den einzelnen Berufsabschlüssen und zu der Anerkennung des Berufsabschlusses getroffen werden (Maier 2012). Auch die aktuelle Flüchtlingssituation könnte genutzt werden, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und gleichzeitig eine Integration voranzutreiben. Die Ausbildung als HelferIn in der Pflege dauert ein bis zwei Jahre und könnte mit einem Sprachkurs begleitet werden. Diese ausgebildeten Fachkräfte wären ideal für einen Einsatz in den Flüchtlingsheimen. Zum einen könnten sie bei sprachlichen Problemen unterstützen und zum anderen die medizinische Situation aktiv mit verbessern.

Fazit: Erfreulicherweise konnten Dieterich und Skril (2012) ein generelles Fortbildungsinteresse bei den Vertretern von Theorie und Praxis im Hinblick auf die Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens verzeichnen. Dieses sollte aufgegriffen werden, „um eine fundierte, lernortübergreifende Lehrplanarbeit zu initiieren“ (Dieterich und Skril 2012, S. 35). Auf diese Weise erfahren auch die PflegeschülerInnen eine Erweiterung ihrer Handlungsspielräume und setzen sich bewusst mit dem Thema der Gesundheitsförderung auseinander. Um dieses Potential jedoch vollends nutzen zu können, müssen hemmende Einflüsse, wie eine fehlende curriculare Verankerung der Inhalte oder eine schlechte Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungsstätten in Theorie und Praxis, reduziert oder eliminiert werden (Dieterich und Skril 2012).

Literaturverzeichnis

- Albrecht, A. Raucherentwöhnung – Ansprechen hilft!
- Allik, J. (2012). National differences in personality. *Personality and Individual Differences*, 53(2), 114–117.
- Anthony, J. C., Warner, L. A., & Kessler, R. C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and clinical psychopharmacology*, Vol. 2(3), 244–268.
- Armstrong, P. I., & Anthoney, S. F. (2009). Personality facets and RIASEC interests. An integrated model. *Journal of Vocational Behavior*, 75(3), 346–359.
- Arnett, J. (2005). Emerging Adulthood: What is it and what is it good for?
- Arun Kumar Agnihotri. Personality types and nicotine dependency among medical sciences students.
- astra-Projektteam (2015). *Manual und Unterlagen für astra-TrainerInnen*.
- Aubin, H.-J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P., & Aveyard, P. (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e4439.
- Azagba, S., & Sharaf, M. F. (2011). The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health Economics Review*, 1(1), 15.
- Bakshi, H., Khodadadizadeh, A. (2013). Personality types and nicotine Dependency among medical sciences students. *Internet Journal of Medical Update*, 8(2), 10–15.
- Bamberg, E., & Busch, C. (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 50(4), 215–226.
- Bancej, C., O'Loughlin, J., Platt, R. W., Paradis, G., & Gervais, A. (2007). Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. *Tobacco control*, 16(6), e8.
- Baron-Epela, O., Josephsohna, K., & Ehrenfeldc, M. (2003). Nursing students' perceptions of smoking prevention.
- BARRICK, M. R., MOUNT, M. K., & GUPTA, R. (2003). META-ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FIVE-FACTOR MODEL OF PERSONALITY AND HOLLAND'S OCCUPATIONAL TYPES. *Personnel Psychology*, 56(1), 45–74.
- BAuA. Nichtraucherschutz und Tabakentwöhnung im Krankenhaus.
- BAuA. Zusammenfassung Fb 1077 "Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz Krankenhaus - eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen".
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., & Scherr, A. (Hrsg.) (2012). *Bildung und Gesellschaft: Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, P. (1999). Beyond the Big Five.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst (2007). *Projektmanagement – eine Einführung*. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_ratgeber/RGM10_Ratgeber_Projektmanagement_Download.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 9. März 2017.
- Bindu, R., Sharma, M. K., Suman, L. N., & Marimuthu, P. (2011). Stress and coping behaviors among smokers. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), 134–138.
- Biraghi, E., & Tortorano, A. M. (2010). Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour. *Journal of advanced nursing*, 66(1), 33–39.
- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., & Görres, S. (2010). Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. *Die Schwester Der Pfleger*, 49(11), 1048–1054.
- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., & Schmitt, S. (2010). „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“. - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. -Ergebnisbericht-.
- Bonse-Rohmann, M. (2004). Projekt "Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen".
- Borchart, D. G. M. D. M. S. S. H. H. (2011). *Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen. Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1>. Zugegriffen: 16. September 2014.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*(31), 317–327.
- Broeskamp-Stone, U. (2012). Evidenz - und was noch? Ein Qualitätsrahmen für >>Best Practice<< in der Gesundheitsförderung. In G. Nöcker (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Bd. 41: *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention - KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn* (Aufl. 1.3.05.12). Köln: BZgA.

- Bühler, A., & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung konkret. Bd. 6: Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- Bühler, A., & Kröger, C. (2006). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 29: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- Bühler, A., & Piontek, D. (2015). Development of a Checklist to Assess School Smoking Policy. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 77 Suppl 1, S112-3.
- Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I., & Bonse-Rohmann, M. (2016). Geschlechtsbezogene Analyse des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. *SUCHT*, 62(2), 73–81.
- Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I., & Bonse-Rohmann, M. (2017). Tobacco prevention and reduction with nursing students: A non-randomized controlled feasibility study. *Nurse education today*, 48, 48–54.
- Bühler, A., & Thrul, J. (2012). Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *SUCHT*, 58(5), 297–316.
- Bühler, A., Thrul, J., Goecke, M., & Klein, D. (2012). *Wirksamkeit des BZgA Rauchstopp-Programms „losgelöst“ für jugendliche Raucherinnen und Raucher – Ergebnisse einer nicht-randomisierten, kontrollierten Studie*. *SUCHT*, 58 (Suppl. 1), 109.
- Bühler, A., & Thrul, J. (Hrsg.) (2013). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 46: Expertise zur Suchtprävention* (Auflage: 2.2.08.14). Köln: BZgA.
- Bühler, A., Thrul, J., & Rosewich, M. (2013). Nichtraucher, Rauchen und Rauchstopp im Jugendalter - Grundlagen und Handlungsmöglichkeiten. *Pädiatrie up2date*, 08(02), 187–209.
- Bühler, A., Thrul, J., & Schulze, K. (2014). Wirksamkeit von Suchtprävention. *Prävention*, 2(37), 35–38.
- Bühler, A., Wegmann, L., Schmidt, A., Thrul, J., Strunk, M., & Lang, P. (2012). Rekrutierung, Implementation und Aufhorraten eines Rauchstopp-Kurses für Jugendliche. *SUCHT*, 58(1), 23–32.
- Bühringer, G., Wittchen, H.-U., Gottlebe, K., Kufeld, C., & Goschke, T. (2008). Why people change? The role of cognitive-control processes in the onset and cessation of substance abuse disorders. *International journal of methods in psychiatric research*, 17 Suppl 1, S4-S15.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (16.07.15). *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)*. https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html. Zugegriffen: 01.07.16.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2015 Drogenaffinitätsstudie
- Busse, A., Plaumann, M., & Walter, U. (2006). Stresstheoretische Modelle. In A. Busse, M. Plaumann, & U. Walter (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (S. 63–77). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Busse, A., Plaumann, M., & Walter, U. (Hrsg.) (2006). *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- BZgA. KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN ZUR RAUCHERENTWÖHNUNG. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.
- Career Service Office (2015). *RIASEC and Holland Codes*. Zugegriffen: 10.12.16.
- DBfK. *Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN*. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Definition-der-Pflege-deutsch.pdf>. Zugegriffen: 30. Juni 2016.
- DBfK (2009). *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? - Fakten zum Pflegekollaps*. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK Meinungsumfrage 2008/09. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf. Zugegriffen: 28. Juni 2016.
- DBfK (2014). *Generalistische Ausbildung in der Pflege*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Generalistische-Ausbildung-in-der-Pflege_2014.pdf. Zugegriffen: 01.07.16.
- DBfK (2015). *Das Präventionsgesetz. Chancen und Herausforderungen für die Umsetzung*. – eine Handlungshilfe für Pflegenden -. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Das-Präventionsgesetz-Chancen-und-Herausforderungen_2016.pdf.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*. Heidelberg: Pabst Science Publishers.
- Diana Moesgen (2015). Evidenzgenerierung suchtpreventiver Maßnahmen. Herausforderungen aus Sicht der Forschung. In T. Hoff & M. Klein (Hrsg.), *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung* (1. Aufl. 2015). Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.
- Dichter, M. B. D. I. M. S. S. H. H.-M. (2010). *Wie spontan verlassen Pflegenden ihre Einrichtung? Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1. Zugegriffen: 16. September 2014.

- Diego Montano, Anna Reeske-Behrens, & Franziska Franke (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt*.
- Diekmann, A., Eichner, K., Schmidt, P., & Voss, T. (Hrsg.) (2008). *Rational Choice. Theoretische Analysen und empirische Resultate Festschrift für Karl-Dieter Opp zum 70. Geburtstag*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Diekmann, A., & Voss, T. (2008). Soziale Normen und Reziprozität. Die Bedeutung "sozialer" Motive für die Rational-Choice-Erklärung sozialer Normen. In A. Diekmann, K. Eichner, P. Schmidt, & T. Voss (Hrsg.), *Rational Choice. Theoretische Analysen und empirische Resultate Festschrift für Karl-Dieter Opp zum 70. Geburtstag* (S. 83–100). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Dieterich, J., & Skril, A. (2012). Gesundheitsförderung in der Pflege. Herausforderungen bei der Umsetzung eines neuen Ausbildungsinhalts. *Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung*, 41(6), 32–35.
- Dilling, H., Freyberger, H. J., & Cooper, J. E. (Hrsg.) (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen // Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien // Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (6., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2013). Bern: Huber.
- dkfz (2009). *Tabakatlas Deutschland*.
- dkfz (2012). *Tabakprävention in Deutschland – eine Erfolgsstory – dennoch bleibt viel zu tun*.
- Drieling, T., Hecht, H., & Zerssen, D. von (2007). Der Sechs-Faktoren-Test zur Erfassung der Persönlichkeit in der klinischen Praxis und Forschung. *Der Nervenarzt*, 78(5), 560, 562-70.
- Drinkmann, A. (2002). Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven.
- Egger, M., & Razum, O. (2014). *De Gruyter Studium: Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (2. Aufl., 2., akt. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Eremit, B., & Weber, K. F. (2016). *Individuelle Persönlichkeitsentwicklung. Growing by transformation: quick finder-- die wichtigsten Tools im Business Coaching*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Eriksen, W. (2005). Work factors and smoking cessation in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC public health*, 5, 142.
- Eriksen, W. (2006). Work factors as predictors of smoking relapse in nurses' aides. *International archives of occupational and environmental health*, 79(3), 244–250.
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 31–54).
- Faltermaier, T. (2017). *Kohlhammer-Urban-Taschenbücher. Band 571: Gesundheitspsychologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Faltermaier, T., & Salisch, M. v. (2005). *Gesundheitspsychologie* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fernández García, D., Martín Sánchez, V., Vázquez Casares, A. M., Liébana Presa, C., Fernández Martínez, M. E., & Luis González, J. M. de (2007). Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 780–785.
- Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D., Capitman, J., & Goodman, E. (2007). Socioeconomic Differences in Adolescent Stress: The Role of Psychological Resources.
- Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D., & Goodman, E. (2006). Social Status, Stress and Adolescent Smoking.
- Friedman, H. S., Hawley, P., & Tucker, J. S. (1994). *Personality, Health, and Longevity*. Zugriffen: 16. September 2014.
- Fruyt, F. de, & Mervielde, I. (1997). The five-factor model of personality and Holland's RIASEC interest types. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 87–103.
- Galatsch, M., Schmidt, S., & Hasselhorn H-M. (2010). *Die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung in unterschiedlichen Pflegesystemen*. www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1. Zugriffen: 16. September 2014.
- Galbraith, N. D., & Brown, K. E. (2011). Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(4), 709–721.
- Gerlitz, J.-Y., & Schupp, J. Zur Erhebung der Big-Five-basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP.
- Gerlitz, J.-Y., & Schupp, J. (2005). *Research Note 4 Zur Erhebung der Big Five basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP*. Dokumentation der Instrumententwicklung BFI-S auf Basis des SOEP-Pretests 2005. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.43490.de/rn4.pdf. Zugriffen: 12. Januar 2016.
- geis. Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit.
- Gilbert, D. G., & Gilbert, B. O. (1995). Personality, psychopathology, and nicotine response as mediators of the genetics of smoking.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Hrsg.) (2008). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (4th Edition). San Francisco: Jossey-Bass.

