

Kohärenzempfinden

Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky

bei BewerberInnen der Akademie für Ergotherapie, Innsbruck

Vergleich mit bisherigen Auswahltests



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Elisabeth Müller-Breidenbach

Graz, im Juni 2007

Elisabeth Müller-Breidenbach

Dipl. Ergotherapeutin

Akademisch geprüfte Lehrerin für Gesundheitsberufe

Lehrtherapeutin an der Akademie für Ergotherapie, Innsbruck

elmb@aon.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Elisabeth Müller-Breidenbach

Graz, im Juni 2007

Thesis angenommen

INHALTSVERZEICHNIS

1	STRUKTURIERTE ZUSAMMENFASSUNG	Error! Bookmark not defined.
1.1	Titel der Arbeit	Error! Bookmark not defined.
1.2	Einleitung	3
1.3	Methodik	4
1.4	Ergebnisse	5
1.5	Schlussfolgerung	6
2	EINLEITUNG	8
2.1	Salutogenese und Kohärenzsinn nach A. Antonovsky	8
2.1.1	Die 3 Komponenten des Kohärenzsinnes.....	9
2.1.2	Der Fragebogens zum Sense of Coherence, Untersuchungsergebnisse	10
2.1.3	SOC und psychische Gesundheit	12
2.1.4	Vergleich der Theorie von Antonovsky mit ähnlichen Konzepten	13
2.1.5	Kritik am SOC.....	13
2.2	Ergotherapie-Berufsbild	14
2.3	Die Diplombildung zur Ergotherapeutin/zum Ergotherapeuten	16
2.3.1	Belastende Faktoren in der theoretischen Ausbildung	17
2.3.2	Belastende Faktoren in der praktischen Ausbildung	18
2.4	Selektionsverfahren	19
2.4.1	Begründung für die Durchführung von Aufnahmeverfahren.....	19
2.5	Selektionskriterien	20
2.5.2	Problemstellung, Entwicklung des Verfahrens	23
2.6	Das Aufnahmeverfahren an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck	23
2.6.1	Teil 1 des Aufnahmeverfahrens	23
2.6.2	Teil 2 des Aufnahmeverfahrens	24
2.6.3	Kohärenzsinn und das Verhalten von Menschen in Situationen mit hohem Anforderungscharakter	28
3	METHODIK	29
3.1	Fragestellung	29

3.2	Aufbau der Untersuchung	30
3.2.1	Der Fragebogen zum Sense of Coherence von A. Antonovsky	30
3.2.2	Art der Datenerhebung	30
3.2.3	Beschreibung der Stichprobe	31
3.3	Statistische Auswertung	31
4	ERGEBNISSE	32
4.1	Darstellung der Stichprobe	32
4.2	Darstellung der Ergebnisse zum Sense of Coherence (SOC)	34
4.2.1	SOC-Gesamtwert	34
4.2.2	Der SOC-Gesamtwert, Einzelkomponenten und Standardabweichungen	36
4.2.3	Vergleich der drei SOC-Komponenten	37
4.3	Vergleich der 3 Gruppen, SOC-Gesamtwert und SOC-Komponenten	38
4.4	SOC-Vergleichswerte zu den soziodemographischen Variablen	40
5	DISKUSSION	43
5.1	Schlussfolgerungen in Bezug auf die Hypothesen	43
5.1.1	Zum Kohärenzempfinden der Bewerberinnen	43
5.1.2	Vergleich der Gruppen	45
5.1.3	Soziodemographische Variablen.....	47
5.2	Resümee	50
5.2.1	Der Einsatz des SOC-Fragebogens bei Eignungsverfahren	50
5.2.2	Hohe SOC-Werte von Personen in Gesundheits- und Sozialberufen	51
6	LITERTURVERZEICHNIS	52
7	ANHANG	56



www.inter-uni.net > Forschung

**Kohärenzempfinden (SOC) bei BewerberInnen der Akademie für Ergotherapie, Innsbruck – Vergleich mit bisherigen Auswahltests
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Elisabeth Müller-Breidenbach,

mit Elke Mesenholl-Strehler (Betreuung) und P.C. Endler (Wiss. Leitung)

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2007

Einleitung

Hintergrund und Stand des Wissens

ErgotherapeutInnen unterstützen und befähigen Menschen aller Alterstufen beim Erwerb, der Wiederherstellung oder beim Erhalt von Handlungsfähigkeit und größtmöglicher Selbständigkeit in deren individuellen Alltag in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit und ermöglichen dadurch größtmögliche Partizipation und Lebensqualität (ÖBIG 2003). Tätigkeitsfelder von ErgotherapeutInnen sind Kliniken/Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Schulen und Kindergärten, geriatrische Einrichtungen, Einrichtungen für behinderte Menschen oder in eigener Praxis in den Bereichen Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie, Traumatologie, Innere Medizin, Rheumatologie, Geriatrie, Onkologie, Arbeitsmedizin und in der Prävention von Krankheit und Behinderung.

Bedingt durch das breite Tätigkeitsfeld ist die 3-jährige theoretische und praktische Ausbildung, die derzeit an den Akademien für Ergotherapie und in Zukunft an Fachhochschulen angeboten wird, mit sehr hohen Anforderungen auf fachlicher und sozioemotionaler Ebene verbunden und erfordert eine gute körperliche sowie psychische Gesundheit.

Da die Bewerberzahl im Verhältnis zu den Ausbildungsplätzen sehr hoch ist, wird an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck ein mehrteiliges und mehrstufiges Aufnahmeverfahren durchgeführt, mit dem Ziel, die am besten geeigneten Bewerber mit entsprechenden Basiskompetenzen auswählen zu können.

Antonovsky (1997, 1987) befasste sich eingehend mit der Frage, was den Menschen gesund hält und welche Faktoren und Voraussetzungen notwendig sind, dass sich Menschen trotz belastender Bedingungen, die im Leben omnipräsent sind, auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheitskontinuums befinden. Die Antwort findet er in seinem Modell der Salutogenese im Bezug auf die Lebensqualität im Kohärenzsinn (Sense of Coherence, SOC) mit seinen 3 Komponenten

Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Als Messinstrument für den SOC entwickelte Antonovsky einen „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (SOC-Fragebogen), der eine Grundlage für viele internationale Studien, u.a. auch am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau, darstellt. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen, die im Sozialbereich tätig sind, großteils über höhere SOC-Werte verfügen als andere Personengruppen, obwohl bekannt ist, dass bei denselben Personen eine hohe Neigung zu Depressivität, Angst, Suizidalität, Suchtverhalten und Burnout-Symptomatik besteht. Antonovsky unterscheidet zwischen a) authentisch-hohem und b) rigidem, nicht authentischen SOC und meint damit Personen, die zu fast allen Items des Fragebogens hohe Werte angeben und somit über ein unrealistisches Selbstbild bzw. ein überhöhtes Ich-Ideal verfügen.

Bisher wurden nach Wissen der Autorin keine Untersuchungen zum Kohärenzempfinden im Rahmen von Aufnahmeverfahren für Ausbildungen im Sozial- und Gesundheitswesen durchgeführt.

Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit betrifft die Ausprägung des SOC bei BewerberInnen an der Akademie für Ergotherapie. Außerdem wurde untersucht, ob anhand des bisherigen mehrstufigen, mehrteiligen Auswahlverfahrens BewerberInnen mit hohen SOC-Werten in der sonstigen Reihung (das heißt, ohne direkte Einbeziehung der SOC-Werte) ein Vorzug gegenüber BewerberInnen mit niedrigeren SOC-Werten gegeben wird. Durch die Mehrstufigkeit des Verfahrens entstehen 3 Gruppen. Die Hypothese lautete, dass die Gruppe 1 (aufgenommen) über höhere SOC-Werte verfügt als die Gruppe 2 (ausgeschieden nach Teil 2 des Verfahrens) und diese wiederum über höhere SOC-Werte verfügt als die Gruppe 3 (ausgeschieden nach Teil 1 des Verfahrens).

Zusätzlich wurden als Nebenfragen die möglichen Effekte soziodemographischer Variablen wie Geschlecht, Alter, Berufsausbildung, Studienerfahrung und Erfahrungen im Sozialbereich untersucht.

1.3 Methodik

Design

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine quantitative Datenerhebung in einer Einmalmessung mittels des standardisierten SOC-Fragebogens (SOC 29) nach A. Antonovsky unter Einbezug von Zusatzfragen zu Geschlecht, Alter, Berufsausbildung, Studienerfahrung und Vorerfahrungen im Sozialbereich.

TeilnehmerInnen

102 BewerberInnen für die Ausbildung zur Ergotherapeutin/zum Ergotherapeuten an der Akademie für Ergotherapie, Innsbruck für den Ausbildungsjahrgang 2006 bis 2009 nahmen an der Studie teil.

Durchführung

Der Fragebogen von A. Antonovsky zum „Sense of Coherence“ (SOC 29) wurde allen BewerberInnen im Rahmen des 1. Teils des mehrteiligen Aufnahmeverfahrens im April 2006, zusätzlich zu den anderen Tests (16 PF und I-S-T 2000), zur Beantwortung vorgelegt. Die Ergebnisse wurden nicht für die Reihung herangezogen, was den TeilnehmerInnen im Hinblick auf die bessere Vergleichsmöglichkeit mit den anderen Testteilen nicht mitgeteilt wurde. Die Rücklaufquote betrug 100%.

Statistische Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Korrelationsanalyse für Zusammenhangsüberprüfungen sowie Varianzanalyse bzw. t-Test zur Ermittlung von Mittelwertunterschieden. Als Signifikanzniveau wurde das 5% - Niveau herangezogen, das heißt, dass ein p-Wert von $< 0,05$ als signifikant und ein p-Wert von $< 0,01$ als hochsignifikant interpretiert wird.

1.4 Ergebnisse

Überblick

Der SOC-Gesamtwert der untersuchten Stichprobe liegt bei 161,83, der Minimalwert bei 135,66, der Maximalwert bei 197,55. Die SOC-Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit sind signifikant miteinander korreliert. Verglichen mit einer deutschen Normstichprobe (Schumacher et al., 2000) mit einem Wert von 145,66 ist der SOC der hier untersuchten BewerberInnen signifikant höher. Abbildung 1 zeigt zum Vergleich SOC-Gesamtwerte von Personengruppen, die am interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau untersucht wurden.

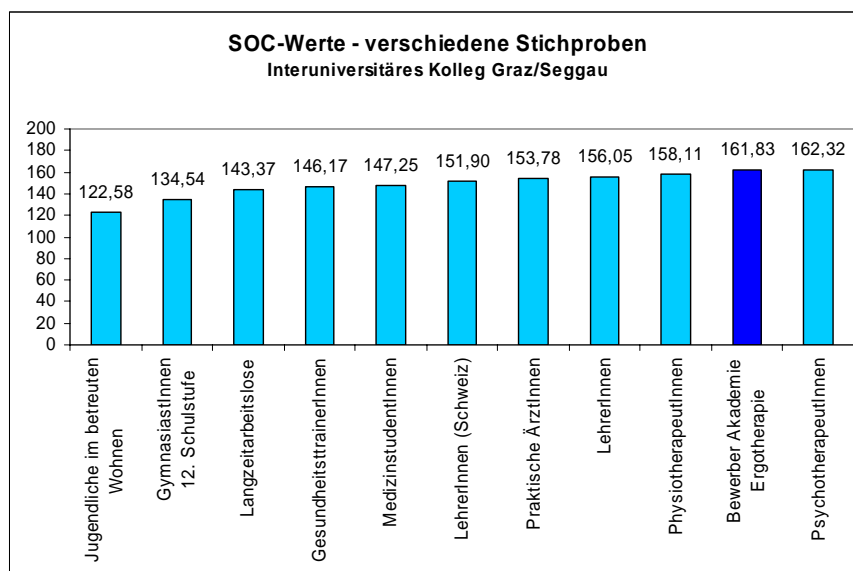


Abb.1: Vergleich SOC-Gesamtwert der Stichprobe mit anderen Ergebnissen des Interuniversitären Kollegs Graz/Seggau

Besonderheiten

Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den 3 Gruppen im SOC-Gesamtwert ($F_{2,99}=4,415$; $p=.015$). Die Berechnungen zeigen eine Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der psychologischen Testteile und der Höhe des Gesamt-SOC.