- Glazer, S., Stetz, T. A., & Izso, L. (2004). Effects of personality on subjective job stress. A cultural analysis. *Personality and Individual Differences, 37*(3), 645–658.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal Achievement. The Role of Intentions. *European Review of Social Psychology, 4*(1), 141–185.
- González Gutiérrez, J. L., Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Puente, C. P. (2005). Personality and subjective well-being. Big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences, 38*(7), 1561–1569.
- Goodman, E., McEwen, B. S., Dolan, L. M., Schafer-Kalkhoff, T., & Adler, N. E. (2005). Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health, 37*(6), 484–492.
- Gorin, S. S. (2000). Predictors of tobacco control among nursing students.
- Gottfredson, G. D. (1999). John L. Holland's Contributions to Vocational Psychology. A Review and Evaluation. *Journal of Vocational Behavior, 55*(1), 15–40.
- Gottfredson, L. S., & Richards, J. M. (1999). The Meaning and Measurement of Environments in Holland's Theory. *Journal of Vocational Behavior, 55*(1), 57–73.
- Grabowski, U. (2007). *Berufliche Bildung und Persönlichkeitsentwicklung. Forschungsstand und Forschungsaktivitäten der Berufspsychologie* (1. Aufl.). Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Grant, S., & Langan-Fox, J. (2006). Occupational Stress, coping and Strain: The combined/interactive effect of the Big Five traits. *Personality and Individual Differences*(41), 719–732.
- Gregersen S, Kuhnert, S, Zimber, A, Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit –Zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen, 2011*(1), 3–12.
- Häfeli, K., Kraft, U., & Schallberger, U. (1988). *Schriften zur Arbeitspsychologie. Bd. 44: Berufsausbildung und Persönlichkeitsentwicklung. E. Längsschnittstudie ; [d. vorliegende Buch berichtet über d. Projekt "Berufsausbildung und Persönlichkeitsentwicklung" (Projekt "A & P"), d. am Psycholog. Inst. d. Univ. Zürich, Abt. Angewandte Psychologie, durchgeführt wurde. Es war Teil d. Nationalen Forschungsprogramms Nr. 10 "Bildung und das Wirken in Gesellschaft und Beruf" (NFP EVA)]*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Hall, A. (2012). Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? *Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung, 41*(6), 16–19.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 38*(4), 409–415.
- Hampson, S. E. (2013). *Personality as a Marker of Health: a Comment on Bogg and Roberts*. Zugegriffen: 16. September 2014.
- Hasselhorn, H.-M. (2005). *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Übersetzung. Bd. 15: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss.
- Heath, A. C., Madden, P. A. F., Slutske, W. S., & Martin, N. G. (1995). Personality and the inheritance of smoking behavior: A genetic perspective.
- Heinemann, L. (2012). Soziologie der Berufsbildung. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer, & A. Scherr (Hrsg.), *Bildung und Gesellschaft: Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (S. 611–628). Wiesbaden: Springer VS.
- Hirsch, K., Voigt, K., Gerlach, K., Kugler, J., & Bergmann, A. (2010). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Impfverhalten von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Sachsen-Anhalt. *HeilberufeScience, 1*(4), 127–132.
- Hoff, T., & Klein, M. (Hrsg.) (2015). *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung* (1. Aufl. 2015). Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.
- Hogan, R., & Blake, R. (1999). John Holland's Vocational Typology and Personality Theory. *Journal of Vocational Behavior, 55*(1), 41–56.
- Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., Blonigen, D. M., Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2011). Genetic and environmental influences on personality trait stability and growth during the transition to adulthood: a three-wave longitudinal study. *Journal of personality and social psychology, 100*(3), 545–556.
- Hudek-Knežević, J., Kalebić Maglica, B., & Krapić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal, 52*(4), 538–549.
- Hurrelmann, K. (2002). *Beltz-Studium Kultur und Gesellschaft: Einführung in die Sozialisationstheorie* (8., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 13–23). s.l.: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.) (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). s.l.: Verlag Hans Huber.

- ICHHS International Cultural-historical Human Sciences (Hrsg.) (2013). *Entwicklung und Ausbildung des Gesundheitsbegriffs im Grundschulalter. Gesundheitsbildung nach der Lehr- und Lernstrategie des Aufsteigens vom Abstrakten zum Konkreten*. Berlin: Lehmanns Media GmbH.
- INQA - Initiative Neue Qualität der Arbeit (2008). *Nichtraucherschutz und Tabakentwöhnung im Krankenhaus. Eine Information für Gesundheits- und Krankenpfleger*.
https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/nichtraucherschutz-tabakentwoehnung.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 28. Juni 2016.
- International Council of Nurses. *Definition of Nursing*. . Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 2018. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>. Zugegriffen: 08. Juli 2018.
- International Council of Nurses (2014). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/Arbeitshilfe/Modul_5/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2016.
- J. Pericas, S. González, & M. Bennasar (2009). Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain.
- Jenkins, K., & Ahijevych, K. (2003). Nursing students' beliefs about smoking, their own smoking behaviors, and use of professional tobacco treatment intervention. *Applied Nursing Research*, 16(3), 164–172.
- Jenull, B., & Brunner, E. (2009). Macht Altenpflege krank? *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 22(1), 5–10.
- Jerusalem, M. (2005). Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 547–563).
- Kaluza, G. (Hrsg.) (2007). *Gelassen und sicher im Stress* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Kaluza, G. (2015). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Karimzade, A., & Besharat, M. A. (2011). An intervention of the relationship between personality dimensions and Stress coping styles. *Procedia - Social and Behavioral Science*(30), 797–802.
- Karnicnik, E. (2010). Zielvereinbarungen als Führungsinstrument - woran sie scheitern können. In M.-O. Schwaab (Hrsg.), *Führen mit Zielen* (S. 105–114). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(2), 35–38.
- Keller, S., & Thyrian, J. R. (2005). Rauchen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 467–484).
- Kels, P., Clerc, I., & Artho, S. (2015). *Karrieremanagement in wissensbasierten Unternehmen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Knoll Nina, & Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 333–350).
- Kohn, M. L., & Lüscher, K. (1981). *Persönlichkeit, Beruf und soziale Schichtung* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kolleck, B. (2004). Smoking among nursing students. *Pflege*, 17(2), 98–104.
- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding thr nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*(42), 1418–1426.
- Korotkov, D., & Hannah, T. (2004). *The Five-Factor Model of Personality: strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour*. Zugegriffen: 17. September 2014.
- Krapp, A., & Ryan, R. M. (2002). Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus der Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2002(44), 54–82.
- Kröger, C., Piontek, D., & Donath, C. (2006). *Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz Krankenhaus. - eine Bestandsaufnahme in Krnakenhäusern und Krankenpflegeschulen*.
http://www.baua.de/SharedDocs/Downloads/de/Publikationen/Forschungsberichte/2006/Fb1077.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 27. Juni 2016.
- Kröger, C., & Felten, S. (2013). *Das Rauchfrei Programm*. München: IFT.
- Kröger, C., & Ofner, S. (2015). *Das Rauchfrei Programm. Jahresbericht 2015*. Berichtszeitraum: 01.01.2014 bis 31.12.2014. http://www.rauchfrei-programm.de/images/Jahresbericht_2015_Zeitraum_01-12-2014.pdf. Zugegriffen: 18. März 2017.
- Kröger, C., & Piontek, D. (2011). *Gesundheitsförderung konkret. Bd. 2: Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht* (3., erw. u. überarb. Aufl.). Köln: BZgA.
- Lang, F. R., & Lütke, O. (2005). Der Big Five-Ansatz der Persönlichkeitsforschung: Instrumente und Vorgehen.
- Larson, L. M., Rottinghaus, P. J., & Borgen, F. H. (2002). Meta-analyses of Big Six Interests and Big Five Personality Factors. *Journal of Vocational Behavior*, 61(2), 217–239.

- Lauriola, M., Russo, P. M., Lucidi, F., Violani, C., & Levin, I. P. (2005). The role of personality in positively and negatively framed risky health decisions. *Personality and Individual Differences*(38), 45–59.
- Leandro, P. G., & Castillo, M. D. (2010). Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia - Social and Behavioral Science*(5), 1562–1573.
- Lenz, B. K. (2008). Beliefs, Knowledge, and Self-Efficacy of Nursing Students Regarding Tobacco Cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(6), S494–S500.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *SUCHT*, 46(1), 18–31.
- Lindeman, K. von, Kugler, J., & Klewer, J. (2011). Gesundheitsverhalten von Auszubildenden in Krankenpflegeberufen. *HeilberufeScience*, 2(3), 82–89.
- Lindeman, K. von, Kugler, J., & Klewer, J. (2011). Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum alleinig und in Kombination bei Auszubildenden in Gesundheitsfachberufen.
- Lo, R. (2002). A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39: 119–126. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.02251.x
- Lohaus, A. (2011). Stress prevention in adolescence. Evaluation of a multimodal training approach. *Journal of Public Health*, 19(4), 385–388.
- Lohaus, A., & Beyer, A. Stressprävention im Jugendalter.
- Lohaus, A., Domsch, H., & Fridrici, M. (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche. [positiv mit Stress umgehen lernen ; konkrete Tipps und Übungen ; Hilfen für Eltern und Lehrer]*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Louise Wasylkiw, & G. Cynthia Fekken (2001). *Personality and self-reported health: matching predictors and criteria*. http://ac.els-cdn.com/S0191886901001751/1-s2.0-S0191886901001751-main.pdf?_tid=3ae0c812-3e4a-11e4-99fb-00000aacb360&acdnat=1410945106_8517d5ace0536da1d54109885ccecca7. Zugegriffen: 17. September 2014.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Abraham, J., Adair, T., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., Atkinson, C., Baddour, L. M., Barker-Collo, S., Bartels, D. H., Bell, M. L., Benjamin, E. J., Bennett, D., Bhalla, K., Bikbov, B., Abdulhak, A. B., Birbeck, G., Blyth, F., Bolliger, I., Boufous, S., Bucello, C., Burch, M., Burney, P., Carapetis, J., Chen, H., Chou, D., Chugh, S. S., Coffeng, L. E., Colan, S. D., Colquhoun, S., Colson, K. E., Condon, J., Connor, M. D., Cooper, L. T., Corriere, M., Cortinovis, M., Vaccaro, K. C. de, Couser, W., Cowie, B. C., Criqui, M. H., Cross, M., Dabhadkar, K. C., Dahodwala, N., Leo, D. de, Degenhardt, L., Delossantos, A., Denenberg, J., Des Jarlais, D. C., Dharmaratne, S. D., Dorsey, E. R., Driscoll, T., Duber, H., Ebel, B., Erwin, P. J., Espindola, P., Ezzati, M., Feigin, V., Flaxman, A. D., Forouzanfar, M. H., Fowkes, F. G. R., Franklin, R., Fransen, M., Freeman, M. K., Gabriel, S. E., Gakidou, E., Gaspari, F., Gillum, R. F., Gonzalez-Medina, D., Halasa, Y. A., Haring, D., Harrison, J. E., Havmoeller, R., Hay, R. J., Hoen, B., Hotez, P. J., Hoy, D., Jacobsen, K. H., James, S. L., Jasrasaria, R., Jayaraman, S., Johns, N., Karthikeyan, G., Kassebaum, N., Keren, A., Khoo, J.-P., Knowlton, L. M., Kobusingye, O., Koranteng, A., Krishnamurthi, R., Lipnick, M., Lipshultz, S. E., Ohno, S. L., Mabweijano, J., MacIntyre, M. F., Mallinger, L., March, L., Marks, G. B., Marks, R., Matsumori, A., Matzopoulos, R., Mayosi, B. M., McAnulty, J. H., McDermott, M. M., McGrath, J., Memish, Z. A., Mensah, G. A., Merriman, T. R., Michaud, C., Miller, M., Miller, T. R., Mock, C., Mocumbi, A. O., Mokdad, A. A., Moran, A., Mulholland, K., Nair, M. N., Naldi, L., Narayan, K. M. V., Nasseri, K., Norman, P., O'Donnell, M., Omer, S. B., Ortblad, K., Osborne, R., Ozgediz, D., Pahari, B., Pandian, J. D., Rivero, A. P., Padilla, R. P., Perez-Ruiz, F., Perico, N., Phillips, D., Pierce, K., Pope, C. A., Porrini, E., Pourmalek, F., Raju, M., Ranganathan, D., Rehm, J. T., Rein, D. B., Remuzzi, G., Rivara, F. P., Roberts, T., León, F. R. de, Rosenfeld, L. C., Rushton, L., Sacco, R. L., Salomon, J. A., Sampson, U., Sanman, E., Schwebel, D. C., Segui-Gomez, M., Shepard, D. S., Singh, D., Singleton, J., Sliwa, K., Smith, E., Steer, A., Taylor, J. A., Thomas, B., Tleyjeh, I. M., Towbin, J. A., Truelsen, T., Undurraga, E. A., Venketasubramanian, N., Vijayakumar, L., Vos, T., Wagner, G. R., Wang, M., Wang, W., Watt, K., Weinstock, M. A., Weintraub, R., Wilkinson, J. D., Woolf, A. D., Wulf, S., Yeh, P.-H., Yip, P., Zabetian, A., Zheng, Z.-J., Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095–2128.
- Lynch, B. S., & Bonnie, R. J. (1994). *Growing Up Tobacco Free. Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington: National Academies Press.
- Maas, H., & Spinath, F. M. (2012). *Persönlichkeit und Gesundheit*. Zugegriffen: 16. September 2014.
- Maier, T. (2012). Woher nehmen, wenn nicht stehlen? Qualifikationsreserven für die Pflege. *Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung*, 41(6), 4–5.

- Maiwald, E., & Bühler, A. (2000). Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme - Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *SuchtAktuell*(1).
- Maloff, J. M., Thorseinsson, Einar, B., & SCHUTTE, N. S. (2005). The Five-Factor Model of personality and smoking. a meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 36(1), 47–58.
- Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L., & Milinski, B. (2002). Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(12), 952–959.
- Manzano, Ö. de, Cervenka, S., Jucaite, A., Hellenäs, O., Farde, L., & Ullén, F. (2013). Individual differences in the proneness to have flow experiences are linked to dopamine D2-receptor availability in the dorsal striatum. *NeuroImage*, 67, 1–6.
- Marcus, B. (Hrsg.) (2011). *Einführung in die Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marcus, B. (2011). Personalpsychologie. In B. Marcus (Hrsg.), *Einführung in die Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 69–90). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Martin, P., Grünendahl, M., & Schmitt, M. (2000). *Persönlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit und Gesundheit in Ost und West: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. http://download.springer.com/static/pdf/869/art%253A10.1007%252Fs003910050167.pdf?auth66=1411120357_54d3470616594329ed7c7d0e3c1fe491&ext=.pdf. Zugegriffen: 17. September 2014.
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska`s - eine Bestandsaufnahme*. Zugegriffen: 27. September 2014.
- Mazur, J. E. (2006). *Always learning: Lernen und Verhalten* (6., aktualisierte Aufl.). München u.a.: Pearson Studium.
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: a more readable revised NEO Personality Inventory. *Journal of personality assessment*, 84(3), 261–270.
- McDaniel, M. A., & Snell, A. F. (1999). Holland's Theory and Occupational Information. *Journal of Vocational Behavior*, 55(1), 74–85.
- McKay, D. A., & Tokar, D. M. (2012). The HEXACO and five-factor models of personality in relation to RIASEC vocational interests. *Journal of Vocational Behavior*, 81(2), 138–149.
- McKenna, H., Slater, P., McCance, T., Bunting, B., Spiers, A., & McElwee, G. (2003). The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 359–366.
- Miller, P. H. (1993). *Theorien der Entwicklungspsychologie* (Studienausg.). Heidelberg: Spektrum Akad. Verl.
- MOUNT, M. K., BARRICK, M. R., SCULLEN, S. M., & ROUNDS, J. (2005). HIGHER-ORDER DIMENSIONS OF THE BIG FIVE PERSONALITY TRAITS AND THE BIG SIX VOCATIONAL INTEREST TYPES. *Personnel Psychology*, 58(2), 447–478.
- Müller, A., Wolf, H.-D., Schuler, M., Küffner, R., Neuderth, S., Faller, H., & Reusch, A. (2015). *Projekt PA-TRES. Prävention und Reduktion von Tabakkonsum unter Auszubildenden in der Pflege*. Abschlussbericht. http://www.pa-tres.de/projekt/Abschlussbericht_PATRES_Juli2015.pdf. Zugegriffen: 30.05.17.
- Müller, H. (2013). *IFT-Gesundheitsförderung. Bd. 5: Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen. Programm zur Stressbewältigung*. Kursleiternmaterial (6. Aufl.). Baltmannsweiler: Röttger.
- Munafò, M., & Black, S. (2007). Personality and smoking status. A longitudinal analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 397–404.
- NAJEM, G. R., ROSE, M., PASSANNANTE, C., & FOSTER, J. D. (1994). HEALTH RISK FACTORS AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF MEDICAL, DENTAL AND NURSING STUDENTS.
- Neyer, F. J., Banse, R., & Asendorp, J. B. (1999). *THE ROLE OF PROJECTION AND EMPATHIC ACCURACY IN DYADIC PERCEPTION BETWEEN OLDER TWINS*. <http://plone.psychologie.hu-berlin.de/de/prof/per/pdf/1999/neyer-banse-asendorp-1999.pdf>. Zugegriffen: 8. Oktober 2014.
- Nöcker, G. (Hrsg.) (2012). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 41: Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention - KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn* (Aufl. 1.3.05.12). Köln: BZgA.
- Oei, T. P. S., Hasking, P. A., & Young, R. M. (2005). Drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised (DRSEQ-R): a new factor structure with confirmatory factor analysis. *Drug and alcohol dependence*, 78(3), 297–307.
- O'Loughlin, J. L., Dugas, E. N., O'Loughlin, E. K., Karp, I., & Sylvestre, M.-P. (2014). Incidence and determinants of cigarette smoking initiation in young adults. *The Journal of adolescent health official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(1), 26–32.e4.
- Öztürk, C., Bektaş, M., Yilmaz, E., Salman, F., Şahin, T., İlmek, M., & Göke, G. (2011). Smoking status of Turkish nursing students and factors affecting their behavior.(7), 1687–1692.
- Palmer, C. (2008). Das Fünf Faktoren Modell der Persönlichkeit. *HAndout*.

- Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*(32), 1215–1228.
- Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulou, E., & Matziou, V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 7(5), 2362–2375.
- Pericas, J., Gonzalez, S., Bannasar, M., Pedro, J. de, Aguilo, A., & Bauza, L. (2009). Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain. *International nursing review*, 56(1), 95–101.
- Pervin, L. A., Cervone, D., & John, O. P. (2005). *UTB für Wissenschaft. Bd. 8035: Persönlichkeitstheorien. Mit 33 Tabellen* (5. Aufl.). München, Basel: E. Reinhardt.
- Piñeiro, B., López-Durán, A., Río, E. F. d., Martínez, Ú., & Becoña, E. (2013). Gender differences in personality patterns and smoking status after a smoking cessation treatment.
- Pirie, K., Peto, R., Reeves, G. K., Green, J., & Beral, V. (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping. A prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*, 381(9861), 133–141.
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Kramer, A. (2014). Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(38), 629–638.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Hrsg.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (4th Edition, S. 97–122). San Francisco: Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 38–48.
- Rammsteyer, T., & Weber, H. (2010). Differentielle Psychologie - Persönlichkeitstheorien. *Differentielle Psychologie - Persönlichkeitstheorien*.
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German.
- Rammstedt, B., Kemper, Christoph J., Klein, Mira Céline, Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2012). *Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: Big-Five-Inventory-10 (BFI-10)*. http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/31213/ssoar-2012-rammstedt_et_al_eine_kurze_skala_zur_messung.pdf?sequence=1. Zugegriffen: 12.02.16.
- Rammstedt, B., Kemper, Christoph J., Klein, Mira Céline, Beierlein, C., & Kovaleva, A. (2013). *Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: 10 Item Big-Five-Inventory (BFI-10)*. http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/mda/Vol.7_Heft_2/MDA_Vol_7_2013-2_Rammstedt.pdf. Zugegriffen: 12.02.16.
- Rammstedt, B., Koch, K., Borg, I., & Reitz, T. (2004). Entwicklung und Validierung einer Kurzskala für die Messung der Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen in Umfragen.
- Renneberg, B., & Hammelstein, P. (Hrsg.) (2006). *Springer-Lehrbuch: Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Richards, J. M., Stipelman, B. A., Bornovalova, M. A., Daughters, S. B., Sinha, R., & Lejuez, C. W. (2011). Biological mechanisms underlying the relationship between stress and smoking. State of the science and directions for future work. *Biological Psychology*, 88(1), 1–12.
- Rinck, M. Becker, E.S. (2011). Lernpsychologische Grundlagen. In H.-U. Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch: Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 108–126). Heidelberg: Springer-Medizin.
- Rohr, M. K. (2012). Wer wird Pfleger, wer nicht? Eine motivationspsychologische Antwort. Die Rolle von Persönlichkeit und Beziehungsgestaltung im Übergang zur Pflege.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). Themenreport Pflege 2030: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? *Bertelsmann Stiftung; Gütersloh*.
- Rowe, K., & Clark, J. M. (1999). Evaluating the effectiveness of a smoking cessation intervention designed for nurses.
- Rowe, K., & Clark, J. M. (2000). Why nurses smoke: a review of the literature.
- Salewski, C., & Renner, B. (2009). *UTB basics. Bd. 3127: Differentielle und Persönlichkeitspsychologie. Mit 92 Übungsaufgaben*. München: Reinhardt.
- Sarna, L., Bialous, S. A., Wewers, M. E., Froelicher, E. S., & Danao, L. (2005). Nurses, smoking, and the workplace. *Research in nursing & health*, 28(1), 79–90.
- Sarna, L., S.A. Bialous, M.J. Wells, J. Kotlerman, E.S. Froelicher, & M.E. Wewers (2009). Do You Need to Smoke to Get a Break?
- Schandry, R. (2016). *Biologische Psychologie. Mit Online-Material* (4., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

- Scheifhacker, S., Rustler, C., Bühler, A., Schulze, K., Schweizer, I., & Bonse-Rohmann, M. (2015). Rauchfrei durch die Pflegeausbildung. Astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege. *Suchttherapie*, 16(S 01).
- Schlese, M. (2012). *Beruf und Persönlichkeit. Zur Beziehung von beruflichen Lagen, Situationen und Persönlichkeitseigenschaften am Beispiel der Big Five im Sozioökonomischen Panel* (1. Aufl.). [München]: GRIN-Verl.
- Schmitt, M., & Altstötter-Gleich, C. (2010). Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie kompakt. [Online-Materialien]. *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie kompakt*.
- Schneider, W. (2006). *Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen*. Zugegriffen: 17. September 2014.
- Schneider-Stickler, B., & Bigenzahn, W. (2013). Kommunikation in der modernen Gesellschaft. In B. Schneider-Stickler & W. Bigenzahn (Hrsg.), *Stimmidiagnostik* (S. 1–8). Vienna: Springer Vienna.
- Schneider-Stickler, B., & Bigenzahn, W. (Hrsg.) (2013). *Stimmidiagnostik*. Vienna: Springer Vienna.
- Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Modelle der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 390–406).
- Schultz, A. S. (2003). Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 571–586.
- Schulz, P. (2005). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 219–236).
- Schwaab, M.-O. (Hrsg.) (2010). *Führen mit Zielen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (2005). *Gesundheitspsychologie*.
- Schweizer, I., Bonse-Rohmann, M., Bühler, A., Rustler, C., Scheifhacker, S., Schulze, K. (2015). Kooperatives Modellprojekt astra – rauchfrei durch die Pflegeausbildung: Prozessevaluation zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 2(2), 46–60.
- Schwippert, K., Bensen, M., & Berkemeyer, N. (Hrsg.) (2013). *Schul- und Bildungsforschung. Diskussionen, Befunde und Perspektiven. Festschrift für Wilfried Bos* (1. Aufl.). Münster: Waxmann.
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2011). *PS Psychologie: Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie* ([Nachdr.]). München: Pearson Studium.
- Sejr, H. S., & Osler, M. (2002). Do Smoking and Health Education Influence Student Nurses' Knowledge, Attitudes, and Professional Behavior? *Preventive Medicine*, 34(2), 260–265.
- Shadel, W. G., Cervone, D., Niaura, R., & Abrams, D. B. (2004). Investigating the Big Five Personality Factors and Smoking: // Investigating the Big Five Personality Factors and Smoking. Implications for Assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 185–191.
- Siegrist, J. (2005). Stress am Arbeitsplatz. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 304–319).
- Simon, W. (Hrsg.) (2010). *GABAL professional training: Persönlichkeitsmodelle und Persönlichkeitstests. 15 Persönlichkeitsmodelle für Personalauswahl, Persönlichkeitsentwicklung, Training und Coaching* (2. Aufl.). Offenbach: GABAL-Verl.
- SIQUEIRA, L., DIAB, M., & BODIAN, C. (2000). Adolescents Becoming Smokers: The Roles of Stress and Coping Methods.
- Slesina, W. (2007). Primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Eine Begriffsbestimmung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 132(42), 2196–2198.
- Smith, D. R. (2007). A systematic review of tobacco smoking among nursing students. *Nurse Education in Practice*, 7(5), 293–302.
- Smith, D. R., & Leggat, P. A. (2007). Tobacco smoking habits among a complete cross-section of Australian nursing students. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 82–89.
- Sonnentag, S., Frese, M., & Coch, J. (2005). Interventionen zur Reduktion von Stress und Stressauswirkungen in der Arbeit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 319–332).
- Springer, Alfred & Uhl, Alfred (Hrsg.) (1998). *EUR. Bd. 18153: COST A6 - Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse*. Luxembourg: Off. for Off. Publ. of the Europ. Communities.
- Staib, S., Fusner, S., & Consolo, K. (2006). How healthy are your nursing students? *Teaching and Learning in Nursing*, 1(2), 55–60.
- Stamm-Balderjahn, S., Groneberg, D. A., Kusma, B., Jagota, A., & Schonfeld, N. (2012). Smoking prevention in school students: positive effects of a hospital-based intervention. *Deutsches Arzteblatt international*, 109(44), 746–752.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Tabakkonsum in Deutschland: Immer mehr Frauen sterben an den Folgen des Rauchens*.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/05/PD15_196_23211pdf.pdf;jsessionid=7BC29A66C40AA55767A05F5BDFBF40F0.cae1?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 19. Oktober 2016.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Zahlen und Fakten Gesundheit. KrankenhäuserEinrichtungen, Betten und Patientenbewegungen*.

- https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Kranke_nhaeuserJahreOhne100000.html. Zugegriffen: 17. Februar 2017.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Zahlen und Fakten Gesundheit. Gesundheitspersonal nach Berufen und Geschlecht in 1000*.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html>. Zugegriffen: 17. Februar 2017.
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. Daten zur Gesundheit 2009 - Ergebnisse des Mikrozensus.
- Stern, P. C. (2005). *Understanding Individuals' Environmentally Significant Behavior*. <http://elr.info/news-analysis/35/10785/understanding-individuals-environmentally-significant-behavior>. Zugegriffen: 17. Oktober 2016.
- Syska, A. (2006). *Produktionsmanagement* (1. Aufl.). s.l.: Gabler Verlag.
- Terracciano, A., & Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction, 99*(4), 472–481.
- Travier, N., Agudo, A., May, A. M., Gonzalez, C., Luan, J., Wareham, N. J., Bueno-de-Mesquita, H. B., van den Berg, Saskia W., Slimani, N., Rinaldi, S., Clavel-Chapelon, F., Boutron-Ruault, M.-C., Palli, D., Sieri, S., Mattiello, A., Tumino, R., Vineis, P., Norat, T., Romaguera, D., Rodriguez, L., Sanchez, M.-J., Dorronsoro, M., Barricarte, A., Huerta, J. M., Key, T. J., Orfanos, P., Naska, A., Trichopoulou, A., Rohrmann, S., Kaaks, R., Bergmann, M. M., Boeing, H., Hallmans, G., Johansson, I., Manjer, J., Lindkvist, B., Jakobsen, M. U., Overvad, K., Tjonneland, A., Halkjaer, J., Lund, E., Braaten, T., Odysseos, A., Riboli, E., & Peeters, P. H. (2012). Longitudinal changes in weight in relation to smoking cessation in participants of the EPIC-PANACEA study. *Preventive Medicine, 54*(3-4), 183–192.
- turner. Plakat_Weltnichtrauchertag_2012#3.indd.
- US Department of Health and Human Service (2004). *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta.
- Vinci, C., Copeland, A. L., & Carrigan, M. H. (2012). Exposure to negative affect cues and urge to smoke. *Experimental and clinical psychopharmacology, 20*(1), 47–55.
- vitzthum (2011). Rauchverhalten, Änderungsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit. Erhebung unter Auszubildenden in Gesundheitsberufen.
- Vitzthum, K., Koch, F., Groneberg, D. A., Kusma, B., Mache, S., Marx, P., Hartmann, T., & Pankow, W. (2013). Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice, 13*(5), 407–412.
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping(29), 367–378.
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences, 2002*(32), 1185–1197.
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnaes, R. (1995). personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*(18), 117–125.
- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McIninch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors, 24*(6), 769–779.
- Walther, B., Morgenstern, M., & Hanewinkel, R. (2012). Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European addiction research, 18*(4), 167–174.
- Wasylikiw, L., & Fekken, G. (2002). Personality and self-reported health. Matching predictors and criteria. *Personality and Individual Differences, 33*(4), 607–620.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin, 132*(2), 249–268.
- Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 130–148).
- Weidner, F., & Kratz, T. (2012). Eine zukunftsorientierte Pflegebildung? Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. *Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung, 41*(6), 11–15.
- Weitkunat, R. (2003). *Korrelation, Kausalität und Persönlichkeit: Fakten und Trugschlüsse in der Ätiologieforschung*. Zugegriffen: 17. September 2014.
- Wenderlein, F. U. (2002). *Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften -Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit: eine empirische Studie an 1.020 Probanden*.
- Wenig, J. R., Erfurt, L., Kroger, C. B., & Nowak, D. (2013). Smoking cessation in groups--who benefits in the long term? *Health education research, 28*(5), 869–878.
- Wimmer, T. (2013). *Forschung und Entwicklung in der Analytischen Soziologie. Bd. 3: Rauchen, ein ganz normales Konsumverhalten? Perspektiven und Analysen zur Erklärung des Zigarettenkonsums*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Wittchen, H.-U., & Jürgen Hoyer (Hrsg.) (2011). *Springer-Lehrbuch: Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Springer-Medizin.