Gruppe 3, ausgeschieden nach Teil 1 des Aufnahmeverfahrens: Post-Tests zeigen, dass die Gruppe 3 mit einem Gesamt-SOC von 156,50 deutlich geringere Werte aufweist als die Gruppen 1 und 2.

Gruppe 2, ausgeschieden nach Teil 2 des Verfahrens, unterscheidet sich mit einem SOC von 164,79 nicht von der Gruppe 1.

Gruppe 1, die zur Ausbildung zugelassen wurde, weist einen SOC-Wert von 164,28 auf.

Bezüglich des Geschlechts zeigen sich statistisch gesehen keine Unterschiede im SOC, wobei dieses Ergebnis nicht wirklich aussagekräftig ist, da der Anteil der weiblichen Befragten bei 96,80% liegt. Bezüglich des Alters der TeilnehmerInnen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der 18 – 19 Jährigen mit einem SOC von 158,10 und der Gruppe der 22 – 44 Jährigen mit einem SOC von 166,35. Die Gruppe der 20 bis 21 Jährigen liegt in der Mitte und unterscheidet sich statistisch von keiner der beiden anderen Gruppen. TeilnehmerInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung zeigen einen signifikant höheren SOC-Gesamtwert (SOC-Gesamt: $F_{1;100}=4,490$; $p=.037$) als jene ohne abgeschlossene Berufsausbildung. BewerberInnen mit Studienerfahrung weisen lediglich in der Komponente SOC-Verstehbarkeit ($F_{1;100}=5,013$; $p=.027$) deutlich höhere Werte auf als jene ohne Studienerfahrung.

Zwischen BewerberInnen, die über Vorerfahrungen im Sozialbereich verfügen, und jenen ohne Erfahrungen im Sozialbereich gibt es keine Unterschiede, weder in den SOC-Komponenten noch im SOC-Gesamtwert ($F_{1;100}=0,085$; $p=.771$).

Schlussfolgerung

Interpretation

Der SOC der BewerberInnen ist hoch, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass diese mit einem Altersdurchschnitt von 22,05 Jahren eher jung sind, großteils noch keine Berufsausbildung haben und der Frauenanteil mit 96,08% sehr hoch ist. Üblicherweise haben weibliche Befragte einen geringeren SOC als männliche, jüngere Personen einen geringeren als ältere und Personen ohne Berufsausbildung einen geringeren SOC als jene mit Berufsausbildung.

Möglicherweise entsprechen diese Ergebnisse nicht den realen SOC-Werten der KandidatInnen. Gründe dafür könnten sozial erwünschte Antworten in der Testsituation oder ein hoher Anteil von Personen mit einem rigiden, nicht authentischen SOC sein.

Die Übereinstimmung zwischen den Testteilen 16 PF und dem I-S-T 2000 mit den SOC-Werten erstaunt nicht, da diese, ähnlich dem SOC-Fragebogen, psychische Gesundheit, kognitive Leistungen und Stressbewältigung messen. Die Annahme, dass die Gruppe 1 (Aufnahme) höhere SOC-Werte aufweist als die Gruppe 2 (ausgeschieden nach Teil 2) bestätigt sich nicht. Das könnte bedeuten, dass es nicht möglich ist, im 2. Teil des Verfahrens Personen mit höheren SOC-Werten zu identifizieren, oder, im positiven Fall, dass es möglich ist, Personen mit unrealistisch hohen Werten zu erkennen und auszuscheiden.

Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens

SOC-Mittelwerte von Gruppen geben keinerlei Aufschluss darüber, warum einzelne Gruppenmitglieder entsprechend hohe Werte angeben. Ein hoher SOC steht laut Antonovsky und weiterführenden Studien für psychische Gesundheit. Die Tatsache, dass Personen, die in Gesundheits- und Sozialberufen tätig sind, über vergleichsweise hohe SOC-Werte verfügen, jedoch gleichzeitig mehr als andere Personengruppen zu psychischen Krisen wie Depressionen, Suchtverhalten, Suizidalität und Burnout (Schmidbauer 2003, Pass 2005, Scharfetter 1996, Siber 2005, Sonneck 2005) neigen, erscheint vorerst als Widerspruch und erfordert eine kritische Betrachtung.

Da aus sämtlichen verfügbaren Untersuchungen ebenfalls nur SOC-Mittelwerte vorliegen, könnte dies bedeuten, dass sich in diesen Gruppen sowie bei der vorliegenden Stichprobe, den BewerberInnen, überdurchschnittlich viele Personen befinden, die sozial erwünschte Angaben machen oder aber Personen mit einem rigiden, nicht authentischen SOC, die unbewusst ein Idealbild von sich zeichnen und in Wirklichkeit über ein schwaches Kohärenzgefühl mit geringer Realitätsanpassung verfügen. Das hieße, dass Personen, die im Sozial- und Gesundheitswesen tätig sind, nicht unbedingt über höhere, *echte* SOC-Werte verfügen und somit auch nicht psychisch gesünder und stabiler sind als andere Personen.

Für die Anwendung des SOC-Fragebogens im Rahmen von Selektionsverfahren mit dem Ziel, psychisch stabile BewerberInnen zu identifizieren, müsste man somit die Werte der Einzelpersonen erfassen, um diese, wie von Antonovsky (1997) empfohlen, als Gesprächsgrundlage für Tiefeninterviews nutzen zu können.

Eigenkritik

Eine zweite Erhebung der SOC-Werte der Gruppe 1, den aufgenommenen BewerberInnen nach ca. 6 Monaten wäre zeitlich möglich gewesen und hätte zumindest Aufschluss darüber gegeben, wie sehr sich der Aufnahmedruck bei dieser Gruppe auf die Beantwortung des SOC-Fragebogens auswirkte.

Anregungen zu weiterführender Arbeit wären:

- > Erhebung des SOC bei den aufgenommenen Bewerbern nach dem 1., 2., und 3. Ausbildungsjahr zum Vergleich mit den Werten des Aufnahmeverfahrens
- > Weitere Untersuchungen von Kontrollgruppen zum SOC bei Aufnahmeverfahren
- > Langzeitstudien bei Sozial- und Gesundheitsberufen zu den Themen SOC, psychische Gesundheit und Burnout-Problematik mit besonderer Beachtung von Personen, die ursprünglich sehr hohe SOC-Werte angegeben haben
- > Weitere Untersuchungen zum rigiden vs. echtem, hohen SOC und Entwicklung von gezielten Fragestellungen für Tiefeninterviews zur Unterscheidung zwischen Personen mit rigidem und echtem SOC.

2 EINLEITUNG

Ziel der geplanten Studie ist es, den Kohärenzwert (Sense of Coherence, SOC) von Bewerberinnen an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck 2006 zu erheben und zu untersuchen bzw. zu vergleichen, ob mit dem derzeit bestehenden, mehrstufigen und mehrteiligen Auswahlverfahren Bewerberinnen mit höherem SOC ein Vorzug gegenüber jenen mit einem niedrigerem SOC gegeben wird.

Die hohe Zahl an Bewerberinnen für die Ausbildung zur Ergotherapeutin/zum Ergotherapeuten im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätzen erfordert ein Selektionsverfahren zur Auswahl geeigneter Kandidatinnen. Ein umfassendes Verfahren ist sehr zeit- und kostenintensiv, birgt aber die Chance, Bewerberinnen auswählen zu können, die den Anforderungen der Ausbildung am besten entsprechen und die erforderlichen Basisfähigkeiten auf kognitiver, sozialer und emotionaler Ebene mitbringen.

Eine Ausbildungsstätte für einen Gesundheitsberuf trägt eine große Verantwortung den zukünftigen Patienten gegenüber, die im Praktikum und nach der Ausbildung von den Absolventinnen behandelt werden. Es wird versucht, die Studierenden im Rahmen der Ausbildung mit Fachkompetenz und sozialer Kompetenz auszustatten, um aus ihnen gute Therapeutinnen zu machen, was jedoch nur bedingt möglich ist, wenn diese nicht bereits entsprechende kognitive und sozioemotionale „Basiskompetenzen“ mitbringen, auf die sie zurückgreifen und auf denen sie aufbauen können.

Ausbildung und Beruf sind mit sehr hohen Anforderungen verbunden. Der Inhalt der Thesis beschränkt sich jedoch auf die Ausbildung, da davon ausgegangen werden kann, dass Studierende, welche die theoretische Ausbildung, die Praktika und die praxisorientierten Diplomprüfungen erfolgreich bewältigen auch mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich im Beruf sein werden. Unsere Erfahrungen decken sich mit dieser Annahme, wobei hier keine gesicherten Daten vorliegen.

Durch die Auseinandersetzung mit Aaron Antonovskys Konzept des Sense of Coherence im Rahmen des Moduls „Salutogenese“ am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz/Schloss Seggau entstanden die Fragen, ob Studierende mit einem hohen SOC besser für Ausbildung und Beruf geeignet sein könnten als diejenigen mit einem niedrigeren SOC und ob ein hoher SOC eine dieser oben genannten Basiskompetenzen darstellen könnte. Das könnte bedeuten, dass Menschen, die das Leben bzw. die Ereignisse und Anforderungen als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erleben (Antonovsky 1997), besser geeignet und auch besser „geschützt“ sind. Eventuell neigen sie weniger zu Burnout-Reaktionen, die speziell im Sozial- und Gesundheitsbereich häufig auftreten, haben bessere, situationsangepasste Coping-Strategien, mehr Vertrauen in ihr eigenes Handeln und das ihrer Umgebung und sind körperlich und psychisch gesünder. Das wären gute Voraussetzungen für Ausbildung und Beruf.

2.1 Salutogenese und Kohärenzsinn nach A. Antonovsky

„Das Konzept der Salutogenese (von lat.: salus = gesund, griech.: Genese = Entstehung) beschreibt Kräfte, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln. Mit diesem Konzept findet ein neues Denken Eingang in die Medizin und erweitert sie zur Gesundheitswissenschaft“ (Schüffel et al., Klappentext, 1998).

Die Salutogenese befasst sich im Gegensatz zur Pathogenese eingehend mit der Frage, was den Menschen gesund hält, was Gesundheit fördert und welche Faktoren und Voraussetzungen notwendig sind, dass sich Menschen trotz belastender Bedingungen, die im Leben omnipräsent sind, auf der positiven Seite des Gesundheits- Krankheitskontinuums befinden. Mit dieser Frage versucht Aaron Antonovsky (1997) das Geheimnis der salutogenetischen Orientierung zu enträtseln. Er geht davon aus, dass Gesundheit kein stabiler Gleichgewichtszustand ist, sondern ein labiles, dynamisches Geschehen. Gesundheit muss in der Auseinandersetzung mit krankmachenden Einflüssen kontinuierlich neu aufgebaut werden. Wo sich ein Mensch auf dem Befindenskontinuum befindet, hängt davon ab, wie er mit psychosozialen, physischen und biochemischen Stimuli bzw. Stressoren, die einen Spannungszustand erzeugen, umgeht. Dieser Spannungszustand kann krankmachende, neutrale oder gesunde Folgen haben. Diese Folgewirkung ist laut Antonovsky (1997) abhängig davon, ob eine Person über generalisierte Widerstandsressourcen (GRRs) verfügt, die zur Bewältigung einer konkreten Stress-Situation beitragen, sodass diese nicht unbedingt zu Stress führen muss. Den Schlüssel zur Entstehung bzw. zum Erhalt von Gesundheit sieht Antonovsky in seinem Modell der Salutogenese im Kohärenzsinn (Blättner 2005).

Der Kohärenzsinn (Kohärenzgefühl, sense of coherence, SOC) ist laut Antonovsky (1997, S. 36) *„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“*, dass die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, dass die Ressourcen, die benötigt werden um den Anforderungen gerecht zu werden, verfügbar sind, und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Er aktiviert die für diese spezifische Situation angemessenen Ressourcen. Eine Person mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird hingegen Anforderungen starr und rigide beantworten, da sie weniger Ressourcen zur Bewältigung hat bzw. wahrnimmt.