- Youngblade, L. M., & Curry, L. A. (2006). The People They Know. Links Between Interpersonal Contexts and Adolescent Risky and Health-Promoting Behavior. *Applied Developmental Science, 10*(2), 96–106.
- Zeidler, W., & Kleiber, D (2016). SQUIN- ein neuartiges onlinebasiertes Gruppentraining zur Tabakentwöhnung: Aufbau, methodischer Hintergrund und Wirksamkeit. *Report Psychologie, 41*(1), 6–17.
- Zimbardo, P. G. (Hrsg.) (1995). *Psychologie: Psychologie* (6. Aufl.). Augsburg: Weltbild Verlag GmbH.
- Zöllner, M. (2012). Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. *Zeitschrift des Bundesinstitutes für Berufsbildung, 41*(6), 6–10.

A Anhang

A.1 Kursthemen, Ziele, Methoden und Didaktik der einzelnen Kursstunden des Stressbewältigungsmoduls

Tabelle 84: Ziele, Methode und Didaktik der ersten Kursstunde - Stressbewältigung

1. Unterrichtsstunde			
Inhalte	Ziel	Methode	Didaktik
Eigene Ressourcen (Quelle: Müller, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler kennen die Bedeutung der eigenen Ressourcen • Pflegeschüler kennen ihre eigenen Ressourcen • Pflegeschüler wissen, wie sie ihre Ressourcen aktivieren und besser einsetzen können • Pflegeschüler unterstützen sich gegenseitig durch das Buddysystem 	angeleitete Einzelarbeit	Theoretischer Input um die Relevanz und Wirksamkeit der Unterrichtseinheit herauszustellen. Erstellung eines Kontaktsoziogrammes. Gezielte Suche eines Buddy in der Klasse
Wir-Gefühl stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler erleben, dass sie im Team funktionieren • Pflegeschüler lernen sich im Team anzusprechen. 	Interaktiv	Teamübung: <ul style="list-style-type: none"> • Schwebender Stab
Handlungsplan (Quelle: Müller, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler wissen, wie ein Handlungsplan erstellt wird • Pflegeschüler können Zeit für die eigenen Ressourcen einplanen • Pflegeschüler erstellen / besitzen einen Handlungsplan für die nächste Praxiswoche (mittelfristige Ziele) 	angeleitete Einzelarbeit	Die Struktur für einen möglichen Handlungsplan wird aufgezeigt. Anschließend erfolgt ein eigenständiges Erarbeiten der Inhalte mit Plenumsdiskussion.

Tabelle 85: Ziele, Methode und Didaktik der zweiten Kursstunde - Stressbewältigung

2. Unterrichtsstunde			
Inhalte	Ziel	Methode	Didaktik
Kontrollierte Zuwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler lernen Strategie zur kurzfristigen Stressbewältigung • Pflegeschüler erlernen eine stressreduzierende Strategie für Situationen die nicht veränderbar sind • Pflegeschüler verstehen die Bedeutung der kontrollierten Zuwendung • Pflegeschüler können die kontrollierte Zuwendung selbstständig durchführen 	Plenum	Sammeln der aktuellen Strategien der Stressreduktion und Diskussion der Wirkung dieser
		Frontalunterricht	Vorstellung aktueller und evidenzbasierter Strategien für eine kurzfristige Problemlösung.
		Plenumsdiskussion	Inwiefern werden diese Strategien bereits eingesetzt und wo könnten weitere Strategien in Zukunft eingesetzt werden.
		Rollenspiel	In Kleingruppen von 3 Personen (2 Spieler + 1 Beobachter) soll die erlernte Strategie erprobt und diskutiert werden
		Plenumsdiskussion	Diskussion des Rollenspiels: Gelang es die Strategien umzusetzen? Was wurde als besonders unterstützend empfunden? Wo gab es Schwierigkeiten?
Systematisches Problemlösen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler lernen Strategie zur langfristigen Stressbewältigung • Pflegeschüler lernen, dass viele Probleme lösbar sind, sobald das Kernproblem erkannt wurde • Pflegeschüler erlernen die systematische Suche nach der Problemursache und einer passenden Lösung oder Handlungsmöglichkeit • Pflegeschüler verstehen die Funktion des systematischen Problemlösens • Pflegeschüler können die systematisches Problemlösen selbstständig durchführen 	Frontalunterricht	Vermittlung des systematischen Problemlösens und deren Bedeutung für eine langfristige Problemlösung.
		Gruppenarbeit	An einem selbst gewählten Problem soll die Strategien in Kleingruppen von max. 5 Schülern durchgespielt und zu einer Lösung geführt werden.
		Plenumsdiskussion	Sammeln der Erfahrungen aus der Gruppenarbeit. Diskussion der Schwierigkeiten und Ermittlung der Gruppen, denen es gelang sein Problem nachhaltig zu lösen. Präsentation der einzelnen Schritte und Lösungsansätze.

Tabelle 86: Ziele, Methode und Didaktik der dritten Kursstunde - Stressbewältigung

3. Unterrichtsstunde			
Inhalte	Ziel	Methode	Didaktik
Stressanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler werden sich ihrer persönlichen Stressquellen im Beruf und Privat bewusst • Pflegeschüler verstehen den Sinn und Zweck der Stressanalyse • Pflegeschüler sind in der Lage Stresssituationen zu erkennen und lernen künftig besser reagieren zu können • Pflegeschüler sind in der Lage die Stressanalyse selbstständig durchzuführen 	Einzelarbeit Mindmap	Das Modell eines möglichen Mindmaps wird aufgeblendet. Die Bereiche Familie, Schule, Praxiseinrichtung, Hobby, Freunde & Bekannte sowie Sonstiges sind bereits vorgegeben
		Frontalunterricht	Die Methode der Stressanalyse wird zunächst in Form des Frontalunterrichts theoretisch erläutert.
		Plenumsdiskussion	Anschließend wird ein Beispiel vorgestellt und gemeinsam besprochen.
		Gruppenarbeit in Kleingruppen	Um die Stressanalyse zu festigen wird diese anschließend in einer Kleingruppe selbstständig an einem selbst gewählten Beispiel durchgeführt, wovon eines in der Klasse vorgestellt wird.
Einstellungsänderung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler verstehen die Bedeutung und Möglichkeiten der kurzfristigen Stressbewältigung • Pflegeschüler verstehen das Prinzip und Ziel der Einstellungsänderung • Pflegeschüler verstehen, dass einige Probleme nicht veränderbar sind, aber das durch eine geänderte Einstellung der Stress reduziert werden kann 	Frontalunterricht	Die Hinleitung zum Thema erfolgt über einen Kurzvortrag.
		Plenum	Die Erarbeitung der Schritte einer Einstellungsänderung erfolgt durch das Plenum. Die Schüler werden gebeten die Unterstützung zu nennen, die Sie bei Problemen bekommen oder selber geben. Für die genannten Beispiele werden Überbegriffe gewählt die langsam das Akronym astra ergeben (z.B. „hat bestimmt keiner gemerkt“ □ runter spielen).
		Frontalunterricht	Anschließend wird das Prinzip der Einstellungsänderung als Teil der kontrollierten Zuwendung zunächst in einem Vortrag erklärt.
		Gruppenarbeit	Anschließend wird die Einstellungsänderung von den Schülern in Kleingruppen selbstständig durchgeführt. Ein Beispiel wird im Anschluss daran vorgestellt und mit der Klasse diskutiert.

Tabelle 87: Ziele, Methode und Didaktik der vierten Kursstunde - Stressbewältigung

4. Unterrichtsstunde			
Inhalte	Ziel	Methode	Didaktik
Körpersprache & Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler lernen die Bedeutung der Körpersprache • Pflegeschüler erproben die Wirkung einer widersprüchlichen Körpersprache • Pflegeschüler lernen den gezielten Einsatz der Körpersprache zu unterstützen • Pflegeschüler erlernen eine zielführende Verbindung der Körpersprache mit der Sprache und Lautstärke, um den Standpunkt bestmöglich zu vertreten 	Frontalunterricht	Die letzte Kursstunde ist durch viele interaktive Elemente geprägt. Dennoch erfolgt zunächst eine kurze theoretische Einführung hinsichtlich der Wirkung und Bedeutung der Körpersprache und Kommunikation.
		Rollenspiel	Zum besseren Verständnis und Verinnerlichung können die Pflegeschüler spielerisch im Rahmen eines Rollenspiels die Wirkung ausprobieren. Besonders die Wirkung einer widersprüchlichen Körpersprache zum Gesagten soll erprobt werden.
Selbstsicherheit & Standfestigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler lernen Nein zu sagen • Pflegeschüler erkennen Zweideutigkeit zwischen dem Wort und der Körpersprache und deren Wirkung auf die wahrgenommene Standfestigkeit • Pflegeschüler erlernen und festigen ein selbstsicheres Auftreten • Pflegeschüler trainieren ihre Standfestigkeit in schwierigen Situationen 	Technik der ständigen Wiederholung	Der zweite Teil der Stunde wird mit der Technik der ständigen Wiederholung begonnen, welche in Zweiergruppen durchgeführt wird. Anschließend wird diese Technik noch einmal im Klassenverbund durchgeführt, wobei sich alle an die Außenwand des Klassenzimmers stellen. Der Kursleiter beginnt dem Schüler neben sich eine Zigarette anzubieten. Dieser bietet nach dem Ablehnen die Zigarette seinem Nachbarn an. Die Zigarette geht die Reihe rum bis sie wieder beim Kursleiter ankommt.
		Rollenspiel	Zum Ende der Kursstunde soll erneut ein Rollenspiel durchgeführt werden. Dabei gibt es einen Mitarbeiter, der seine Pausen einfordert, einen Chef und einen Beobachter. Die Rollen werden durchgetauscht, sodass jeder alle Rollen ausprobieren konnte.
Wiederholung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeschüler erhalten einen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Methoden der Stressprävention • Pflegeschüler inkorporieren das Wissen durch Aktivierung des Vorwissens und Wiederholung der Inhalte 	Quiz mit Belohnung für richtige Antworten	In Form eines Wissensquiz, welches im Plenum beantwortet wird, können die wichtigsten Inhalte wiederholt und das Wissen inkorporiert werden. Durch die Verteilung von Süßigkeiten wird die Motivation zur Teilnahme weiter gesteigert.

A.2 Schulleiterbögen Eingangsbefragung (T0)



Fragebogen Leitung der Bildungseinrichtung

Sehr geehrtes Mitglied der Schulleitung,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns Auskunft über Ihre Bildungseinrichtung für Pflegeberufe zu geben. Die Angaben dienen einer Abschätzung der Rahmenbedingungen, in denen das astra-Projekt durchgeführt wird.

Wir versichern Ihnen, dass die Daten der Schule und die Ihrer Auszubildenden nur zusammengefasst mit allen anderen Schulen ausgewertet und veröffentlicht werden und keine Rückschlüsse auf eine einzelne astra-Einrichtung möglich sind!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die unten stehende Adresse oder faxen Sie ihn an die angegebene Nummer.

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Anneke Bühler
Leiterin „Präventionsforschung“

IFT Institut für Therapieforschung
München
Parzivalstr. 25
80804 München
Fax: 089/36080469

IFT

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Code

1. Wie viele Klassen/Kurse gibt es an Ihrer Bildungseinrichtung für Pflegeberufe pro Ausbildungsjahr?

_____ Erstes Jahr _____ Zweites Jahr _____ Drittes Jahr

2. Wie hoch ist die Anzahl der Auszubildenden pro Ausbildungsjahr?

_____ Erstes Jahr _____ Zweites Jahr _____ Drittes Jahr

3. Wie hoch ist in Ihrer Bildungseinrichtung die Anzahl der in Voll- und Teilzeitbeschäftigten Lehrpersonen ?

_____ in Vollzeit und _____ in Teilzeit beschäftigte Lehrpersonen

4. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Ihre Bildungseinrichtung liegt? Würde man es eher als ländliche oder städtische Region bezeichnen?

_____ Einwohner eher städtische Region eher ländliche Region

5. Mit wie vielen Praxiseinrichtungen und mit wie vielen PraxisanleiterInnen kooperieren Sie im Hinblick auf die Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr?

Mit _____ Einrichtungen und mit etwa _____ PraxisanleiterInnen

6. Wie häufig finden pro Schuljahr Kooperationstreffen (Besprechungen) mit den Praxiseinrichtungen statt?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Nie	1 Mal	2 bis 3 Mal	4 bis 5 Mal	Mehr als 5 Mal
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

7. Wie würden Sie die Qualität der Kooperation mit der Praxis beschreiben ?

	Nicht vorhanden	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

8. Die Tabakpolitik an Ihrer Bildungseinrichtung - In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Bildungseinrichtung zu?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Teils teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein fester Arbeitskreis, der sich regelmäßig trifft und mit dem Thema Rauchen an der Schule befasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Entscheidungen bezüglich des Rauchens sind alle wichtigen Gruppen beteiligt (Auszubildende, Schulleitung, Lehrpersonal, PraxisanleiterInnen, nichtpädagogisches Personal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kollegium nimmt an Fortbildungen zum Thema Rauchen teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein allen zugängliches Dokument zur Tabakpolitik, in dem alle Bemühungen und Regelungen verbindlich aufgezeichnet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung arbeitet regelmäßig mit anderen Einrichtungen zusammen, die auf dem Gebiet Rauchen/Nichtrauchen tätig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es für alle Auszubildenden überall ein Rauchverbot (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe des Unterrichtstages gibt es überall an der Bildungseinrichtung regelmäßige Kontrollen der Einhaltung der Regelungen (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Regelüberschreitungen gibt es konsequente und abgestufte Sanktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sanktionen sind sowohl disziplinierender (z. B. Dokumentation, Verweise, Nachsitzen) als auch eher gesundheitsfördernder und unterstützender Natur (z. B. Gespräche über die Gründe für das Rauchen mit pädagogischem Personal oder Eltern, Rauchstopp-Interventionen, Vermittlung zu außerschulischer Beratung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für Auszubildende an oder unterstützt die Auszubildenden dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung sind wissenschaftlich überprüfte Präventionsmaßnahmen (z. B. Stresspräventionsprogramm) etabliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es ein Rauchverbot für pädagogisches und nichtpädagogisches Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einhaltung des Rauchverbots wird regelmäßig kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Sanktionen für das pädagogische und nichtpädagogische Personal sowie für BesucherInnen, wenn diese sich nicht an das Rauchverbot halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für das pädagogische und nichtpädagogische Personal an oder unterstützt es dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ ist für unsere Bildungseinrichtung sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ ist für die Abläufe in unserer Bildungseinrichtung sehr störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie würden Sie die Möglichkeiten der Pausengestaltung für Ihre Auszubildenden an Ihrer Bildungseinrichtung beschreiben?