Der Kohärenzsinn ist ein flexibles Steuerungsprinzip, ein Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt. *„Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, um mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenübersteht ... oder sie wählt aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint“* (Antonovsky 1997, S.130). Das Kohärenzgefühl ist also nicht mit Copingstilen gleichzusetzen, sondern nimmt eine übergeordnete und steuernde Funktion ein. Es handelt sich somit nicht um eine Reaktion auf spezifische Reize, sondern um eine globale, dispositionelle Orientierung, um eine Art die Welt und sich selbst in dieser zu sehen.

2.1.1 Die 3 Komponenten des Kohärenzsinner

Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen:

Das Gefühl von Verstehbarkeit, sense of comprehensibility, SOC-V

Antonovsky (1997) sieht in der Komponente Verstehbarkeit das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli, auch unbekannte, als kognitiv sinnhafte, konsistente, strukturierte geordnete Informationen wahrnimmt und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch,

willkürlich, zufällig und unerklärlich sind. Für Personen mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit bedeuten Stimuli, mit denen sie in Zukunft konfrontiert werden können, dass diese zumindest eingeordnet und erklärt werden können. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky also ein kognitives Verarbeitungsmuster.

Das Gefühl von Handhabbarkeit, sense of manageability, SOC-H

Die Komponente Handhabbarkeit definiert Antonovsky (1997, S.35) „als das Ausmaß in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.“ Dabei geht es nicht nur um eigene Ressourcen und Kompetenzen, sondern auch um die Überzeugung, dass es Menschen oder eine höhere Macht gibt, auf die man sich verlassen kann und von denen man bei Bedarf Unterstützung erwarten kann. „Ein Mensch, dem diese Überzeugung fehlt, gleicht dem ewigen Pechvogel, der sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgeliefert sieht, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster“ (Bengel et al. 2001, S.29).

Das Gefühl von Bedeutsamkeit, sense of meaningfulness, SOC-B

Diese Komponente repräsentiert die motivationalen Elemente und beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky 1997, S.35). Ein Mensch ohne Erleben von Bedeutsamkeit bzw. Menschen mit einem niederen SOC-B empfinden das Leben und die damit verbundenen Anforderungen und Aufgaben häufig als Belastung und Qual. Menschen mit einem hohen SOC-B hingegen sind in der Lage, auch schwierigen Herausforderungen eine Bedeutung beizumessen und sich zu engagieren, um diese Anforderung zu bewältigen.

2.1.2 Der Fragebogen zum Sense of Coherence, Untersuchungsergebnisse

Als Operationalisierung bzw. zur Messung des Kohärenzsinnnes entwickelte Antonovsky (1997) einen „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (Sense of Coherence Questionnaire, Sense of Coherence Scale), wobei er betont, dass dies nur eine von mehreren Möglichkeiten zur legitimen Messung des SOC darstellt, um die zentrale Hypothese überprüfen zu können, dass der SOC mit dem Gesundheitsstatus in kausalem Zusammenhang steht.

Der Fragebogen (siehe Anhang) besteht aus 29 Items mit jeweils siebenstufigen Einschätzungsskalen, von denen 11 Verstehbarkeit, 10 Handhabbarkeit und 8 Bedeutsamkeit erfassen. Der Fragebogen wurde von Noack 1991 ins Deutsche übersetzt. Je nachdem wie stark oder schwach jeder der 3 Aspekte ausgeprägt ist, lässt sich laut Antonovsky eine Aussage über die wahrscheinliche gesundheitliche Entwicklung machen, wobei die drei genannten Komponenten eng miteinander in Zusammenhang stehen. Forschungsergebnisse zum Kohärenzsinn sprechen dafür, dass die 3 genannten Komponenten so eng zusammenhängen, dass es sich eher um ein Konzept als um drei Faktoren handelt (Blättner 2005). „Faktorenanalytische Überprüfungen bestätigen die drei theoretisch formulierten Teilkonstrukte nicht eindeutig, am ehesten ist von einem Generalfaktor auszugehen“

(Frenz, Carey & Jorgensen 1993, zit. nach Bengel 2001, S. 40). „Daher ist es nicht sinnvoll, die drei Skalen einzeln auszuwerten und zu interpretieren“ (Bengel 2001, S. 40).

Das Konzept von Antonovsky stieß international auf großes Interesse. Der SOC-Fragebogen wurde laut Franke (1997) in mindestens 14 Sprachen übersetzt und bis 1993 an mindestens 14.000 Personen in 20 Ländern in 113 Projekten angewendet. Heute, 13 Jahre später, dürfte die Zahl entsprechend höher sein. Die Faszination an der Frage, warum manche Menschen, trotz schwieriger Bedingungen gesund bleiben und was die Voraussetzungen dafür sein könnten, scheint ungebrochen.

Tabelle 1 zeigt „Frühe“ Untersuchungsergebnisse zum Kohärenzsinn (Antonovsky 1997, S.84).

Tab.1: Internationale Untersuchungsergebnisse zum SOC

Personengruppen	N	Jahr	SOC-Gesamt
Isrealische Bevölkerungsstichprobe	297	1982	136,47
New Yorker Industriearbeiter	111	1985	133,01
Amerik. StudentInnen im Grundstudium I	336	1983	133,13
Amerik. StudentInnen - Psychologie	59	1984	139,71
Amerik. StudentInnen im Grundstudium II	308	1985	132,40
Isrealische Offiziersanwärter - I	117	1985	158,65
Isrealische Offiziersanwärter - II	338	1985	160,44
Isrealische Offiziersanwärter – III	228	1985	158,99
Beschäftigte des Gesundheitswesens in Isreal	33	1983	151,42
Beschäftigte des Gesundheitswesens aus Edmonton	108	1983	148,63
Beschäftigte des Gesundheitswesens Nordischer Staaten	30	1985	146,10

Interessant scheinen die vergleichsweise hohen Mittelwerte der Offiziersanwärter, wobei Antonovsky (1997) vermutet, dass der Fragebogen in einer Situation ausgefüllt wurde, in der ein gewisser Druck bestand, sozial erwünschte Antworten zu geben. Den Anwärtern wurde zwar versichert, dass die Ergebnisse keinen Einfluss auf ihr Abschneiden im Trainingsprogramm hätten, doch das wurde offensichtlich bezweifelt.

Am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau wurden im Rahmen der Abschlussthesen SOC-Werte (mit Zusatzdifferenzierungen) von verschiedenen Personengruppen untersucht, welche in Tabelle 2 dargestellt werden.

Tab.2: Studienergebnisse zum Sense of Coherence, Interuniversitäres Kolleg Graz/Schloss Seggau

Personengruppen	N	Jahr	SOC-Mittelwert
1 GymnasiastInnen der 12. Schulstufe	111	2003	134,54
2 LehrerInnen (Schweiz)	122	2005	151,09
3 Langzeitarbeitslose	42	2005	143,37
4 Praktische ÄrztInnen	137	2005	153,78
5 GesundheitstrainerInnen	91	2005	146,17
6 Jugendliche im betreuten Wohnen	33	2005	122,58
7 PhysiotherapeutInnen	87	2005	158,11
8 PsychotherapeutInnen	40	2005	162,32
9 LehrerInnen	92	2005	156,05
10 MedizinstudentInnen	122	2006	147,25

Die Daten entstammen den Untersuchungen von 1 Gypser, 2 Niederdorfer, 3 Pochmann, 4 Siber, 5 Steixner, 6 Tranninger, 7 Binder A., 8 Binder H., 9 Falkenberg, 10 Hutter.

In den Untersuchungen von Antonovsky sowie am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau wird deutlich, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen höhere SOC-Werte aufweisen, als andere Personengruppen.

In einer 1998 von Schumacher, Gunzelmann, Brähler (2000) durchgeführten deutschen Normierung der Sense of Coherence Scale (N = 1.944) wurde ein Skalenmittelwert des SOC 29 von 145,66 ermittelt.

Antonovsky (1997) geht davon aus, dass Jugendliche nur einen vorläufig starken SOC erreichen können und dass erst mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter, in der 3. Lebensdekade, eine Lokalisierung auf dem SOC-Kontinuum festgelegt werden kann. Weiters betont er, dass das Kohärenzgefühl, nachdem es einmal ausgebildet und gefestigt ist, relativ stabil bleiben würde. Menschen mit einem hohen SOC können die ihnen zur Verfügung stehenden Widerstandsressourcen immer wieder aktivieren und somit auch in schwierigen, belastenden Situationen, das heißt im Umgang mit Stressoren, ihre Balance besser wieder herstellen. Menschen mit einem niederen SOC befinden sich in einer schlechteren Ausgangssituation, haben eine negativere Kompetenzerwartung und reagieren eher mit emotionaler Betroffenheit, Resignation oder Aggression.

Messungen zum Kohärenzsinn im Rahmen von Selektionsverfahren/Aufnahmeverfahren an Ausbildungseinrichtungen oder auch in Betrieben konnten trotz intensiver Recherchen der Autorin nicht gefunden werden.

2.1.3 SOC und psychische Gesundheit

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (2001) hat ca. 50 empirische Studien zum SOC-Konstrukt aus dem europäischen und amerikanischen Sprachraum, die seit 1992 publiziert wurden, untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen SOC und verschiedenen Aspekten psychischer Gesundheit deutlicher sind als solche zwischen SOC und körperlicher Gesundheit. (Bengel 2001, zit. nach Lundberg 1997, Larsson und Kallenberg 1996, Anson et al. 1993a, 1993b, Chamberlain et al. 1992). Auffallend sind die hohen Zusammenhänge zwischen einem niederen SOC und Ängstlichkeit, Depressivität, Neurotizismus oder negativer Affektivität (Amelang 2000, Struempfer 1998).

Auch eine Verbindung zwischen einem hohen SOC und Stressbewältigung konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden, wobei dabei die Bewertung einer Situation als „stressreich“ von Bedeutung zu sein scheint (Bengel 2001 zit. nach McSherry und Holm 1994). Es zeigt sich, dass Personen mit einem niederen SOC weniger Bewältigungsressourcen und weniger Zutrauen, eine Situation meistern zu können, wahrnehmen als Personen mit einem hohen SOC (Bengel 2001). Auch die Anpassung an schwierige Lebenssituationen scheint mit einem hohen SOC zu korrelieren. Menschen mit einem hohen SOC fühlen sich durch Anforderungen weniger „gestresst“, nehmen diese eher als Herausforderung denn als Bürde wahr und haben mehr Zutrauen, Situationen zu meistern. Sie können sich besser an schwierige Lebenssituationen anpassen, verfügen über die Copingfähigkeit, schwierigen Aufgaben Sinn zuzuschreiben und erreichen eine höhere Lebenszufriedenheit. Niedere SOC-Werte

korrelieren mit depressivem Bewältigungsverhalten, defensivem Abwehrmechanismus und Hilflosigkeit (Becker et al. 1996). Im Rahmen einer deutschen Normierungstudie (Hannöver et al., 2004) wurde unter anderem untersucht, ob Menschen mit psychiatrischen Diagnosen nach DSM-IV niedrigere SOC-Werte aufweisen als Gesunde und auch diese Vermutung konnte bestätigt werden.

Im Bezug auf das soziale Umfeld ergeben einige Studien (Larsson und Kallenberg 1996, Rena et al. 1996) einen Zusammenhang zwischen SOC und Maßnahmen sozialer Unterstützung wie z.B. eine Korrelation zwischen SOC und Anzahl von Freunden und SOC und ehelicher Zufriedenheit, wobei Antonovsky die Bedeutung sozialer Unterstützung lediglich als eine generalisierte Widerstandsressource unter vielen anderen betrachtet.

2.1.4 Vergleich der Theorie von Antonovsky mit ähnlichen Konzepten

Bereits in den 50er Jahren erkannten Selye und Cannon, dass Individuen gleiche Stressoren als unterschiedlich belastend empfinden und unterschiedlich verarbeiten, was auf individuelle Ressourcen der Stressresistenz schließen lässt (Sack & Lamprecht 1998). Rotter entwickelte 1962 die „Theorie der Kontrollüberzeugung“ (locus of control), welche besagt, dass die subjektive Überzeugung, Ereignisse und Situationen selbst aktiv beeinflussen zu können, mit einer erhöhten Resistenz gegenüber potentiellen Stressoren einhergeht (Sack & Lamprecht 1998). Ähnlich zu Rotters Konzept präsentierte Bandura 1977 sein „Modell der Selbstwirksamkeit“ (self-efficacy) und meint damit eine stabile Persönlichkeitseigenschaft, die mit der Überzeugung verbunden ist, durch das eigene Handeln schwierige Aufgaben bewältigen zu können. Eng damit verbunden ist das von Schreier und Caver 1985 dargestellte Konstrukt des „Optimismus“ (dispositional optimism). Kobasa formuliert 1979 die Persönlichkeitseigenschaft „Hardiness“ (Widerstandsfähigkeit) und gliedert ihr Konstrukt, ähnlich wie Antonovsky in drei Anteile: Kontrolle (Control), Herausforderung (Challenge) und Zielbindung (Commitment). Ihre Theorie basiert auf existentialpsychologischen Gedanken z.B. auch vertreten durch Frankl (1981), der bereits in den 50er Jahren auf die Bedeutung der Sinnorientierung für die Erhaltung seelischer Gesundheit hinweist (Sack & Lamprecht 1998).

2.1.5 Kritik am SOC

Trotz oder vielleicht gerade wegen des großen Interesses an der Salutogenesetheorie und am SOC-Fragebogen Antonovskys und der intensiven Auseinandersetzung damit, gibt es auch zahlreiche kritische Stimmen. Einige dieser Kritikpunkte werden im folgenden Teil angeführt.

Becker (1998) kritisiert, dass Antonovsky nicht über ein positives formuliertes Gesundheitskonzept verfüge und vermutet, dass sein pessimistisches Weltbild durch seine persönlichen und die leidvollen Erfahrungen des jüdischen Volkes geprägt war. Weiters führt er an, dass schon bevor Antonovsky seine Theorien, die er selbst als revolutionär bezeichnete, veröffentlichte, andere Wissenschaftler wie z.B. Menninger, 1968 ein Kontinuummodell zu Gesundheit/Krankheit und zur Doppelnatur von Stressoren entwickelten. Außerdem stellt sich die Frage, ob die SOC-Skala inhaltlich hinreichend eigenständig und verschieden von anderen Konstrukten ist, da sehr hohe Korrelationen mit anderen Skalen, insbesondere zur Messung von Depression, Angst und seelischer Gesundheit, gemessen wurden. Daraus entsteht wiederum die Frage, ob der SOC-Fragebogen den Kohärenzsinn oder vielmehr die seelische Beschwerdesymptomatik misst. (Sack & Lamprecht 1994).

Auch Bengel (2001, S. 46) gibt zu bedenken, dass *„die Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit bzw. Depressivität sogar so hoch sind, dass sich die Frage stellt, ob die SOC-Skala anderes oder mehr misst als die gängigen Instrumente zur Erfassung der genannten Dimensionen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit“*.

Die Behauptung Antonovskys, dass der Kohärenzsinn im frühen Erwachsenenalter fixiert wird und nur begrenzt Veränderung möglich ist, wird u.a. von Sack & Lamprecht (1994) kritisch beleuchtet und durch verschiedene Studien widerlegt. Weiters konnte die Vorstellung von Antonovsky, dass ein hoher SOC und körperliche Gesundheit hoch korrelieren, widerlegt werden.

Am SOC-Fragebogen wird mehrfach die Kritik laut, dass Antonovsky einerseits behauptet, die drei Komponenten seien „unentwirrbar miteinander verknötet“, andererseits spricht er jedoch von einer exakten Zuordnung jedes Items zu genau einer Komponente. Die drei Subskalen lassen sich jedoch empirisch nicht abbilden und die Items nur begrenzt eindeutig den Komponenten zuordnen (Lutz et al. 1998). An der Formulierung der Fragen kritisieren Lutz et al., dass diese der Erfassung der Ursprünge von Gesundheit dienen sollen und trotzdem vorwiegend negativ oder neutral bzw. nur 2 Fragen positiv formuliert sind, was für einen salutogenetischen Fragebogen zu gering erscheint.

Maercker (1998, S. 190) gibt zu bedenken, dass *„der Kohärenzsinn ein stark kognitionsorientiertes Konzept ist, das den emotionstheoretischen und stressphysiologischen Kenntnisstand vernachlässigt und dass der Fragebogen leicht zu durchschauen ist und somit der Testwert in relativ hoher Beziehung zur sozialen Erwünschtheitstendenz steht ($r= 0,39$)“*.

2.2 Ergotherapie-Berufsbild

Ergotherapeutinnen behandeln Menschen aller Alterstufen, deren Handlungsfähigkeit vorübergehend oder dauernd durch Unfall, Krankheit, Behinderung, durch psychosoziale oder entwicklungsbedingte Störungen oder durch erschwerende Umweltbedingungen eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht ist.

Ergotherapie unterstützt und befähigt Menschen beim Erwerb, der Wiederherstellung oder beim Erhalt von Handlungsfähigkeit und größtmöglicher Selbständigkeit in deren individuellen Alltag in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit und ermöglicht dadurch größtmögliche Partizipation und Lebensqualität (ÖBIG 2003).

Die respektvolle, partnerschaftliche Haltung und die weitgehende Einbindung des Klienten in die Therapieprozessgestaltung im Rahmen der Zielfindung, Therapieplanung und Durchführung ermöglicht eine hohe Eigenverantwortlichkeit des Klienten und fördert seine Motivation und aktive Beteiligung (Sumsion 2002).

Eine Handlung ist ein komplexes Geschehen und erfordert den zielgerichteten Einsatz biomechanischer, sensomotorischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten in Interaktion mit der jeweiligen physischen, psychosozialen und kulturellen Umwelt (ÖBIG 2003). Ergotherapeutinnen erstellen Handlungsanalysen, das heißt sie analysieren die Anforderungen der vom Klienten gewünschten Tätigkeit, welche mit den Ressourcen und Schwierigkeiten des Klienten in Verbindung gebracht werden. Daraus wird deutlich, an welchen Fähigkeitskomponenten gearbeitet

werden muss, um das Behandlungsziel bestmöglich zu erreichen und mit welchen ergotherapeutischen Methoden die Behandlung erfolgen kann, um den Klienten auf dem Weg zu mehr Autonomie und Lebensqualität zu unterstützen. Die Ergotherapie schließt sich der Grundidee des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) an, Gesundheitsprobleme als Wechselwirkungen zwischen Körperfunktion/-struktur und Aktivität/Partizipation sowie unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren zu betrachten. (ÖBIG 2003). Konzeptionelle Modelle der Ergotherapie wie z.B. das MOHO – Model of Human Occupation (Kielhofner 2005), das OPMA – Occupational Performance Model, Australia (Chapparo 1997) oder das COPM – Canadian Model of Occupational Performance (Law 1998) prägen die Grundannahmen der Ergotherapie bzw. ergotherapeutisches Denken. Sie zeigen die Bedeutung von Handlungsfähigkeit und sinnvoller Betätigung für den Menschen und veranschaulichen die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen Person, Betätigung und Umwelt (siehe Abb.1).

Die Ergotherapie, ein vergleichsweise junger Beruf, gewinnt zunehmend an Bedeutung und entspricht dem salutogenetischen und gesundheitsförderndem Ansatz.

Tätigkeitsfelder von Ergotherapeutinnen sind Kliniken/Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Schulen und Kindergärten, geriatrische Einrichtungen, Einrichtungen für behinderte Menschen oder in eigener Praxis in den Bereichen Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie/Psychosomatik, Orthopädie, Traumatologie, Innere Medizin, Rheumatologie, Geriatrie, Onkologie, Arbeitsmedizin und in der Prävention von Krankheit und Behinderung.

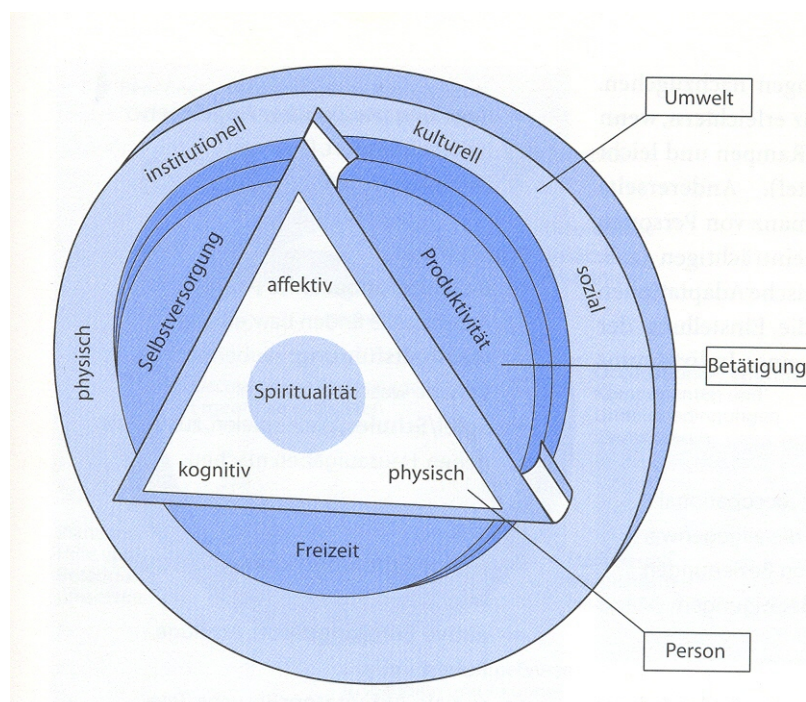


Abb. 1: Das kanadische Modell der „occupational performance“ entnommen aus: Jerosch-Herold Ch., Marotzki U. Hack B., Weber, P.: Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin: Springer2004

2.3 Die Diplombildung zur Ergotherapeutin/zum Ergotherapeuten

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für gehobene medizinisch-technische Berufe in Österreich bildet derzeit das MTD-Gesetz BGBl. Nr. 70/2005 sowie die dazugehörige Ausbildungsverordnung (MTD-AV), BGBl. Nr. 678/1993. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre und wird derzeit an Akademien für Ergotherapie durchgeführt. Zur Zeit befindet sich die Ausbildung in einer Umbruchphase zur Akademisierung, denn in Zukunft können mit Beschluss vom 5. Juli 2005 sämtliche Ausbildungen des MTD-Bereichs, als Fachhochschul - Bakkalaureatsstudiengänge angeboten werden (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2005).

Ausbildungsvoraussetzungen, Aufbau der Ausbildung

Gesetzliche Voraussetzungen für eine Bewerbung an einer medizinisch-technischen Akademie in Österreich sind laut MTD-Gesetz §16 Abs.1 derzeit die Reifeprüfung, die Berufsreifeprüfung, die Studienberechtigungsprüfung für Medizin oder ein Diplom im Krankenpflegefachdienst, die Unbescholtenheit und die zur Erfüllung der Berufspflichten nötige körperliche, geistige und gesundheitliche Eignung. Die Aufnahme an einer Akademie für Ergotherapie wird aufgrund der Ergebnisse des Aufnahmeverfahrens festgelegt und durch die Aufnahmekommission entschieden. (Schwammberger 2006).

Die Ausbildung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste umfasst im dualen Sinne die Vermittlung von theoretischem Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten an der Akademie, sowie im realen, beruflichen Kontext im Rahmen der Praktika. Dies ermöglicht bereits während der Ausbildung einen intensiven Theorie-Praxis Transfer.

Aufbau der Ausbildung:

Erstes Ausbildungsjahr: Medizinische, psychologische, soziologische, pädagogische, rechtliche und ergotherapeutische Grundlagen.

Zweites Ausbildungsjahr: Weitere Grundlagen in speziellen medizinischen Fachbereichen sowie ergotherapiespezifische Inhalte wie z.B. Ergotherapie in den Arbeitsfeldern Psychiatrie, Pädiatrie, Neurologie, Traumatologie, Orthopädie, Geriatrie und in der beruflichen Rehabilitation.