	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)
Es existiert ein Pausenraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Pausenraum ist gemütlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt in unmittelbarer Nähe ein Trink- oder Speiseangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Raum mit dem Trink- und Speiseangebot lädt zur Kommunikation und Entspannung ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In weniger als 5 Minuten Nähe sind Zigaretten zu kaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es existiert eine Raucherecke/Raucherraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des Unterrichts werden kurze „Raucherpausen“ durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Gelände der Bildungseinrichtung stehen Bänke im rauchfreien Bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Gelände der Bildungseinrichtung stehen Bänke im Raucherbereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Präventionsthemen bzw. Themen der Gesundheitsförderung haben an den Bildungseinrichtungen unterschiedliche Priorität. Wie ist das an Ihrer Bildungseinrichtung? Bitte bringen Sie die genannten Themen durch das Vergeben einer Zahl von 1 bis 9 in eine Rangreihe der Priorität (1=hohe Priorität).

_____ Bewegung _____ Tabakprävention _____ Stressprävention
 _____ Ernährung _____ Suchtprävention (illegale Substanzen) _____ Entspannungstechniken
 _____ Alkoholprävention _____ Arzneimittel _____ LehrerInnen-Gesundheit

11. Wie motiviert sind Sie...

	Sehr motiviert	Etwas motiviert	Weniger motiviert	Gar nicht motiviert
... Ihre Bildungseinrichtung zu einer rauchfreien Bildungseinrichtung zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Auszubildenden zu unterstützen, ihre Ausbildung als NichtraucherInnen abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich für rauchfreie Praxiseinrichtungen einzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Praxisanleitende für die Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung Ihrer Schülerinnen zu gewinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie zuversichtlich sind Sie in den nächsten drei Jahren...	Sehr zuversichtlich	Etwas zuversichtlich	Weniger zuversichtlich	Gar nicht zuversichtlich		
... Ihre Bildungseinrichtung zu einer rauchfreien Bildungseinrichtung verändern zu können? <input type="checkbox"/>		... Ihre Auszubildenden unterstützen zu können, ihre Ausbildung als NichtraucherIn abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Beitrag leisten zu können, die Praxiseinrichtungen rauchfrei zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... Praxisanleitende für die Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung gewinnen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13. Welches zentrale Ziel haben Sie für Ihre Bildungseinrichtung/Auszubildenden für das Handlungsfeld Rauchfreiheit...

In den nächsten 3 Monaten?

In den nächsten 3 Jahren?

14. Möchten Sie das astra-Projekt-Team auf bestimmte Probleme, Besonderheiten und mögliche Widerstände – in der Bildungseinrichtung und/oder der Praxiseinrichtung hinweisen?

a) In der Bildungseinrichtung

b) In der Praxiseinrichtung

15. Möchten Sie Empfehlungen aussprechen, die das astra-Projekt-Team auf jeden Fall berücksichtigen sollte?

a) In Ihrer Bildungseinrichtung

b) Grundsätzlich in Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

A.3 Schulleiterbögen Abschlussbefragung (T1) Interventionsschule



Fragebogen Leitung der Bildungseinrichtung

Sehr geehrtes Mitglied der Schulleitung,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns Auskunft über Ihre Bildungseinrichtung für Pflegeberufe zu geben. Die Angaben dienen einer Abschätzung der Rahmenbedingungen, in denen das astra-Projekt durchgeführt wird.

Wir versichern Ihnen, dass die Daten der Schule und die Ihrer Auszubildenden nur zusammengefasst mit allen anderen Schulen ausgewertet und veröffentlicht werden und keine Rückschlüsse auf eine einzelne astra-Einrichtung möglich sind!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die unten stehende Adresse oder faxen Sie ihn an die angegebene Nummer.

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Anneke Bühler
Leiterin „Präventionsforschung“

IFT Institut für Therapieforschung
München
Parzivalstr. 25
80804 München
Fax: 089/36080469

IFT

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Code

1. Wie viele Klassen/Kurse gibt es an Ihrer Bildungseinrichtung für Pflegeberufe pro Ausbildungsjahr?

_____ Erstes Jahr _____ Zweites Jahr _____ Drittes Jahr

2. Wie hoch ist die Anzahl der Auszubildenden pro Ausbildungsjahr?

_____ Erstes Jahr _____ Zweites Jahr _____ Drittes Jahr

3. Wie hoch ist in Ihrer Bildungseinrichtung die Anzahl der in Voll- und Teilzeitbeschäftigten Lehrpersonen ?

_____ in Vollzeit und _____ in Teilzeit beschäftigte Lehrpersonen

4. Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Ihre Bildungseinrichtung liegt? Würde man es eher als ländliche oder städtische Region bezeichnen?

_____ Einwohner eher städtische Region eher ländliche Region

5. Mit wie vielen Praxiseinrichtungen und mit wie vielen PraxisanleiterInnen kooperieren Sie im Hinblick auf die Ausbildung im ersten Ausbildungsjahr?

Mit _____ Einrichtungen und mit etwa _____ PraxisanleiterInnen

6. Wie häufig finden pro Schuljahr Kooperationstreffen (Besprechungen) mit den Praxiseinrichtungen statt?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Nie	1 Mal	2 bis 3 Mal	4 bis 5 Mal	Mehr als 5 Mal
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

7. Wie würden Sie die Qualität der Kooperation mit der Praxis beschreiben ?

	Nicht vorhanden	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

8. Die Tabakpolitik an Ihrer Bildungseinrichtung - In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Bildungseinrichtung zu?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Teils teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein fester Arbeitskreis, der sich regelmäßig trifft und mit dem Thema Rauchen an der Schule befasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Entscheidungen bezüglich des Rauchens sind alle wichtigen Gruppen beteiligt (Auszubildende, Schulleitung, Lehrpersonal, PraxisanleiterInnen, nichtpädagogisches Personal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kollegium nimmt an Fortbildungen zum Thema Rauchen teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein allen zugängliches Dokument zur Tabakpolitik, in dem alle Bemühungen und Regelungen verbindlich aufgezeichnet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung arbeitet regelmäßig mit anderen Einrichtungen zusammen, die auf dem Gebiet Rauchen/Nichtrauchen tätig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es für alle Auszubildenden überall ein Rauchverbot (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe des Unterrichtstages gibt es überall an der Bildungseinrichtung regelmäßige Kontrollen der Einhaltung der Regelungen (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Regelüberschreitungen gibt es konsequente und abgestufte Sanktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sanktionen sind sowohl disziplinierender (z. B. Dokumentation, Verweise, Nachsitzen) als auch eher gesundheitsfördernder und unterstützender Natur (z. B. Gespräche über die Gründe für das Rauchen mit pädagogischem Personal oder Eltern, Rauchstopp-Interventionen, Vermittlung zu außerschulischer Beratung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für Auszubildende an oder unterstützt die Auszubildenden dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung sind wissenschaftlich überprüfte Präventionsmaßnahmen (z. B. Stresspräventionsprogramm) etabliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es ein Rauchverbot für pädagogisches und nichtpädagogisches Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einhaltung des Rauchverbots wird regelmäßig kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Sanktionen für das pädagogische und nichtpädagogische Personal sowie für BesucherInnen, wenn diese sich nicht an das Rauchverbot halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für das pädagogische und nichtpädagogische Personal an oder unterstützt es dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ ist für unsere Bildungseinrichtung sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ ist für die Abläufe in unserer Bildungseinrichtung sehr störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie zuversichtlich sind Sie in den nächsten drei Jahren...	Sehr zuversichtlich	Etwas zuversichtlich	Weniger zuversichtlich	Gar nicht zuversichtlich		
... Ihre Bildungseinrichtung zu einer rauchfreien Bildungseinrichtung verändern zu können? <input type="checkbox"/>		... Ihre Auszubildenden unterstützen zu können, ihre Ausbildung als NichtraucherIn abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Beitrag leisten zu können, die Praxiseinrichtungen rauchfrei zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... Praxisanleitende für die Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung gewinnen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

13. Für Ihre Schule wurden im Rahmen des astra-Workshops drei konkrete Ziele für das Handlungsfeld Rauchfreiheit gesetzt. Inwiefern konnten diese Ihrer Meinung nach bisher erreicht werden?

Ziel 1:

Ziel 2:

Ziel 3:

14. Welche erleichternden und welche hindernden Faktoren in der Bildungseinrichtung und/oder der Praxiseinrichtung haben Ihrer Meinung nach hinweisen?

a) In der Bildungseinrichtung

b) In der Praxiseinrichtung

15. Möchten Sie Empfehlungen aussprechen, die das astra-Projekt-Team auf jeden Fall berücksichtigen sollte?

a) In Ihrer Bildungseinrichtung

b) Grundsätzlich in Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

A.4 Schulleiterbögen Abschlussbefragung (T1) Kontrollschule



Fragebogen Leitung der Bildungseinrichtung

Sehr geehrtes Mitglied der Schulleitung,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, uns zum Abschluss der astra-Modellphase Auskunft zu geben über die Rahmenbedingungen, in denen das astra-Projekt durchgeführt wurde, und über Ihre Einschätzung des astra-Projekts und seiner Themen im Allgemeinen.

Wir versichern Ihnen, dass die Daten der Schule und die Ihrer Auszubildenden nur zusammengefasst mit allen anderen Schulen ausgewertet und veröffentlicht werden und keine Rückschlüsse auf eine einzelne astra-Einrichtung möglich sind!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die unten stehende Adresse oder faxen Sie ihn an die angegebene Nummer.

Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Anneke Bühler
Leiterin „Präventionsforschung“

IFT Institut für Therapieforschung
München
Parzivalstr. 25
80804 München
Fax: 089/36080469

IFT

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Code

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Rahmenbedingungen an Ihrer Schule

1. Die Tabakpolitik an Ihrer Bildungseinrichtung - In welchem Ausmaß treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Bildungseinrichtung zu?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Teils / teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein fester Arbeitskreis, der sich regelmäßig trifft und mit dem Thema Rauchen an der Schule befasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Entscheidungen bezüglich des Rauchens sind alle wichtigen Gruppen beteiligt (Auszubildende, Schulleitung, Lehrpersonal, PraxisanleiterInnen, nichtpädagogisches Personal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kollegium nimmt an Fortbildungen zum Thema Rauchen teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung existiert ein allen zugängliches Dokument zur Tabakpolitik, in dem alle Bemühungen und Regelungen verbindlich aufgezeichnet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung arbeitet regelmäßig mit anderen Einrichtungen zusammen, die auf dem Gebiet Rauchen/Nichtrauchen tätig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es für alle Auszubildenden überall ein Rauchverbot (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe des Unterrichtstages gibt es überall an der Bildungseinrichtung regelmäßige Kontrollen der Einhaltung der Regelungen (Gebäude, Gelände, angrenzendes Gelände).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Regelüberschreitungen gibt es konsequente und abgestufte Sanktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sanktionen sind sowohl disziplinierender (z. B. Dokumentation, Verweise, Nachsitzen) als auch eher gesundheitsfördernder und unterstützender Natur (z. B. Gespräche über die Gründe für das Rauchen mit pädagogischem Personal oder Eltern, Rauchstopp-Interventionen, Vermittlung zu außerschulischer Beratung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für Auszubildende an oder unterstützt die Auszubildenden dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung sind wissenschaftlich überprüfte Präventionsmaßnahmen (z. B. Stresspräventionsprogramm) etabliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An unserer Bildungseinrichtung gibt es ein Rauchverbot für pädagogisches und nichtpädagogisches Personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einhaltung des Rauchverbots wird regelmäßig kontrolliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Sanktionen für das pädagogische und nichtpädagogische Personal sowie für BesucherInnen, wenn diese sich nicht an das Rauchverbot halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Bildungseinrichtung bietet Tabakentwöhnungskurse für das pädagogische und nichtpädagogische Personal an oder unterstützt es dabei, an Kursen teilnehmen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ war/ist für unsere Bildungseinrichtung sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme an dem Projekt „astra“ war/ist für die Abläufe in unserer Bildungseinrichtung sehr störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rahmenbedingungen an Ihrer Schule

2. Wie würden Sie die Möglichkeiten der Pausengestaltung für Ihre Auszubildenden an Ihrer Bildungseinrichtung beschreiben?

	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)
Es existiert ein Pausenraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Pausenraum ist gemütlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt in unmittelbarer Nähe ein Trink- oder Speiseangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Raum mit dem Trink- und Speiseangebot lädt zur Kommunikation und Entspannung ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In weniger als 5 Minuten Nähe sind Zigaretten zu kaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es existiert eine Raucherecke/Raucherraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des Unterrichts werden kurze „Raucherpausen“ durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Gelände der Bildungseinrichtung stehen Bänke im rauchfreien Bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dem Gelände der Bildungseinrichtung stehen Bänke im Raucherbereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Präventionsthemen bzw. Themen der Gesundheitsförderung haben an den Bildungseinrichtungen unterschiedliche Priorität. Wie ist das an Ihrer Bildungseinrichtung? Bitte bringen Sie die genannten Themen durch das Vergeben einer Zahl von 1 bis 9 in eine Rangreihe der Priorität (1=hohe Priorität).

_____ Bewegung	_____ Tabakprävention	_____ Stressprävention
_____ Ernährung	_____ Suchtprävention (illegale Substanzen)	_____ Entspannungstechniken
_____ Alkoholprävention	_____ Arzneimittel	_____ LehrerInnen-Gesundheit

4. Wie hoch war die Fluktuation im ersten Ausbildungsjahr (Beginn Herbst 2013) im letzten Jahr? Bitte füllen Sie die Lücken mit den entsprechenden Zahlen aus.

Es haben _____ Auszubildende die Ausbildung begonnen. Im Laufe des Jahres sind _____ neue Auszubildende hinzugekommen und _____ haben die Ausbildung abgebrochen. Im Mai 2014 waren _____ Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr.