Ende des zweiten und drittes Ausbildungsjahr: 4 Praktika zu je 10 Wochen in 4 verschiedenen Fachbereichen der Ergotherapie. Zwischen den Praktikumsblöcken finden vertiefende Seminare, sowie Supervision und Fallarbeit statt. Parallel dazu muss eine Diplomarbeit verfasst werden, und am Ende des 3. Ausbildungsjahres werden die Diplomprüfungen abgenommen.

Ausbildungsziele

Ausbildungsziele wurden erstmals im ÖBIG-Curriculum-MTD (2004) erarbeitet und detailliert dargestellt. Im Mittelpunkt der Ausbildung steht die Handlungsfähigkeit des Menschen und „*das Verständnis für die Bedeutung und den Einfluss der Handlungsfähigkeit auf Gesundheit und Wohlbefinden, die Fähigkeit, Handlungsabläufe in einem komplexen systemorientierten Verständnis zu analysieren, sowie als therapeutisches Medium einzusetzen, um den ergotherapeutischen Prozess umzusetzen.*“ (ÖBIG 2004)

Die Absolventinnen sollen am Ende der Ausbildung über folgende Fähigkeiten verfügen:

Fachlich-methodische Kompetenzen

Diese zeigen sich u.a. in der eigenständigen Bewältigung des ergotherapeutischen Prozesses unter Berücksichtigung der Prinzipien des Clinical Reasoning und beziehen sich auf die ergotherapeutische Diagnostik, die Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation ergotherapeutischer Interventionen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses.

Wissenschaftliche Kompetenzen

Diese zeigen sich u.a. im Recherchieren wissenschaftlicher Erkenntnisse, der Beurteilung von deren Relevanz für die Ergotherapie, der Formulierung von forschungswürdigen Fragen, der Anwendung von wissenschaftlichen Forschungsmethoden in ihren Grundzügen als Beitrag zur Weiterentwicklung im Sinne einer Evidence Based Practice.

Sozialkommunikative und berufsspezifische Kompetenzen

Diese zeigen sich in Fähigkeiten wie: Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, Gestaltungsfähigkeit und der Fähigkeit zur Mitbestimmung. Im ÖBIG Curriculum (2004, S.16) wird bereits betont, dass es sich hierbei *„um persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten handelt, die im Rahmen der Berufsausbildung gefördert, jedoch nicht von Grund auf und abschließend angeeignet werden können“*.

2.3.1 Belastende Faktoren in der theoretischen Ausbildung

Bedingt durch das breite Aufgabengebiet der Ergotherapie und das umfassende Stoffgebiet, das innerhalb von 3 Jahren bewältigt werden muss, werden die Intensität der Ausbildung und der damit verbundene Aufwand bereits deutlich. Um die Belastungen für Lehrende und Studierende zu verringern, wäre es dringend erforderlich, die Ausbildungszeit auf 4 Jahre zu verlängern. In einer österreichweiten Befragung gaben 83% der Ergotherapeutinnen an, dass sie eine Verlängerung der Ausbildung für sinnvoll halten würden (ÖBIG – Berufsprofil, 2003). Trotz mehrmaliger Ansuchen wurde dieses Anliegen jedoch vom Ministerium aus Kostengründen abgelehnt. In den zukünftigen Fachhochschulstudiengängen sind weniger Kontaktstunden zwischen Studierenden und Vortragenden vorgesehen, was geringere Anwesenheitszeiten nach sich zieht. Das bedeutet, dass die Studierenden mehr Inhalte im Selbststudium erarbeiten und somit zukünftig mehr Selbständigkeit und Eigeninitiative zeigen müssen.

Aus den oben genannten Rahmenbedingungen ergeben sich derzeit zusätzlich zu den zu erwerbenden Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung aufgrund der Zeitknappheit hohe physische und psychische Belastungen für die Studierenden. In einer kleinen Erhebung bei Studierenden des 2. Jahrgangs an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck wurden 2004 im Rahmen des Studiums am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau und des Moduls „Salutogenese“ von den Studierenden folgende Belastungen formuliert.

Eine ungesunde Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf:

- 36 Stunden pro Woche Unterricht bzw. Vorlesungen und berufspraktische Übungen mit Anwesenheitspflicht, Vorlesungen häufig bis 19:00, das bedeutet Lernen am Abend und am Wochenende und somit sehr wenig Freizeit für Ausgleichssport, für soziale Kontakte wie Freundschaften, Liebesbeziehungen und die Familie, für gesunde Ernährung, für Hobbys bzw. Interessen außerhalb der Ausbildung
- Sehr viel Information, ein großes Lerngebiet und laufende Prüfungen, das bedeutet, dass innerhalb kürzester Zeit viel Lernstoff bewältigt werden muss und auch Veranstaltungen wie Selbsterfahrung, Supervision und Kommunikation verarbeitet und die persönlichen Erkenntnisse integriert werden müssen
- Lediglich 8 Wochen Ferien pro Jahr, in denen teilweise auch gelernt werden muss
- Körperliche Belastungen wie stundenlanges Sitzen auf teilweise unbequemen Stühlen in schlecht temperierten Räumen, keine Garderoben, um die Schuhe zu wechseln
- Bedingt durch teilweise kurze Mittagspausen Stress beim Essen, Probleme, sich gesund zu ernähren, häufige Gewichtszunahme durch das Essen von Snacks und Süßem und dadurch auch Schwierigkeiten mit der Verdauung

2.3.2 Belastende Faktoren in der praktischen Ausbildung

Das Ziel der praktischen Ausbildung ist die Umsetzung des theoretisch Gelernten in die Praxis, der Theorie-Praxis-Transfer. Sie umfasst derzeit vier Praktika zu je neun bis zehn Wochen in drei Pflichtbereichen (Neurologie, Psychiatrie, Pädiatrie) und einem Wahlbereich (Geriatric, Traumatologie, Onkologie, Rheumatologie usw.) der Ergotherapie, teilweise auch außerhalb von Tirol bzw. Österreich. Die Studierenden wechseln somit teilweise vier mal im Jahr ihren Wohnort. Sie müssen sich auf vier Fachbereiche mit verschiedensten Patienten, vier verschiedene Einrichtungen, auf vier anleitende Ergotherapeutinnen und auf vier neue Teams einstellen und aktiv mitarbeiten.

Während der Praktika (40 Wochenstunden) wird die Diplomarbeit verfasst und es müssen vier Diplomprüfungen vorbereitet werden, die gleich nach den Praktika abgenommen werden. Während des letzten Praktikums findet eine praktische Diplomprüfung statt. Das bedeutet, dass zusätzlich zu den Anforderungen des Praktikums viel Lern- und Schreibarbeit bewältigt werden muss. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass am Abend und am Wochenende viel gearbeitet werden muss und somit auch während der praktischen Ausbildung kaum Freizeit, mit allen daraus entstehenden Konsequenzen, zur Verfügung steht. Zusätzlich zu den belastenden Rahmenbedingungen ergeben sich belastenden Faktoren, die direkt mit den für die Studierenden neuen Erfahrungen im Patientenkontakt und im therapeutischen Arbeiten in Verbindung stehen, wie z.B.

- Konfrontation mit kranken und/oder behinderten Menschen und deren Leid
- Konfrontation mit erschütternden Lebensgeschichten
- Konfrontation mit dem Thema Tod, Abschied
- Konfrontation mit chronischen, fortschreitenden Erkrankungen ohne Heilungschance wie z.B. MS, Demenz
- Konfrontation mit verzweifelten, belasteten Angehörigen
- Häufiger Patientenwechsel speziell auf Aufnahmestationen
- Sehr viele Patienten pro Tag, teilweise zu wenig Zeit für den Einzelnen

- Körperliche Belastungen durch Heben, Lagern usw. von Patienten, Arbeit am Boden mit Kindern
- Körperliche Belastungen durch Arbeit in zu kleinen Räumen, teilweise ohne Tageslicht bei schlechter Belüftung
- Angst davor, etwas falsch zu machen, vom Patienten oder der Anleiterin kritisiert zu werden
- Hoher bürokratischer Aufwand mit wenig Zeitressourcen

2.4 Selektionsverfahren

2.4.1 Begründung für die Durchführung von Aufnahmeverfahren

Ist die Anzahl der Bewerberinnen höher als die Anzahl der Ausbildungsplätze, so muss eine Auswahl getroffen werden. Gelingt es nicht, geeignete Bewerberinnen zu finden, so führt dies bei vorzeitigem Abbruch der Ausbildung zu einem zu finanziellen Verlusten für den Betreiber der Ausbildungsstätte (Kersting 2004), zum anderen bleibt der Platz aufgrund der aufbauenden Ausbildungsstruktur bis zum Schluss der Ausbildung unbesetzt. Wird die Ausbildung nicht abgebrochen, aber die Studierenden zeigen Schwierigkeiten mit den gestellten Anforderungen, so führt dies zu erhöhtem Arbeitsaufwand für das zuständige Lehrpersonal, wie z.B. Prüfungswiederholungen, Praktikumswiederholungen, erhöhter Betreuungs- und Förderungsaufwand und möglicherweise zur schlechteren Eignung für die Berufsausübung. Für die Studierenden selbst führen beide Varianten zu psychischen Belastungen, Frustration und Selbstzweifel. Im Fall eines notwendigen Ausbildungsabbruches muss eine Neuorientierung bezüglich Ausbildung erfolgen, was für die Betroffenen eine weitere Belastung darstellt.

Um geeignete Bewerber auswählen zu können, die mit größtmöglicher Wahrscheinlichkeit den hohen Anforderungen der theoretischen und praktischen Ausbildung gewachsen sind, muss im Vorfeld eine Anforderungsanalyse erstellt werden (Heyse, Kersting 2004). Auf Grundlage dieser Analyse werden entsprechende Selektionskriterien formuliert. Diese definieren die erwünschten Persönlichkeitsmerkmale, Eigenschaften, Fähigkeiten, die eine Person mitbringen sollte, um die zukünftigen Anforderungen bewältigen zu können. Im Anschluss daran müssen Selektionsstrategien entwickelt bzw. ausgewählt werden, die diese erwünschten Eigenschaften „sichtbar“ und möglichst valide und reliabel messbar machen. Dabei muss zusätzlich die Praktikabilität der Durchführung des Verfahrens Beachtung finden, das heißt, dass Zeit- bzw. Personalaufwand und Kosten berücksichtigt werden müssen (Litzcke 2004). Auswertung und Interpretation der Ergebnisse müssen transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar sein und sämtliche Teile des Verfahrens müssen gut dokumentiert werden.

Selektionsverfahren stellen für die Bewerberinnen eine Herausforderung oder auch Belastung dar. Je höher die Anzahl der Bewerberinnen im Verhältnis zu den Ausbildungsplätzen, desto geringer ist die Chance, aufgenommen zu werden. Somit befinden sie sich in einer Wettbewerbssituation, müssen sich vor den Beurteilern und teilweise vor der Gruppe präsentieren und reagieren häufig mit Angst und Anspannung. Je selbstsicherer sie sind, desto authentischer verhalten sie sich, andere versuchen sich so darzustellen, wie sie vermuten, die Erwartungen des Beobacherteams erfüllen zu können.

Die Bewertung bzw. die Entscheidung für oder gegen eine Aufnahme zur Ausbildung impliziert auch eine große Herausforderung für diejenigen, die für die Reihung zuständig sind. Sie tragen eine hohe Verantwortung gegenüber den Bewerberinnen, dem Ausbildungsträger und den zukünftigen Patienten.

Innerhalb relativ kurzer Zeit zu entscheiden, ob eine Person für Ausbildung und Beruf geeignet ist und somit ihre Lebensplanung mitzuprägen, stellt auch für die Entscheidungsträger eine Belastung dar, da es aus oben genannten Gründen ein großes Anliegen ist, die „richtige“ Wahl zu treffen.

In vielen europäischen Ländern sowie in den USA, Kanada, Australien usw. wird die Ausbildung an Universitäten durchgeführt, die häufig in gegenseitiger Konkurrenz zueinander stehen. Es werden keine Aufnahmeverfahren durchgeführt, alle Bewerber müssen aufgenommen werden. Die „Auslese“ erfolgt, wie auch an unseren Universitäten, während des Studiums. In Diskussionen mit Vertretern dieser Universitäten wird immer wieder deutlich, dass diese Art der Selektion mit großem Aufwand und hohen Kosten verbunden ist und dass wir für unsere Möglichkeiten teilweise beneidet werden.

2.5 Selektionskriterien

2.5.1 Anforderungsspezifische Kriterien

Folgende Selektionskriterien, die in direkter Verbindung zu den Anforderungen der Ausbildung stehen, wurden vom Akademieteam in Innsbruck festgelegt.

- Realistische Vorstellungen zum Berufsbild

Um die Drop-out-Rate zu minimieren und Enttäuschungen vorzubeugen, sollten die Bewerber möglichst realistische Vorstellungen von ihrem Wunschberuf mitbringen. Das heißt, eine Auseinandersetzung mit dem Berufsbild im Vorfeld, das Einholen von Informationen zum Beruf durch die Auseinandersetzung mit entsprechender Literatur, Broschüren, Internetrecherchen, das Hospitieren bei Kolleginnen in der Praxis, das Absolvieren von Praktika und die anschließende Reflexion der persönlichen Motivation zur Berufswahl sind von Vorteil. Ein Vorpraktikum oder ein soziales Jahr zu absolvieren ist in Österreich nicht verpflichtend.

- Kognitiv intellektuelle Fähigkeiten, Offenheit für Lernprozesse

Da sehr viel Lernstoff in kurzer Zeit bewältigt werden muss, bedarf es kognitiver Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Auffassung, Fähigkeit zur Vernetzung von Lerninhalten, sprachliche Fähigkeiten und räumliches Denken. Die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind derzeit die Reifeprüfung oder entsprechende Schulabschlüsse. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Abschlüsse großteils eine Basis zur Bewältigung der kognitiven Anforderungen darstellen. Ein zusätzliches Augenmerk wird auf die verbale Intelligenz gelegt, da viele Lerninhalte verbal (mündlich und schriftlich) vermittelt werden, sehr viele schriftliche Arbeiten wie z.B. schriftliche Prüfungen, Seminararbeiten, Patientendokumentationen und die Diplomarbeit verfasst werden müssen und da die Sprache ein sehr wichtiges Element für eine erfolgreiche Kommunikation mit Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen darstellt. Auch das räumliche Denken bzw. räumlich-perzeptive Fähigkeiten stellen eine wichtige Voraussetzung für die ergotherapeutische Arbeit dar, da der Therapeut häufig mit seinem eigenen Körper am Körper des Patienten arbeitet. Man denke hierbei z.B. an Lagerungs- und Transfergriffe, an Mobilisationstechniken, an Behandlungen nach Handverletzungen oder die Herstellung und Anpassung von Hilfsmitteln und Schienen.

- Psychische Gesundheit bzw. psychische Stabilität

Urbas (2004, S. 35) beschreibt „psychische Gesundheit“ in Anlehnung an die WHO-Definition als *„einen Zustand des Wohlbefindens, in dem sich Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen, produktiv und erfolgreich arbeiten können, und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. Zentrale Aspekte psychischer Gesundheit sind persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können sowie zu gesellschaftlicher Partizipation. Psychische Gesundheit ist das Ergebnis einer Reihe von Voraussetzungen, Interaktionen und Wechselwirkungen mit individuellen und sozialen Ressourcen und Erfahrungen und bedeutet mehr als die bloße Abwesenheit psychischer Störungen“*. Aus dem Blickwinkel des salutogenetischen Ansatzes betrachtet gilt auch hier der Grundsatz, dass ein Mensch nie nur psychisch gesund oder psychisch krank ist, sondern jeweils über mehr oder weniger gesunde und kranke Anteile verfügt.

Menschen, die eine therapeutische Ausbildung absolvieren bzw. einen therapeutischen Beruf ausüben, sind vielfältigen psychischen Belastungen ausgesetzt. Um durch diese Belastungen nicht selbst auf die kranke Seite zu geraten, sollten sie sich im Kontinuum zwischen gesund und krank auf der gesunden Seite befinden.

- Sozialkommunikative Fähigkeiten wie Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Selbstreflexionsfähigkeit

Die kommunikative Begegnung zwischen Therapeut und Patient ist Teil des Heilprozesses. Empathie und authentische, einfühlsame Kommunikation stellen eine wichtige Grundlage zur Vertrauensbildung dar und spielen eine bedeutsame Rolle im therapeutischen Prozess und im Heilungsverlauf (Gottschlich 1998). Zum einen geht es um das Aufnehmen (aktives Zuhören) und die Weitergabe von Informationen und um größtmögliche Transparenz. Der Therapeut gibt sein Fachwissen an den Patienten weiter, erläutert therapeutische Ansatzpunkte und erwirkt somit die Möglichkeit der Selbstbestimmung des Patienten. Zum anderen geht es um eine affektiv-motivationale Komponente, das heißt um den Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Therapeut und Patient als Grundlage für eine erfolgreiche Therapie. Sozialkommunikative Fähigkeiten stellen somit eine Basiskompetenz für jeden therapeutischen Beruf dar.

Um sich selbst schützen zu können, nicht mit dem Patienten „mitzuleiden“, keine falschen Hoffnungen zu initiieren und die Autonomie des Patienten nicht zu gefährden, ist es allerdings notwendig, in der Rolle der Therapeutin zu bleiben, und das „richtige“, situationsangepasste Ausmaß von Nähe bzw. Distanz wahrzunehmen. Während der ersten Praktika berichten Studierende immer wieder von Schwierigkeiten in der Abgrenzung, vom Mitleid gegenüber den häufig erschütternden Schicksalen der Patienten und den damit verbundenen eigenen psychischen Belastungen. Es gibt verschiedene Lehrinhalte innerhalb der ergotherapeutischen Ausbildung zur „Verfeinerung des Kommunikationsverhaltens“, grundlegende Fähigkeiten bilden jedoch die Basis und müssen „mitgebracht“ werden.

- Motivation, Interesse, Neugierde

Ein hohes Maß an intrinsischer Motivation und an persönlichem Interesse an der Ergotherapie trägt maßgeblich zum Ausbildungserfolg bei. Interesse am Menschen, an medizinischem, psychologischem Wissen und an der therapeutischen Arbeit stellen eine Grundvoraussetzung für das Erlernen des Berufes dar. Das Lernen sollte als lustvolle Herausforderung und nicht nur als Belastung wahrgenommen werden. Das Streben nach Neuem, nach dem Verstehen von Zusammenhängen, das Bedürfnis, Dingen auf den Grund zu gehen und auch das Interesse zur Auseinandersetzung mit sich selbst im Sinne der Selbstreflexion unterstützen die Motivation und den Erfolg in der Ausbildung. Allerdings sollte das Motiv, eine sozial-therapeutische Ausbildung machen zu wollen, nicht von Altruismus, absoluter Sinnfindung und Glück über das Helfen geprägt sein.

- Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Fähigkeit zur Stressbewältigung

Die theoretische und praktische Ausbildung gehen mit hohen Belastungen und Entbehrungen einher. Um diese Zeit schadlos zu überstehen und nicht zu resignieren oder zu erkranken, bedarf es eines guten Durchhaltevermögens, einer positiven Grundhaltung und einer hohen Frustrationstoleranz. Entscheidend für diese Bewältigung ist auch, dass die Studierenden in der Lage sind, die wenige verbleibende Freizeit effektiv zur Entspannung und Erholung zu nützen. Das wiederum setzt ein hohes Maß an Eigenwahrnehmung voraus. Die Wahrnehmung der individuellen Grenzen, der Tätigkeiten, die der individuellen Erholung dienen und die Fähigkeit, für sich selbst gut zu sorgen, eigene Bedürfnisse geltend zu machen, sind u.a. Voraussetzungen dafür, nicht ins Burnout zu geraten, wofür Menschen in Sozialberufen sehr gefährdet sind. *„In allen sozialen Berufen ist die eigene Persönlichkeit das wichtigste Instrument; die Grenzen ihrer Belastbarkeit und Flexibilität sind zugleich die Grenzen unseres Handelns“* (Schmidbauer 2003, S. 7).

- Antrieb, Vitalität, Authentizität

Scharfetter (1996 S. 266) beschreibt den Antrieb eines Menschen als Bezeichnung der hypothetisch belebenden Kraft für alle physischen und psychischen Leistungen des Menschen. Der Antrieb bestimmt ihre Lebendigkeit, Schnelligkeit, Regsamkeit, die allgemeine Vitalität, Tätigkeits- und Reaktionsbereitschaft im Sinne von Spontaneität und Reagibilität und bildet eine Grundlage für Aufmerksamkeit, Zuwendung, Anteilnahme, Interesse, sensorische und kognitive Leistungen. Körperlich-seelische Spannkraft sind notwendig, um den Belastungen der theoretischen und praktischen Ausbildung standzuhalten. Auch in der Begegnung mit Klienten tragen Lebendigkeit, Offenheit, Authentizität und eine optimistische Grundhaltung zur positiven Beziehungsgestaltung und somit zur größeren Effektivität der Therapie bei. Schmidbauer (2001) beschreibt Authentizität als Übereinstimmung der Aussagen eines Menschen mit seinen Handlungen, seiner Mimik, Gestik und seinen Gefühlen, wobei zwischen einer vollständigen Offenheit und der „selektiven Authentizität“ (auswählende Echtheit) unterschieden werden muss.

- Kreativität und Flexibilität

Ausbildung sowie ergotherapeutisches, klientenzentriertes Handeln erfordern ein hohes Maß an Problemsensitivität, Ideenreichtum und schöpferischer Leistung zur Entwicklung von Problemlöseverhalten, das zu nützlichen Resultaten führt. Das Erfassen von Problemstellungen und

Zusammenhängen, das Planen der Therapie und die Entwicklung von divergenten Lösungsvorschlägen in Verbindung mit Umstellungsfähigkeit und spontaner Flexibilität sind basal erforderliche Fähigkeiten einer Ergotherapeutin. Die Grundlage für kreatives, schöpferisches Handeln bildet das divergente, im Gegensatz zum konvergenten Denken (Bergius 1998).

2.5.2 *Problemstellung, Entwicklung des Verfahrens*

Wie bereits im MTD-Gesetz verankert, im ÖBIG–Curriculum angeführt und durch die Selektionskriterien der Akademie festgelegt, bilden psychische Gesundheit und sozialkommunikative, berufsspezifische Kompetenzen zusätzlich zu den anderen oben beschriebenen Selektionskriterien Basisfähigkeiten für die Ausbildung zur Ergotherapeutin. Somit stellt sich zwangsläufig die Frage, ob es möglich ist, diese Eigenschaften im Rahmen eines Auswahlverfahrens erkennen zu können. Daraus ergeben sich weitere Fragen wie: Wie verhält sich ein psychisch gesunder, sozialkommunikativer Mensch im Gegensatz zu einem psychisch weniger gesunden, weniger sozialkommunikativen Menschen und wie muss ein Selektionsverfahren konzipiert sein, dass die Bewerber die Möglichkeit erhalten, diese Eigenschaften zeigen zu können? Ist es möglich und ethisch vertretbar, im zur Verfügung stehenden Zeitrahmen diese Komponenten objektiv beurteilen zu wollen? Inwieweit wirken sich Sympathie, Aussehen, Kleidung, Redegewandtheit auf die Beurteilung aus und welche Rolle spielen persönliche Erwartungen und Wertevorstellungen in der Beurteilung durch die dafür zuständigen Personen?

Konfrontiert mit diesen Fragestellungen wurde das mehrteilige und mehrstufige Aufnahmeverfahren vom Team der Akademie, bestehend aus der Direktorin und drei LehrtherapeutInnen, entwickelt. Abgesehen vom psychologischen Testteil wird es von denselben Personen durchgeführt.

Das Verfahren besteht in Anlehnung an ein Assessment-Center (Kleinmann 2003) aus verschiedenen Teilen, wobei es speziell im zweiten Abschnitt darum geht, durchführbare Situationen herzustellen, die es ermöglichen, das Verhalten der Bewerber, das mit den Anforderungen der theoretischen und praktischen Ausbildung in Verbindung steht, zu beobachten und zu bewerten.