4a. Welche Note geben Sie dem Unterricht an Ihrer Schule im Allgemeinen? Note 1 – 6

5. Wie würden Sie die Qualität der Kooperation mit der Praxis beschreiben?

	Nicht vorhanden	Sehr schlecht	Eher schlecht	Eher gut	Sehr gut
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

Code

Tabakprävention an Ihrer Schule

6. Wie häufig haben im letzten Schuljahr Kooperationstreffen (Besprechungen) mit den Praxiseinrichtungen statt gefunden? Wurde astra dort thematisiert?

Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Nie	1 Mal	2 bis 3 Mal	Mehr als 4 Mal	Ja, astra war Thema
Pflegedienstleitungen	<input type="checkbox"/>				
Klinik- oder Heimleitungen	<input type="checkbox"/>				
PraxisanleiterInnen	<input type="checkbox"/>				

7. Wurde astra auf Initiative der Schulleitung in den Praxiseinrichtungen, mit denen die Schule zusammenarbeitet, vorgestellt?

Nein Ja, in allen Praxiseinrichtungen Ja, in einigen Praxiseinrichtungen

8. Wie motiviert sind Sie...

	Sehr motiviert	Etwas motiviert	Weniger motiviert	Gar nicht motiviert
... Ihre Bildungseinrichtung zu einer rauchfreien Bildungseinrichtung zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Auszubildenden zu unterstützen, ihre Ausbildung als NichtraucherInnen abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich für rauchfreie Praxiseinrichtungen einzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Praxisanleitende für die Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung Ihrer Schülerinnen zu gewinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie zuversichtlich sind Sie in den nächsten drei Jahren...

	Sehr zuversichtlich	Etwas zuversichtlich	Weniger zuversichtlich	Gar nicht zuversichtlich
... Ihre Bildungseinrichtung zu einer rauchfreien Bildungseinrichtung verändern zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Auszubildenden unterstützen zu können, ihre Ausbildung als NichtraucherIn abzuschließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Beitrag leisten zu können, die Praxiseinrichtungen rauchfrei zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Praxisanleitende für die Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung gewinnen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabakprävention an Ihrer Schule

10. Die Pflegeschulen haben bei der ersten Befragung die folgenden Ziele für das Handlungsfeld Rauchfreiheit genannt. Hatten Sie sich diese Ziele auch gesetzt und falls ja, wie würden Sie den Grad der Zielerreichung heute einordnen?

Ziele	Dieses Ziel hatten wir	Grad der Zielerreichung				
		Viel weniger als erwartet	Weniger als erwartet	Erwartetes Ergebnis	Mehr als erwartet	Viel mehr als erwartet
Problembewusstsein für das Rauchen in der Pflege bei Auszubildenden stärken	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problembewusstsein für das Rauchen in der Pflege über die Schule hinaus fördern	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zum Rauchen in den Unterricht integrieren (im Rahmen von astra oder außerhalb von astra)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressprävention in den Unterricht integrieren (im Rahmen von astra oder außerhalb von astra)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchstoppangebote an der Schule anbieten (im Rahmen von astra oder außerhalb von astra)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelungen des Nichtraucherschutzes umsetzen (z.B. Raucherecken oder rauchfreie Räume einführen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger rauchende Auszubildende am Ende des 1. Ausbildungsjahres	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchfreie Pausenräume attraktiver gestalten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Welche erleichternden und welche hindernden Faktoren in der Bildungseinrichtung und/oder der Praxiseinrichtung haben Ihrer Meinung bei der Verfolgung der Ziele Einfluss genommen?

a) Erleichternd:

b) Hindernd:

11a. Wären Sie an der Durchführung einer strukturierten Maßnahme zur Tabakprävention und Reduktion wie astra interessiert?

ja nein unter bestimmten Bedingungen, die wären:

Die Bedeutung von astra-Themen in der Pflegeausbildung

12. Wie schätzen Sie das persönliche Fortbildungs-Interesse und den objektiven Fortbildungs-Bedarf bei Lehrkräften zum schulischen Gesundheitsmanagement (themenübergreifend) ein?

	0 (kein)	1 (gering)	2 (mittel)	3 (hoch)	4 (sehr hoch)
a) Fortbildungs-Interesse	<input type="checkbox"/>				
b) Fortbildungs-Bedarf	<input type="checkbox"/>				

13. Bitte schätzen Sie spezifischen Fortbildungsbedarf zu den im Projekt „astra“ vermittelten Interventionen ein, sofern diese von Lehrkräften Ihrer Schule auch nach dem Projekt „astra“ verbindlich implementiert werden sollen.

	0 (kein)	1 (gering)	2 (mittel)	3 (hoch)	4 (sehr hoch)
a) Informationsveranstaltung	<input type="checkbox"/>				
b) Moderation Workshop	<input type="checkbox"/>				
c) Stress-Prävention im Unterricht	<input type="checkbox"/>				
d) Rauchstopp-Kurs-Angebot	<input type="checkbox"/>				
e) Astra-Aktiv-Projekt	<input type="checkbox"/>				

14. Wie schätzen Sie in Ihrer Schule das Interesse und die konkretere Bereitschaft zu einer Beteiligung von Lehrkräften und Auszubildenden an einem „astra-Präventions-Preis zur Tabakprävention“ für schulische und betriebliche Einrichtungen ein?

	0 (kein)	1 (gering)	2 (mittel)	3 (hoch)	4 (sehr hoch)
a) Interesse Lehrkräfte	<input type="checkbox"/>				
b) Bereitschaft Lehrkräfte	<input type="checkbox"/>				
c) Interesse SchülerInnen	<input type="checkbox"/>				
d) Bereitschaft SchülerInnen	<input type="checkbox"/>				

15. Wie (a) curricular realistisch und wie (b) bedeutsam erscheint Ihnen die Förderung einer Gesundheitsberatungskompetenz zur Tabakprävention während der beruflichen Ausbildung der Pflegeberufe?

	0 (nicht)	1 (weniger)	2 (teils/teils)	3 (eher)	4 (sehr)
a) curricular realistisch	<input type="checkbox"/>				
b) bedeutsam	<input type="checkbox"/>				

16. Wie (a) curricular realistisch und wie (b) bedeutsam erscheint Ihnen die Förderung einer Gesundheitsberatungskompetenz zur Tabakprävention während der beruflichen Fortbildung der Pflegeberufe?

	0 (kein)	1 (gering)	2 (mittel)	3 (hoch)	4 (sehr hoch)
a) curricular realistisch	<input type="checkbox"/>				
b) bedeutsam	<input type="checkbox"/>				

17. Wie schätzen Sie folgende Vernetzungs-Möglichkeiten und -Erfordernisse der Prävention des Tabakkonsums bzw. zur Förderung der Rauchfreiheit der Schulen untereinander und mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ein?

	0 (keine)	1 (geringe)	2 (mittlere)	3 (hoch)	4 (sehr hoch)
a) Vernetzungs-Möglichkeiten unter Schulen	<input type="checkbox"/>				
b) Vernetzungs-Erfordernisse unter Schulen	<input type="checkbox"/>				
c) Vernetzungs-Möglichkeiten Schulen/ BGM	<input type="checkbox"/>				
d) Vernetzungs-Erfordernisse Schulen/ BGM	<input type="checkbox"/>				

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

A.5 Schülerbögen Eingangsbefragung (T0)

astra-Befragung 2013

Liebe Auszubildende, lieber Auszubildender,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, diesen Fragebogen auszufüllen!

Dies ist kein Test, es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Sollten Sie keine genau passende Antwort finden, wählen Sie bitte die Kategorie, die ihr am nächsten kommt. Das Ausfüllen des Fragebogens ist sehr einfach:

- Kreuzen Sie die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kreisen an.
- Bei einigen Fragen müssen Zahlenangaben gemacht werden.
Beispiel: Wie alt sind Sie? 19 Jahre

Damit wir Ihre Antworten vom heutigen Fragebogen den Antworten bei den zwei späteren Befragungen zuordnen können **ohne Ihren Namen zu erfahren**, bitten wir Sie zuerst um ein Codewort.

Bitte tragen Sie jetzt in die Kästchen Ihr Codewort ein:

Die Anzahl der Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des Mädchennamens (Geburtsnamens) Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihres Vaters:		
Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag):		

Vielen Dank im Voraus für Ihre Antworten!

Angaben zu Ihrer Person

1.	Wie alt sind Sie?	Ich bin _____ Jahre alt.
2.	Ich bin ...	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
3.	Ich mache eine Ausbildung in der...	<input type="radio"/> Gesundheits- und Krankenpflege <input type="radio"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflege <input type="radio"/> Altenpflege
4.	In welchem Ausbildungsjahr sind Sie?	<input type="radio"/> erstes Jahr <input type="radio"/> zweites Jahr <input type="radio"/> drittes Jahr
5.	Haben Sie bereits im Rahmen dieser Ausbildung einen Praxiseinsatz (z.B. in der Klinik, im Heim oder im ambulanten Pflegedienst) gehabt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Falls Sie noch **keinen** Praxiseinsatz gehabt haben, beantworten Sie die noch folgenden Fragen zum Praxiseinsatz bitte trotzdem und kreuzen Sie an, was Sie erwarten.

Rauchen in der Pflegeausbildung und im Pflegeberuf

	Wie sehr treffen die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zu?	trifft überhaupt nicht zu				trifft voll und ganz zu
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Rauchen ist an der Pflegeschule akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Rauchen ist an der Pflegeschule möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Rauchen ist im Praxiseinsatz akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Rauchen ist im Praxiseinsatz möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik/Heimgelände verboten sein.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Es sollte weiterhin spezielle Raucherplätze geben bzw. diese sollten eingerichtet werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Verstöße gegen das Rauchverbot sollten bestraft werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Selber während der Dienstzeiten bzw. in einer Gesundheitseinrichtung zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Selber im privaten Lebensbereich zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Das Rauchen von ÄrztInnen ist meiner Ansicht nach mit deren beruflichen Selbstverständnis unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Ich würde gerne RaucherInnen beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Ich fühle mich kompetent, RaucherInnen zu beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Ich denke, dass Hilfe und Beratung zum Rauchstopp zu meiner Aufgabe als Pflegekraft gehört.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ihre Erfahrung mit dem Rauchen

19.	An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. <input type="radio"/> an _____ Tagen				
20.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich an einem Tag, an dem Sie rauchen?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. <input type="radio"/> _____ Zigaretten				
	Wie häufig ...	Gar nicht	Weniger als 1 Mal im Monat	1 mal oder öfter im Monat	1 Mal oder öfter in der Woche	Täglich
21.	...rauchen Sie zur Zeit E-Zigaretten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	... rauchen Sie zur Zeit Shisha (Wasserpfeife)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	... trinken Sie zur Zeit in größeren Mengen Alkohol (fünf oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit, d.h. innerhalb von ein paar Stunden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Wenn Sie nicht rauchen, bitte weiter zu Frage 29!
Wenn Sie rauchen, bitte mit Frage 24 weiter!

Ihre Erfahrung mit dem Aufhören

24.	Haben Sie in den letzten 6 Monaten ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>		
25.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	nein <input type="radio"/>	ganz aufhören <input type="radio"/>	weniger rauchen <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
26.	Wie motiviert sind Sie, Ihr Rauchverhalten zu verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	sehr motiviert <input type="radio"/>	eher motiviert <input type="radio"/>	eher unmotiviert <input type="radio"/>	unmotiviert <input type="radio"/>
27.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht			
28.	Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich ... (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> es ganz ohne Hilfe tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Familie tun <input type="radio"/> mir Infos dazu aus dem Internet holen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen <input type="radio"/> mit Kollegen und Kolleginnen an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen <input type="radio"/> Weiß nicht			

Ihr Blick auf die Ausbildung

Wie zuversichtlich sind Sie ...		Gar nicht zuver- sichtlich (1)	(2)	(3)	(4)	Voll zuver- sichtlich (5)
29.	... mit dem Stress, der während der Ausbildung auf Sie zukommt, umgehen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre KurskollegInnen zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre LehrerInnen an der Schule zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch ihre PraxisleiterInnen zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz rauchfrei verbringen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz einfordern zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	... Ihre Pausen während der Unterrichtszeit an der Schule rauchfrei verbringen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	... Ihre Pausen erholsam/gesund gestalten zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Warum haben Sie die Ausbildung begonnen? (Bitte angeben)	_____				

Rauchen in Ihrer Umgebung

38.	Was schätzen Sie, wie viele Auszubildende in Pflegeberufen rauchen?	70-80% <input type="radio"/>	50-60% <input type="radio"/>	30-40% <input type="radio"/>	10% <input type="radio"/>
39.	Wie viele Ihrer KurskollegInnen rauchen?	Alle <input type="radio"/>	Viele <input type="radio"/>	Wenige <input type="radio"/>	Keiner <input type="radio"/>
40.	Wie viele Ihrer KollegInnen im Praxiseinsatz rauchen?	Alle <input type="radio"/>	Viele <input type="radio"/>	Wenige <input type="radio"/>	Keiner <input type="radio"/>
41.	Wie viele Ihrer Freunde und Freundinnen rauchen?	Alle <input type="radio"/>	Viele <input type="radio"/>	Wenige <input type="radio"/>	Keiner <input type="radio"/>
42.	Wie viele Ihrer Familienmitglieder (Eltern und Geschwister oder Partner und Kinder) rauchen?	Alle <input type="radio"/>	Viele <input type="radio"/>	Wenige <input type="radio"/>	Keiner <input type="radio"/>

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Rauchen einer Zigarette widerstehen könnten, wenn...		Gar nicht sicher				Ganz sicher
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43.	... andere in Ihrer Gegenwart rauchen?	<input type="radio"/>				
44.	... Sie Stress haben?	<input type="radio"/>				
45.	... Sie niedergeschlagen sind oder Probleme haben?	<input type="radio"/>				
46.	... Sie während der Arbeit eine Pause brauchen?	<input type="radio"/>				
47.	... Sie während der Arbeit eine kurze Auszeit mit den KollegInnen brauchen?	<input type="radio"/>				
48.	... Sie während der Arbeit alleine sein möchten?	<input type="radio"/>				
49.	... Ihnen Ihre KollegInnen eine Zigarette anbieten?	<input type="radio"/>				

Zum Schluss nochmal zu Ihrer Person – Wie würden Sie sich beschreiben?

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?		trifft überhaupt nicht zu				trifft voll und ganz zu
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50.	Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51.	Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52.	Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53.	Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
54.	Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55.	Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56.	Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
57.	Ich erledige Aufgaben gründlich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58.	Ich werde leicht nervös und unsicher.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
59.	Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte legen Sie den Bogen in den Umschlag, der dafür vorgesehen ist. So kann keiner Ihre Antworten sehen.

Die Verlosung des Tablet-PCs oder wahlweise des Wellness-Wochenendes für zwei Personen findet nach der zweiten Telefonbefragung (April 2014) statt.

A.6 Schülerbögen Abschlussbefragung (T2) Interventionsgruppe

astra-Befragung 2014 I

Liebe Auszubildende, lieber Auszubildender,

vielen Dank, dass Sie sich zu Beginn der astra-Studie bereit erklärt haben, an einer weiteren Befragung im April teilzunehmen.

Die Verlosung des Tablet-PCs oder wahlweise des Wellness-Wochenendes für zwei Personen findet Ende Mai 2014 statt.

Damit wir Ihre heutigen Antworten den anderen zwei Befragungen zuordnen können **ohne Ihren Namen zu erfahren**, bitten wir Sie zuerst um Ihr Codewort.

Bitte tragen Sie jetzt in die Kästchen Ihr Codewort ein:

Die Anzahl der Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des Mädchennamens (Geburtsnamens) Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihres Vaters:		
Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag):		

Vielen Dank im Voraus für Ihre Antworten!

Angaben zu Ihrer Person

1.	Wie alt sind Sie?	Ich bin _____ Jahre alt.
2.	Ich bin ...	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
3.	In welchem Ausbildungsjahr sind Sie?	<input type="radio"/> erstes Jahr <input type="radio"/> zweites Jahr <input type="radio"/> drittes Jahr

Rauchen in der Pflegeausbildung und im Pflegeberuf

	Wie sehr treffen die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zu?	trifft überhaupt nicht zu				trifft voll und ganz zu
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	An der Pflegeschule verbringen die Raucher und Nichtraucher die Pausen getrennt.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	In den Praxiseinrichtungen verbringen die Raucher und Nichtraucher die Pausen getrennt.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Rauchen ist an der Pflegeschule akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Rauchen ist an der Pflegeschule möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Rauchen ist im Praxiseinsatz akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Rauchen ist im Praxiseinsatz möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik/Heimgelände verboten sein.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Es sollte weiterhin spezielle Raucherplätze geben bzw. diese sollten eingerichtet werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Verstöße gegen das Rauchverbot sollten bestraft werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Selber während der Dienstzeiten bzw. in einer Gesundheitseinrichtung zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende(r) in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Selber im privaten Lebensbereich zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Das Rauchen von ÄrztInnen ist meiner Ansicht nach mit deren beruflichen Selbstverständnis unvereinbar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Ich würde gerne RaucherInnen beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Ich fühle mich kompetent, RaucherInnen zu beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Ich denke, dass Hilfe und Beratung zum Rauchstopp zu meiner Aufgabe als Pflegekraft gehört.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ihr Blick auf die Ausbildung

19.	Warum haben Sie die Ausbildung begonnen?	<input type="radio"/> Aus Sachzwängen heraus <input type="radio"/> Aus Vernunftgründen <input type="radio"/> Es ist mein Traumberuf <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben): _____ _____
-----	--	--

Wie stark verspüren Sie in den folgenden Bereichen Stress?		Gar nicht				Sehr stark
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Private Bereiche (Familie, Freunde, Partnerschaft)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Ausbildung in der Schule	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Ausbildung im Praxiseinsatz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Wie zuversichtlich sind Sie ...		Gar nicht zuversichtlich				Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	... mit dem Stress, der während der Ausbildung auf Sie zukommt, umgehen zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre KurskollegInnen zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre LehrerInnen an der Schule zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre PraxisanleiterInnen zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz verbringen zu können ohne selber zu rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz einfordern zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	... Ihre Pausen während der Unterrichtszeit an der Schule verbringen zu können ohne selber zu rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	... Ihre Pausen erholsam/gesund gestalten zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Vielleicht waren Sie oder Freunde von Ihnen heute oder in den letzten Tagen gestresst. Haben Sie sich seit Ausbildungsbeginn in den stressigen Situationen anders verhalten oder gefühlt?		Gar nicht				Voll und ganz
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Konnten Sie sich schneller in Stresssituationen beruhigen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Konnten Sie die eigentliche Ursache / die Stressquelle leichter erkennen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Konnten Sie das Problem leichter lösen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.	Haben Sie sich in stressigen Situationen sicherer / stärker gefühlt?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Rauchen in Ihrer Umgebung

35.	Was schätzen Sie, wie viele Auszubildende in Pflegeberufen rauchen?	70-80%	50-60%	30-40%	10%
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Wie viele Ihrer KurskollegInnen rauchen?	Alle	Viele	Wenige	Keiner
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Wie viele Ihrer KollegInnen im Praxiseinsatz rauchen?	Alle	Viele	Wenige	Keiner
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Rauchen einer Zigarette widerstehen könnten, wenn...		Gar nicht sicher			Ganz sicher	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	... andere in Ihrer Gegenwart rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39.	... Sie Stress haben?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40.	... Sie niedergeschlagen sind oder Probleme haben?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41.	... Sie während der Arbeit eine Pause brauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42.	... Sie während der Arbeit eine kurze Auszeit mit den KollegInnen brauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43.	... Sie während der Arbeit alleine sein möchten?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44.	... Ihnen Ihre KollegInnen eine Zigarette anbieten?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Zu Ihrem Rauchverhalten

45.	An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. an _____ Tagen				
46.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich an einem Tag, an dem Sie rauchen?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. _____ Zigaretten				
	Wie häufig ...	Gar nicht	Weniger als 1 Mal im Monat	1 Mal oder öfter im Monat	1 Mal oder öfter in der Woche	Täglich
47.	...rauchen Sie zur Zeit E-Zigaretten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	... rauchen Sie zur Zeit Shisha (Wasserpfeife)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Wie würden Sie sich bezeichnen?	<input type="radio"/> Ich bin NieraucherIn. <input type="radio"/> Ich bin NichtraucherIn. <input type="radio"/> Ich bin Ex-RaucherIn. <input type="radio"/> Ich bin GelegenheitsraucherIn. <input type="radio"/> Ich bin RaucherIn.				
50.	Wie hat sich Ihr Rauchverhalten seit Beginn der Ausbildung verändert?	<input type="radio"/> Ich rauche weiterhin nicht, bin Nichtraucher. →weiter mit Frage 51 <input type="radio"/> Ich habe aufgehört zu rauchen. →weiter mit Frage 53 <input type="radio"/> Ich rauche weniger. →weiter mit Frage 56 <input type="radio"/> Ich rauche genauso viel. →weiter mit Frage 64 <input type="radio"/> Ich rauche mehr. →weiter mit Frage 64 <input type="radio"/> Ich habe angefangen zu rauchen. →weiter mit Frage 70 <input type="radio"/> Ich habe wieder angefangen zu rauchen. →weiter mit Frage 70				

Ich rauche weiterhin nicht, bin Nichtraucher.

51.	Wie motiviert sind Sie rauchfrei zu bleiben?	Sehr motiviert	Eher motiviert	Eher unmotiviert	Unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg rauchfrei zu bleiben?	Gar nicht zuversichtlich			Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4) (5)

➔ Weiter mit Frage 77

Ich habe aufgehört zu rauchen.

53.	Welche Unterstützung oder Hilfe haben Sie in Anspruch genommen um rauchfrei zu werden? (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> ganz ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Familie <input type="radio"/> Buch oder Broschüre gelesen <input type="radio"/> Infos dazu aus dem Internet <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilgenommen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilgenommen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung angerufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu gefragt <input type="radio"/> Anderes: _____			
54.	Wie motiviert sind Sie rauchfrei zu bleiben?	Sehr motiviert	Eher motiviert	Eher unmotiviert	Unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg rauchfrei zu bleiben?	Gar nicht zuversichtlich			Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4) (5)

➔ Weiter mit Frage 77

Ich rauche weniger.

56.	Welche Unterstützung oder Hilfe haben Sie in Anspruch genommen, um weniger rauchen zu können? (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> ganz ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Familie <input type="radio"/> Buch oder Broschüre gelesen <input type="radio"/> Infos dazu aus dem Internet <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilgenommen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilgenommen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung angerufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu gefragt <input type="radio"/> Anderes: _____			
-----	---	---	--	--	--

57.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg so wenig zu rauchen wie jetzt?	Gar nicht zuversichtlich				Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten weiter verändern, also ganz aufhören oder noch weniger rauchen?	nein	ganz aufhören	Noch weniger rauchen		weiß nicht
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
59.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht				
60.	Wie motiviert sind Sie, noch weniger zu rauchen?	sehr motiviert	eher motiviert	eher unmotiviert		unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
61.	Wie motiviert sind Sie ganz aufzuhören, also rauchfrei zu werden?	sehr motiviert	eher motiviert	eher unmotiviert		unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
62.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.				
63.	Wenn ja, haben Sie geraucht...		Ja			Nein
	Während der offiziellen Pausen?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Während inoffizieller Kleinpausen?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	In Dienstkleidung?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Im Gebäude?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Auf dem Gelände?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Alleine?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
	Nur in der Gruppe?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>

➔ Weiter mit Frage 77

Ich rauche genauso viel oder ich rauche mehr.

64.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.				
-----	--	---	--	--	--	--

65.	Wenn ja, haben Sie geraucht...	Ja	Nein		
	Während der offiziellen Pausen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Während inoffizieller Kleinpausen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	In Dienstkleidung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Im Gebäude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Auf dem Gelände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Alleine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	In der Gruppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
66.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	nein	ganz aufhören	weniger rauchen	weiß nicht
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht			
68.	Wie motiviert sind Sie, Ihr Rauchverhalten zu verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	sehr motiviert	eher motiviert	eher unmotiviert	unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69.	Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich ... (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> es ganz ohne Hilfe tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Familie tun <input type="radio"/> ein Buch oder eine Broschüre lesen <input type="radio"/> mir Infos dazu aus dem Internet holen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen <input type="radio"/> mit Kollegen und Kolleginnen an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen <input type="radio"/> Weiß nicht			

➔ Weiter mit Frage 77

Ich habe (wieder) angefangen zu rauchen.

70.	Warum haben Sie mit dem Rauchen begonnen? (Bitte angeben):	_____

71.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.			
72.	Wenn ja, haben Sie geraucht...	Ja		Nein	
	Während der offiziellen Pausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Während inoffizieller Kleinpausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	In Dienstkleidung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Im Gebäude?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Auf dem Gelände?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Alleine?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	In der Gruppe?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
73.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	nein <input type="radio"/>	ganz aufhören <input type="radio"/>	weniger rauchen <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
74.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht			
75.	Wie motiviert sind Sie, Ihr Rauchverhalten zu verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	sehr motiviert <input type="radio"/>	eher motiviert <input type="radio"/>	eher unmotiviert <input type="radio"/>	unmotiviert <input type="radio"/>
76.	Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich ... (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> es ganz ohne Hilfe tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Familie tun <input type="radio"/> ein Buch oder eine Broschüre lesen <input type="radio"/> mir Infos dazu aus dem Internet holen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen <input type="radio"/> mit Kollegen und Kolleginnen an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen <input type="radio"/> Weiß nicht			

Nur Interventionsschulen

77.	Welche Note geben Sie dem Unterricht an Ihrer Schule im Allgemeinen?	Note 1 – 6 _____		
	Haben Sie an den folgenden astra-Veranstaltungen teilgenommen und wie würden Sie sie mittels Schulnoten beurteilen?	Teilgenommen	Falls ja: Note 1 – 6	
78.	Astra-Informationsveranstaltung (ganz zu Beginn)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
79.	Astra-Stresspräventionsstunden im Unterricht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
80.	Astra-aktiv Projekt im Unterricht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
81.	Astra-Rauchstoppkurs „rauchfrei-Programm“ an der Schule	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
82.	BZgA-Telefonberatung rauchfrei	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
83.	SQUIN- Internetprogramm für den Rauchstopp	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	
84.	Welche Ideen wurden im astra-aktiv-Kurs entwickelt? (Bitte nennen)	_____ _____		
85.	Wurden die im astra-aktiv Kurs gesammelten Ideen umgesetzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ist geplant <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Weiß nicht		
	Vielleicht waren Sie oder Freunde von Ihnen heute oder in den letzten Tagen gestresst. Haben Sie dabei folgendes selbstständig durchgeführt?	Ja	Nein	
86.	Stressanalyse, um die Ursache zu erkennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
87.	ASTRA-Schema um den Stresspegel zu senken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
88.	Kontrollierte Zuwendung, um die belastenden Gedanken zu bekämpfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
89.	Systematische Problemlösung, um das Problem zu erkennen und zu lösen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
90.	Die eigenen Ressourcen aktiviert (z.B. Freunde angerufen oder getroffen / Genussmomente geschafft/ Sport getrieben)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Hat astra dazu beigetragen, ...		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht
91.	...dass Sie motivierter sind, rauchfrei durch die Ausbildung zu gehen oder motivierter das eigene Rauchverhalten zu ändern?	<input type="radio"/>				
92.	...dass Sie zuversichtlicher sind mit Stresssituationen umgehen zu können?	<input type="radio"/>				
93.	... dass Sie zuversichtlicher sind dem Rauchen einer Zigarette zu widerstehen?	<input type="radio"/>				
94.	...dass Sie zuversichtlicher sind Ihre Pausen ohne eine Zigarette zu rauchen, verbringen zu können?	<input type="radio"/>				
95.	... dass in der Pflegeschule mehr über das Thema „Rauchen“ gesprochen wird?	<input type="radio"/>				
96.	... dass Raucher und Nichtraucher in der Pflegeschule verständnisvoller miteinander umgehen?	<input type="radio"/>				
97.	... dass in der Pflegeschule die Akzeptanz während der Unterrichts- oder Arbeitszeit zu rauchen abgenommen hat?	<input type="radio"/>				
98.	...den Zusammenhalt zwischen den Auszubildenden zu stärken?	<input type="radio"/>				
99.	... dass Ihre KurskollegInnen während der Unterrichtszeit weniger rauchen?	<input type="radio"/>				
100.	... in der Pflegeschule strukturelle Maßnahmen einzuleiten, die eine rauchfreie Ausbildungszeit erleichtern (z.B. Zigaretten sind schwerer erhältlich, weniger Raucherpausen, weniger Belästigung durch Zigarettenrauch, Einrichtung eines Pausenraums)?	<input type="radio"/>				

Die Teilnahme an astra , ...		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht
...würde ich durchaus wiederholen oder fortsetzen		<input type="radio"/>				
Weil...						