2.6 Das Aufnahmeverfahren an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck

2.6.1 *Teil 1 des Aufnahmeverfahrens*

Die Bewerbung erfolgt vorerst schriftlich. Erforderliche Unterlagen sind ein Bewerbungsbogen mit Passfoto, tabellarischem Lebenslauf inklusive Angabe der persönlichen Daten und Herkunftsdaten, Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, Abschlusszeugnisse die zur Ausbildung berechtigen und ein polizeiliches Führungszeugnis (Schwammberger 2006).

Teil 1 wurde von der Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Team der Akademie für Ergotherapie festgelegt und wird von einem Psychologen dieser Abteilung durchgeführt und ausgewertet. Alle Bewerber werden dazu eingeladen. Dieser Teil besteht aus folgenden standardisierten Tests bzw. Test-Teilen:

16 Persönlichkeits-Faktoren-Test, 16 PF

Der 16 PF wurde 1949 von R.B. Cattell entwickelt und ist eines der ältesten Verfahren zur mehrdimensionalen Erfassung der individuellen Persönlichkeitsstruktur im Erwachsenenalter (Schneewind 1998). Die 184 Items erfassen 16 grundlegende Persönlichkeitsdimensionen bzw. Grundeigenschaften des Verhaltens. Die 16 Faktoren werden zu fünf Sekundärfaktoren (Globalfaktoren) zusammengefasst: Extraversion, Unabhängigkeit, Ängstlichkeit, Selbstkontrolle, Unnachgiebigkeit. Der mehrdimensionale Persönlichkeitstest kommt u.a. in den Bereichen Arbeits-, Betriebs-, Berufspsychologie, in der Mitarbeiterberatung und Personalplatzierung, zur Abklärung psychischer Störungen und zur Erfassung von Lern- und Leistungsverhalten zur Anwendung.

Verknüpfung zum SOC:

Ein hoher SOC korreliert positiv mit psychischer Gesundheit und negativ mit Angst, Depressivität, Neurotizismus und negativer Affektivität (Siehe Kap.2.1.3).

Intelligenz-Struktur-Test 2000 (I-S-T 2000)

Der I-S-T 2000 ist ein mehrdimensionaler Intelligenztest zur Erfassung der verbalen, figuralen und numerischen Intelligenz, wobei die Testteile „Verbale Intelligenz“ und „Figurale Intelligenz“ zur Anwendung kommen. Es gibt eine Zeitvorgabe, die sehr knapp bemessen ist und dadurch einen zusätzlichen Stressfaktor darstellt. Das bedeutet, dass zusätzlich zu den kognitiven Anforderungen auch Fähigkeiten wie Stress- und Zeitmanagement gefordert sind (Amthauer 1999).

Verknüpfung zum Sense of Coherence (SOC):

Menschen mit hohen SOC-Werten vertrauen eher darauf, dass sie in der Lage sind, Herausforderungen bewältigen zu können, mit denen sie konfrontiert werden. Sie erleben diese als geordnete, strukturierte, konsistente Informationen und mobilisieren angepasste Strategien zur Handhabung der Situation.

SOC-Fragebogen nach Antonovsky

Im Rahmen der geplanten Studie wurde 2006 den Bewerberinnen erstmals der SOC – Fragebogen von Antonovsky vorgelegt. Um einen möglichst objektiven Vergleich zwischen den SOC-Werten der Bewerber und den Ergebnissen des derzeit bestehenden Aufnahmeverfahrens zu ermöglichen, erfolgte die Auswertung erst nach Abschluss des Gesamtverfahrens. Die Ergebnisse zu den SOC-Werten der Bewerber haben somit für 2006 keinen Einfluss auf die Reihung bzw. die Aufnahme.

Die Ergebnisse zum PF 16 und zum I-S-T 2000 werden gemittelt und so entsteht die endgültige Rangreihe zum Teil 1 des Verfahrens. Aufgrund dieser Reihung scheidet 35 Bewerberinnen (Gruppe 3) aus, die restlichen 67 Bewerberinnen werden zum Teil 2 eingeladen. Aus diesen 64 Personen werden aufgrund der Ergebnisse des 2. Teiles 43 Bewerberinnen ausgeschieden (Gruppe 2) und die verbleibenden 24 Personen (Gruppe 1) werden zur Ausbildung zugelassen.

2.6.2 Teil 2 des Aufnahmeverfahrens

Um aus den verbleibenden 67 Personen die 24 Bewerber zu erfassen, die am besten für die Ausbildung geeignet sind, kommt wiederum ein mehrteiliges Verfahren zur Anwendung. Die Bewertungskriterien beziehen sich auf das im Vorfeld erstellte Anforderungsprofil in Bezug auf die

theoretische und praktische Ausbildung. Diese 67 Personen werden, in Gruppen von jeweils 8 - 9 Personen pro Tag, eingeladen und müssen folgende Aufgaben erfüllen:

Informationsstand zum Berufsbild und zur Motivation

Innerhalb von 20 Minuten müssen schriftlich 2 Fragen beantwortet werden:

- Den Beruf der Ergotherapie stelle ich mir so vor:
- Meine Motivation, diesen Beruf zu ergreifen, ist folgende:

Diese schriftlichen Ausführungen werden sofort, während einer Pause für die Bewerberinnen, gelesen und bilden u.a. eine Grundlage für das anschließende Interview.

Bewertungskriterien für die schriftliche Abfrage zu Berufsbild und Motivation sind:

Wissensstand zum Berufsbild, Fähigkeit zur persönlichen Begründung und Reflexion der Motive für die Berufswahl, verbaler Ausdruck bzw. verbale Intelligenz, das Einhalten der Vorgaben (pro Frage maximal eine Seite), strukturiertes Vorgehen und orthographische Fähigkeiten.

Entsprechendes Wissen zum Beruf zu erwerben, erfordert Interesse, Neugierde, Engagement, Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen. Es ist aufwändig und schwierig, Hospitationsplätze zu bekommen und Absagen müssen toleriert werden, ohne sich entmutigen zu lassen, weiter zu suchen.

Auf Basis des Wissensstandes zum Beruf und durch persönliche Erfahrungen und Motive muss nachvollziehbar reflektiert und begründet werden, wie sich daraus der Berufswunsch Ergotherapie entwickelt. Die Bewerberinnen sollten über eine gute Selbstwahrnehmung verfügen, ihre Interessen, Fähigkeiten und Schwächen möglichst gut kennen und sich selbst mit den Anforderungen des Berufes in Verbindung bringen können, um die Berufswahl realistisch begründen und reflektieren zu können.

Verknüpfung zum SOC:

Menschen mit hohen SOC-Werten, insbesondere der Faktor Bedeutsamkeit, engagieren sich eher für ihre Wünsche und Ideen, da sie diesen eine hohe persönliche Bedeutung beimessen. Der Faktor „Verstehbarkeit“ unterstützt das „strukturierte Vorgehen“, das Einordnen und Darstellen externer Stimuli bzw. Informationen in Verbindung mit den internen Stimuli (persönliche Motive), sodass die Vermutung nahe liegt, dass Personen mit höheren SOC-Werten besser in der Lage sind, ihre Vorstellungen und ihre Entscheidung zu reflektieren und somit auch geordnet und nachvollziehbar zu formulieren als diejenigen mit niederen Werten. Der Faktor „Handhabbarkeit“ unterstützt die Überzeugung, eine Möglichkeit zu finden, dass das Vorhaben gelingen wird, z.B. genügend Informationen einzuholen und einen Hospitationsplatz zu finden bzw. auch Unterstützung von außen zu erhalten.

Beispiele für Aussagen von Bewerberinnen:

Positiv: „Ich habe mir ein Buch über Ergotherapie gekauft, war auf der Berufsinformationsmesse am Ergo-Stand, habe bei 5 Ergotherapeutinnen angerufen, ihnen erklärt, wie wichtig es für mich ist, einmal in der Praxis zu schnuppern und schließlich 2 Zusagen für eine Hospitation erhalten.“

Negativ: „Ich habe nicht gewusst, wo ich mich erkundigen kann, eine Ergotherapeutin angerufen, aber sie hatte keine Zeit für mich.“

Das leitfadengestützte Interview

Im Anschluss daran findet ein leitfadengestütztes Interview von ca. 20 Minuten pro Person in der Gruppe statt. Eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter der Akademie für Ergotherapie befragt jeweils eine Person, wobei alle anderen Bewerberinnen zuhören können. Eine weitere Mitarbeiterin/ein weiterer Mitarbeiter hört zu und beobachtet, eine Dritte/ein Dritter protokolliert. Dabei geht es um Fragen zum Berufsbild, zu persönlichen Motiven, einen Helferberuf zu ergreifen, zu Vorerfahrungen bzgl. Ergotherapie bzw. zum Thema Krankheit und Behinderung, zum Umgang mit belastenden Situationen und der Möglichkeit, sich Ausgleich zu verschaffen bzw. Hilfe zu holen und zu persönlichen Stärken und Schwächen.

Bewertungskriterien für das Interview:

Informationsstand zum Berufsbild, Realitätsbezug, Kommunikationsfähigkeit, Eigenwahrnehmung, Reflexionsfähigkeit, Betroffenheit bzgl. persönlicher Erfahrungen im Sozialbereich, Kongruenz, Vitalität, Interesse, Flexibilität, sprachlicher Ausdruck. Sich vor einer Gruppe von acht Mitbewerberinnen und drei Beobachtern zu äußern, erfordert Mut. Trotz der aufregenden Wettbewerbssituation sollten die Fragen bezogen, geordnet und reflektiert beantwortet werden. Je besser der Informationsstand zum Beruf und die Eigenwahrnehmung der persönlichen Fähigkeiten bzw. Schwierigkeiten sind, desto eher entsteht die Möglichkeit, Anforderungen des Berufs mit sich selbst in Verbindung zu bringen und somit auch Realitätsbezug herzustellen.

Verknüpfung zum SOC:

Personen mit hohen SOC-Werten sind eher in der Lage, schwierige Situationen handhaben zu können bzw. entsprechende Coping-Strategien und Ressourcen zu Verfügung zu haben, als jene mit niederen SOC-Werten. Sie reagieren offener, interessierter und vitaler, erleben die Interviewsituation eher als willkommene Herausforderung und nicht als Überforderung. Möglicherweise sind sie weniger „aufgeregt“, können klarer denken und ihre Gedanken somit geordneter undbezogener formulieren. Bewerberinnen mit einem „rigiden SOC“ zeigen sich möglicherweise vordergründig omnipotent, wenig schwingungsfähig und haben weniger Zugang zu ihren Schwächen und Ängsten. Insbesondere die Motive, einen Helferberuf ergreifen zu wollen, mit Aussagen wie „Kranken Menschen zu helfen macht mich glücklich, gibt meinem Leben einen Sinn, ist die einzige Erfüllung, die ich mir vorstellen kann, ich möchte die Menschen glücklich machen ...“, müssen aufmerksam hinterfragt werden.

Rollenspiel

Eine Kollegin/ein Kollege begibt sich in die Rolle einer behinderten Person (z.B. eines blinden Menschen). Die Bewerberin erhält schriftlich die Aufgabe, mit dieser Person innerhalb von ca. 15 Minuten eine Alltagshandlung wie z.B. das Einschenken eines Glases durchzuführen. Zwei Mitarbeiter beobachten und protokollieren die Szene. Die Erwartungen beziehen sich nicht auf ein therapeutisches Know-how sondern um sozioemotionale Basisfähigkeiten.

Bewertungskriterien zum Rollenspiel sind:

Lese- bzw. Aufgabenverständnis, Kommunikationsfähigkeit, Respekt, Freundlichkeit, Empathie, Rollendistanz, Flexibilität, Problemlösungsstrategien, Kreativität, Kongruenz, Vitalität, Ehrlichkeit, Stressmanagement.

Sich unter Beobachtung von 2 Beurteilern auf das Spiel einzulassen, erfordert wiederum viel Mut und Gelassenheit im Umgang mit dieser „stressreichen“ Situation. Optimal wäre es, die Aufgabenstellung

zu erfassen, Kontakt aufzunehmen, dem Patienten mit Respekt (begrüßen, sich vorstellen ...) zu begegnen, ihn in die Situation mit einzubeziehen bzw. nicht über ihn hinweg zu agieren. Sie sollten sich nach seinem Befinden und nach Wünschen erkundigen und auch in der Lage sein, einzubringen, was sie nicht wissen und somit gemeinsam mit dem Patienten nach Lösungen zur Bewältigung der Aufgabe suchen. Außerdem sollten sie dem Patienten nicht zu nahe treten (auch körperlich), ihn nicht „bemuttern“ und ihm nicht das Gefühl geben, dass er nur noch unfähig und klein, die Therapeutin mächtig und allwissend sei. Sie reagiert auf seine Ängste vorsichtig optimistisch, aber nicht beschwichtigend.