Die Teilnahme an astra , ...		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht
...würde ich anderen Kursen zur Teilnahme empfehlen		<input type="radio"/>				
weil						

A.7 Schülerbögen Abschlussbefragung (T2) Kontrollgruppe

astra-Befragung 2014 I

Liebe Auszubildende, lieber Auszubildender,

vielen Dank, dass Sie sich zu Beginn der astra-Studie bereit erklärt haben, an einer weiteren Befragung im April teilzunehmen.

Die Verlosung des Tablet-PCs oder wahlweise des Wellness-Wochenendes für zwei Personen findet Ende Mai 2014 statt.

Damit wir Ihre heutigen Antworten den anderen zwei Befragungen zuordnen können **ohne Ihren Namen zu erfahren**, bitten wir Sie zuerst um Ihr Codewort.

Bitte tragen Sie jetzt in die Kästchen Ihr Codewort ein:

Die Anzahl der Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des Mädchennamens (Geburtsnamens) Ihrer Mutter:		
Die beiden letzten Buchstaben des (ersten) Vornamens Ihres Vaters:		
Ihr eigener Geburtstag (nur der Tag):		

Vielen Dank im Voraus für Ihre Antworten!

Angaben zu Ihrer Person

1.	Wie alt sind Sie?	Ich bin _____ Jahre alt.
2.	Ich bin ...	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
3.	In welchem Ausbildungsjahr sind Sie?	<input type="radio"/> erstes Jahr <input type="radio"/> zweites Jahr <input type="radio"/> drittes Jahr

Rauchen in der Pflegeausbildung und im Pflegeberuf

	Wie sehr treffen die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zu?	trifft überhaupt nicht zu				trifft voll und ganz zu
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	An der Pflegeschule verbringen die Raucher und Nichtraucher die Pausen getrennt.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	In den Praxiseinrichtungen verbringen die Raucher und Nichtraucher die Pausen getrennt.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Rauchen ist an der Pflegeschule akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Rauchen ist an der Pflegeschule möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Rauchen ist im Praxiseinsatz akzeptiert.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Rauchen ist im Praxiseinsatz möglich.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Das Rauchen sollte auf dem gesamten Klinik/Heimgelände verboten sein.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Es sollte weiterhin spezielle Raucherplätze geben bzw. diese sollten eingerichtet werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Verstöße gegen das Rauchverbot sollten bestraft werden.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Selber während der Dienstzeiten bzw. in einer Gesundheitseinrichtung zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende(r) in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Selber im privaten Lebensbereich zu rauchen ist mit meinem Selbstverständnis als Auszubildende in einem Gesundheitsberuf unvereinbar .	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Das Rauchen von ÄrztInnen ist meiner Ansicht nach mit deren beruflichen Selbstverständnis unvereinbar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Ich würde gerne RaucherInnen beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Ich fühle mich kompetent, RaucherInnen zu beraten, wie sie rauchfrei werden können.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Ich denke, dass Hilfe und Beratung zum Rauchstopp zu meiner Aufgabe als Pflegekraft gehört.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ihr Blick auf die Ausbildung

19.	Warum haben Sie die Ausbildung begonnen?	<input type="radio"/> Aus Sachzwängen heraus <input type="radio"/> Aus Vernunftsgründen <input type="radio"/> Es ist mein Traumberuf <input type="radio"/> Sonstiges (bitte angeben): _____ _____
-----	--	---

Wie stark verspüren Sie in den folgenden Bereichen Stress?		Gar nicht				Sehr stark
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Private Bereiche (Familie, Freunde, Partnerschaft)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Ausbildung in der Schule	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Ausbildung im Praxiseinsatz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Wie zuversichtlich sind Sie ...		Gar nicht zuversichtlich				Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	... mit dem Stress, der während der Ausbildung auf Sie zukommt, umgehen zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre KurskollegInnen zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre LehrerInnen an der Schule zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	... während der Ausbildung genügend Unterstützung durch Ihre PraxisanleiterInnen zu bekommen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz verbringen zu können ohne selber zu rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	... Ihre Pausen während der Arbeitszeit im Praxiseinsatz einfordern zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	... Ihre Pausen während der Unterrichtszeit an der Schule verbringen zu können ohne selber zu rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30.	... Ihre Pausen erholsam/gesund gestalten zu können?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Vielleicht waren Sie oder Freunde von Ihnen heute oder in den letzten Tagen gestresst. Haben Sie sich <u>seit Ausbildungsbeginn</u> in den stressigen Situationen anders verhalten oder gefühlt?		Gar nicht				Voll und ganz
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31.	Konnten Sie sich schneller in Stresssituationen beruhigen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32.	Konnten Sie die eigentliche Ursache / die Stressquelle leichter erkennen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33.	Konnten Sie das Problem leichter lösen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.	Haben Sie sich in stressigen Situationen sicherer / stärker gefühlt?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Rauchen in Ihrer Umgebung

35.	Was schätzen Sie, wie viele Auszubildende in Pflegeberufen rauchen?	70-80%	50-60%	30-40%	10%
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Wie viele Ihrer KurskollegInnen rauchen?	Alle	Viele	Wenige	Keiner
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Wie viele Ihrer KollegInnen im Praxiseinsatz rauchen?	Alle	Viele	Wenige	Keiner
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie sicher sind Sie, dass Sie dem Rauchen einer Zigarette widerstehen könnten, wenn...		Gar nicht sicher			Ganz sicher	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38.	... andere in Ihrer Gegenwart rauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39.	... Sie Stress haben?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40.	... Sie niedergeschlagen sind oder Probleme haben?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41.	... Sie während der Arbeit eine Pause brauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42.	... Sie während der Arbeit eine kurze Auszeit mit den KollegInnen brauchen?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43.	... Sie während der Arbeit alleine sein möchten?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44.	... Ihnen Ihre KollegInnen eine Zigarette anbieten?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Zu Ihrem Rauchverhalten

45.	An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten geraucht?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. an _____ Tagen				
46.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich an einem Tag, an dem Sie rauchen?	<input type="radio"/> Ich rauche nicht. _____ Zigaretten				
	Wie häufig ...	Gar nicht	Weniger als 1 Mal im Monat	1 Mal oder öfter im Monat	1 Mal oder öfter in der Woche	Täglich
47.	...rauchen Sie zur Zeit E-Zigaretten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	... rauchen Sie zur Zeit Shisha (Wasserpfeife)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Wie würden Sie sich bezeichnen?	<input type="radio"/> Ich bin NieraucherIn. <input type="radio"/> Ich bin NichtraucherIn <input type="radio"/> Ich bin Ex-RaucherIn. <input type="radio"/> Ich bin GelegenheitsraucherIn. <input type="radio"/> Ich bin RaucherIn.				
50.	Wie hat sich Ihr Rauchverhalten seit Beginn der Ausbildung verändert?	<input type="radio"/> Ich rauche weiterhin nicht, bin Nichtraucher. →weiter mit Frage 51 <input type="radio"/> Ich habe aufgehört zu rauchen. →weiter mit Frage 53 <input type="radio"/> Ich rauche weniger. →weiter mit Frage 56 <input type="radio"/> Ich rauche genauso viel. →weiter mit Frage 64 <input type="radio"/> Ich rauche mehr. →weiter mit Frage 64 <input type="radio"/> Ich habe angefangen zu rauchen. →weiter mit Frage 70 <input type="radio"/> Ich habe wieder angefangen zu rauchen. →weiter mit Frage 70				

Ich rauche weiterhin nicht, bin Nichtraucher.

51.	Wie motiviert sind Sie rauchfrei zu bleiben?	Sehr motiviert	Eher motiviert	Eher unmotiviert	Unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg rauchfrei zu bleiben?	Gar nicht zuversichtlich			Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4) (5)

➔ **Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Die Verlosung der Vergütung findet Ende Mai statt!**

Ich habe aufgehört zu rauchen.

53.	Welche Unterstützung oder Hilfe haben Sie in Anspruch genommen um rauchfrei zu werden? (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> ganz ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Familie <input type="radio"/> Buch oder Broschüre gelesen <input type="radio"/> Infos dazu aus dem Internet <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilgenommen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilgenommen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung angerufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu gefragt <input type="radio"/> Anderes: _____			
54.	Wie motiviert sind Sie rauchfrei zu bleiben?	Sehr motiviert	Eher motiviert	Eher unmotiviert	Unmotiviert
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg rauchfrei zu bleiben?	Gar nicht zuversichtlich			Voll zuversichtlich
		(1)	(2)	(3)	(4) (5)

➔ **Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Die Verlosung der Vergütung findet Ende Mai statt!**

Ich rauche weniger.

56.	Welche Unterstützung oder Hilfe haben Sie in Anspruch genommen, um weniger rauchen zu können? (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> ganz ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen <input type="radio"/> mit Hilfe meiner Familie <input type="radio"/> Buch oder Broschüre gelesen <input type="radio"/> Infos dazu aus dem Internet <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilgenommen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilgenommen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung angerufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu gefragt <input type="radio"/> Anderes: _____			
-----	---	---	--	--	--

57.	Wie zuversichtlich sind Sie, über die Zeit der Ausbildung hinweg so wenig zu rauchen wie jetzt?	Gar nicht zuversichtlich	(1)	(2)	(3)	(4)	Voll zuversichtlich	(5)	
58.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten weiter verändern, also ganz aufhören oder noch weniger rauchen?	nein	<input type="radio"/>	ganz aufhören	<input type="radio"/>	Noch weniger rauchen	<input type="radio"/>	weiß nicht	<input type="radio"/>
59.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht							
60.	Wie motiviert sind Sie, noch weniger zu rauchen?	sehr motiviert	<input type="radio"/>	eher motiviert	<input type="radio"/>	eher unmotiviert	<input type="radio"/>	unmotiviert	<input type="radio"/>
61.	Wie motiviert sind Sie ganz aufzuhören, also rauchfrei zu werden?	sehr motiviert	<input type="radio"/>	eher motiviert	<input type="radio"/>	eher unmotiviert	<input type="radio"/>	unmotiviert	<input type="radio"/>
62.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.							
63.	Wenn ja, haben Sie geraucht...	Ja		Nein					
	Während der offiziellen Pausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Während inoffizieller Kleinpausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	In Dienstkleidung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Im Gebäude?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Auf dem Gelände?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Alleine?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					
	Nur in der Gruppe?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>					

➔ **Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Die Verlosung der Vergütung findet Ende Mai statt!**

Ich rauche genauso viel oder ich rauche mehr.

64.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.						
-----	--	---	--	--	--	--	--	--

65.	Wenn ja, haben Sie geraucht...	Ja	Nein		
	Während der offiziellen Pausen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Während inoffizieller Kleinpausen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	In Dienstkleidung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Im Gebäude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Auf dem Gelände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Alleine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	In der Gruppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
66.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	nein <input type="radio"/>	ganz aufhören <input type="radio"/>	weniger rauchen <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
67	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht			
68.	Wie motiviert sind Sie, Ihr Rauchverhalten zu verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	sehr motiviert <input type="radio"/>	eher motiviert <input type="radio"/>	eher unmotiviert <input type="radio"/>	unmotiviert <input type="radio"/>
69.	Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich ... (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> es ganz ohne Hilfe tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Familie tun <input type="radio"/> ein Buch oder eine Broschüre lesen <input type="radio"/> mir Infos dazu aus dem Internet holen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen <input type="radio"/> mit Kollegen und Kolleginnen an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen <input type="radio"/> Weiß nicht			

➔ **Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Die Verlosung der Vergütung findet Ende Mai statt!**

Ich habe (wieder) angefangen zu rauchen.

70.	Warum haben Sie mit dem Rauchen begonnen? (Bitte angeben):	_____

71.	Haben Sie in den letzten 7 Tagen des Schulblocks bzw. des Praxiseinsatzes (Klinik, Heim, ambulanter Pflegedienst) kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- bzw. der Arbeitszeit geraucht?	<input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichtszeit <input type="radio"/> Ja, kurz vor, während oder kurz nach der Arbeitszeit <input type="radio"/> Ja, beides <input type="radio"/> Nein, nicht kurz vor, während oder kurz nach der Unterrichts- oder Arbeitszeit.			
72.	Wenn ja, haben Sie geraucht...	Ja		Nein	
	Während der offiziellen Pausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Während inoffizieller Kleinpausen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	In Dienstkleidung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Mit Lehrkräften oder Praxisanleitern?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Mit PatientInnen/BewohnerInnen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Im Gebäude?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Auf dem Gelände?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	Alleine?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	In der Gruppe?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
73.	Möchten Sie Ihr Rauchverhalten verändern, also ganz aufhören oder weniger rauchen?	nein <input type="radio"/>	ganz aufhören <input type="radio"/>	weniger rauchen <input type="radio"/>	weiß nicht <input type="radio"/>
74.	Wollen Sie Ihr Rauchverhalten verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	<input type="radio"/> Ich habe nicht vor, mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten mein Rauchverhalten zu verändern. <input type="radio"/> Weiß nicht			
75.	Wie motiviert sind Sie, Ihr Rauchverhalten zu verändern (aufhören bzw. weniger rauchen)?	sehr motiviert <input type="radio"/>	eher motiviert <input type="radio"/>	eher unmotiviert <input type="radio"/>	unmotiviert <input type="radio"/>
76.	Wenn ich aufhören will zu rauchen, dann werde ich ... (Hier können Sie mehrere Kreuze machen!)	<input type="radio"/> es ganz ohne Hilfe tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Freunde oder Freundinnen tun <input type="radio"/> es mit Hilfe meiner Familie tun <input type="radio"/> ein Buch oder eine Broschüre lesen <input type="radio"/> mir Infos dazu aus dem Internet holen <input type="radio"/> an einem Rauchstopp-Programm im Internet teilnehmen <input type="radio"/> mit Kollegen und Kolleginnen an einem Rauchstopp-Kurs in der Gruppe teilnehmen <input type="radio"/> bei einer Rauchstopp-Telefonberatung anrufen <input type="radio"/> meinen Arzt oder meine Ärztin nach Infos dazu fragen <input type="radio"/> Weiß nicht			

➔ **Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Die Verlosung der Vergütung findet Ende Mai statt!**