Verknüpfung zum SOC:

Bewerberinnen mit einem hohen SOC sind wahrscheinlich besser in der Lage, trotz der Aufregung die Aufgabenstellung zu erfassen und sich darauf einzustellen bzw. einzulassen. Sie sind eher überzeugt davon, die Situation handhaben zu können, was ihnen Sicherheit gibt und ihre Ängste mindert. Sie resignieren nicht, wenn die Übung nicht gleich funktioniert und haben somit mehr Spielraum zum Experimentieren. Sie engagieren sich für die Sache, messen ihr die nötige Bedeutung bei, fühlen sich nicht so schnell überfordert und reagieren somit offener, lebendiger und authentischer.

Reflexion

Im Anschluss an das Rollenspiel erhält jede Bewerberin die Möglichkeit, das eigene Verhalten zu reflektieren, zu berichten, wie sie die Situation, den „Patienten“ und sich selbst in der Rolle der „Therapeutin“ erlebt hat und was sie im Nachhinein gleich oder auch anders machen würde. Danach kann jede Teilnehmerin ihre Gedanken zum Tag in Form eines „Blitzlichts“ äußern und berichten was sie positiv, negativ, belastend, interessant usw. erlebt hat.

Bewertungskriterien für die Reflexion sind:

Reflexionsfähigkeit, Eigen- und Fremdwahrnehmung, Offenheit, Kongruenz, Kritikfähigkeit, Interesse, Realitätsprüfung.

Im Reflexionsgespräch zum Rollenspiel sollten die Bewerberinnen in der Lage sein, die Situation noch einmal zu überdenken, Bezug zu sich und ihrem Verhalten aufzunehmen und kritisch Stellung zu beziehen. Sie können darstellen, was für sie positiv, schwierig oder herausfordernd war und was sie jetzt anders machen würden. Dafür brauchen sie wiederum ein gutes Maß an Eigenwahrnehmung, die Fähigkeit, sich selbst in Frage zu stellen aber auch die Kreativität, gedanklich neue Lösungen zu entwickeln.

Verknüpfung zum SOC:

Menschen mit einem hohen, aber nicht rigiden SOC sind wahrscheinlich besser in der Lage, sich selbst zu reflektieren. Sie verstehen eher, worum es geht, haben mehr Bezug zu sich, wissen was für sie schwierig bzw. einfach ist. Sie strukturieren ihre Gedanken und haben weniger Angst, sich ehrlich einzubringen. Sie resignieren nicht im Sinne von: „Ich habe versagt, alles schlecht gemacht“, sondern sind offen für Veränderung. Sie messen ihren Äußerungen Bedeutung zu, zeigen Interesse und sind offen für neue Möglichkeiten im Sinne von Problemlösung.

2.6.3 Kohärenzsinn und das Verhalten von Menschen in Situationen mit hohem Anforderungscharakter

Antonovsky entwickelte den „Fragebogen zur Lebensorientierung“, um den Sense of Coherence messbar machen zu können, wobei er, wie bereits erwähnt, betont, dass dies nur eine von mehreren Möglichkeiten zur Messung des SOC darstellt. Es stellt sich nun die Frage, inwieweit ein hohes bzw. niederes Kohärenzempfinden auch an Aussagen und am Verhalten eines Menschen in Situationen mit hohem Anforderungscharakter wie z. B. einem Selektionsverfahren beobachtbar ist.

Die erwünschten Eigenschaften der Bewerberinnen bzw. die Selektionskriterien für eine Aufnahme an der Akademie wie z.B. psychische Gesundheit, Vertrauen in eigene Fähigkeiten, Stressbewältigung, Motivation/Engagement, Optimismus, Frustrationstoleranz oder Flexibilität korrelieren laut Antonovsky mit hohen SOC-Werten. Wie in Kap. 2.6 dargestellt wurde versucht, die Anforderungen, die im Rahmen des Selektionsverfahrens an die Teilnehmer gestellt werden, mit dem Sense of Coherence in Verbindung zu bringen.

Antonovsky (1997) entwickelte den Fragebogen zum Kohärenzsinn auf der Grundlage von Interviews mit Personen, die schwerwiegende Traumen mit einschneidenden Konsequenzen wie schwere Behinderung, Verlust eines geliebten Menschen, schwierige ökonomische Bedingungen, Internierung in einem Konzentrationslager oder Immigration erlebt haben. Diese Personen wurden im Vorfeld der Interviews von Außenstehenden als erstaunlich gut funktionierend eingeschätzt. Aufgrund von sich wiederholenden Aussagen der Interviewpartner zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituationen entwickelte Antonovsky die 29 Fragen bzw. Items zu seinem Fragebogen. Er ging davon aus, dass Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (siehe Kap. 2.1.1) besser mit Herausforderungen bzw. schwierigen Lebenssituationen umgehen können, als jene mit einem niederen Maß dessen.

Das Selektionsverfahren für die Aufnahme zu einer therapeutischen Ausbildung stellt ebenfalls eine hohe Herausforderung an eine Person dar. Auf Grundlage dieser Prozedur bzw. den Aussagen und dem Verhalten der Bewerberinnen soll erkannt werden, ob diese auch den Herausforderungen der zukünftigen theoretischen und praktischen Ausbildung gewachsen ist.

3 METHODIK

3.1 Fragestellung

Hauptfrage:

Wie hoch ist der Kohärenzsinn der Bewerber an der Akademie für Ergotherapie für das Ausbildungsjahr 2006?

Haben die Bewerber, die an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck aufgrund des bestehenden mehrteiligen und mehrstufigen Aufnahmeverfahrens aufgenommen werden einen höheren SOC als jene, die nicht aufgenommen werden oder besteht kein Unterschied zwischen diesen Gruppen?

Gruppe 3: Ausgeschieden nach Teil 1, dem psychologischen Testverfahren, keine Zulassung zu Teil 2

Gruppe 2: Ausgeschieden nach Teil 2

Gruppe 1: Aufnahme

Besteht ein Unterschied zwischen den Gruppen 1, 2, und 3 im Sinne von SOC Gruppe 1 > als SOC Gruppe 2 > als Gruppe 3?

Hypothese zur Hauptfragestellung

Gruppe 1 (die Kandidatinnen, die für die Ausbildung aufgenommen wurden) hat einen höheren SOC als Gruppe 2. Gruppe 2 hat einen höheren SOC die Gruppe 3.

Gegenhypothese zur Hauptfragestellung

Es gibt keinen Unterschied zwischen den aufgenommenen und den nicht aufgenommenen Kandidatinnen, bzw. den Gruppen 1, 2 und 3.

Nebenfragen

Haben männliche Bewerber höhere SOC-Werte als weibliche Bewerberinnen?

Haben ältere Bewerberinnen höhere SOC-Werte als jüngere Bewerberinnen?

Haben Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung einen höheren SOC als jene ohne abgeschlossene Berufsausbildung?

Haben Bewerberinnen mit Studienerfahrung einen höheren SOC als jene ohne Studienerfahrung?

Haben Bewerberinnen mit Vorerfahrungen im Sozialbereich einen höheren SOC als jene ohne Vorerfahrungen im Sozialbereich?

Hypothesen zu den Nebenfragen:

Männliche Bewerber haben höhere SOC-Werte als weibliche Bewerberinnen.

Ältere Bewerberinnen haben höhere SOC-Werte als jüngere Bewerberinnen.

Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung haben einen höheren SOC als jene ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

Bewerberinnen mit Studienerfahrung haben einen höheren SOC als jene ohne Studienerfahrung.

Bewerberinnen mit Vorerfahrungen im Sozialbereich haben einen höheren SOC als jene ohne Vorerfahrungen im Sozialbereich.

Gegenhypothesen zu den Nebenfragen:

Es gibt keine Unterschiede zwischen männlichen Bewerbern und weiblichen Bewerberinnen.

Es gibt keine Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Bewerberinnen.

Es gibt keine Unterschiede zwischen Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung und jenen ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

Es gibt keinen Unterschied zwischen Bewerberinnen mit Studienerfahrung und jenen ohne Studienerfahrung.

Es gibt keinen Unterschied zwischen Bewerberinnen mit Vorerfahrungen im Sozialbereich und jenen ohne Vorerfahrungen im Sozialbereich.

3.2 Aufbau der Untersuchung

3.2.1 Der Fragebogen zum Sense of Coherence von A. Antonovsky

Zur Messung und Darstellung des Kohärenzgefühls entwickelte Antonovsky den „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (SOC-Fragebogen). Das Original wurde in Hebräisch und Englisch verfasst, von Noack et al. 1991 ins Deutsche übersetzt und 1997 von Alexa Franke im DGVT-Verlag veröffentlicht. Der Fragebogen besteht aus 29 Items mit jeweils sieben Antwortmöglichkeiten ansteigend von 1–7. Die Fragen können laut Antonovsky den drei SOC-Komponenten zugeordnet werden, wobei sich elf Fragen auf den Faktor Verstehbarkeit (SOC-V), zehn Fragen auf den Faktor Handhabbarkeit (SOC-H) und acht Fragen auf den Faktor Bedeutsamkeit (SOC-B) beziehen.

3.2.2 Art der Datenerhebung

Für die Ausbildung zur Ergotherapeutin/zum Ergotherapeuten an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck bewarben sich im Frühjahr 2006 102 Personen. Da nur 24 Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen, ist es erforderlich, ein Auswahlverfahren durchzuführen.

Im April 2006 fand der schriftliche Teil (Teil 1) des Aufnahmeverfahrens an der Akademie für Ergotherapie statt. Dieser 1. Teil des Verfahrens besteht aus dem 16 Persönlichkeits-Faktoren-Test 16 PF und 2 Testteilen „Verbale Intelligenz“ und „Figurale Intelligenz“ aus dem Intelligenz-Struktur-Test, I-S-T 2000.

Im Gegensatz zu den Aufnahmeverfahren der letzten Jahre wurde zusätzlich zu den herkömmlich verwendeten Testteilen allen Bewerbern der SOC-Fragebogen zur Beantwortung vorgelegt.

Dem SOC-Fragebogen wurden folgende Fragen zu soziodemographischen Daten hinzugefügt: Vor- und Nachname (Geschlecht), Geburtsdatum (Alter), Matura, Studienerfahrung, abgeschlossene Berufsausbildung, Erfahrungen im Sozialbereich. (siehe Anhang). Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den weiteren Teilen des Verfahrens erfolgte keine Anonymisierung und es wurde den Bewerbern nicht mitgeteilt, dass die Ergebnisse nicht für die Bewertung herangezogen werden.

Aufgrund der Rahmenbedingungen kam es zu einer Rücklaufquote von 100% (N = 102). Die SOC-Fragebögen wurden erst nach Beendigung des Gesamtverfahrens ausgewertet und die Ergebnisse wurden nicht für die Reihung der Bewerber herangezogen.

Nach dem 1. Teil des Verfahrens kam es zu einer Auslese von 35 Personen (Gruppe 3), 67 Personen wurden zum 2. Teil (siehe Kap.2.6.2) zugelassen. Nach dem 2. Teil kam es erneut zu einer Auslese

von 43 Personen (Gruppe 2). 24 Personen (Gruppe 1) wurden aufgenommen. Ausgehend von der Hypothese wurde verglichen, ob die Höhe der SOC-Werte der 3 Gruppen mit dem Ranking, das durch das Aufnahmeverfahren entstanden ist, übereinstimmen oder nicht.

3.2.3 Beschreibung der Stichprobe

Teilnehmerinnen der Studie: 102 Bewerberinnen für den Ausbildungsjahrgang 2006 bis 2009.

Die Geschlechterverteilung liegt bei 98 (96,8%) weiblichen und 4 (3,92%) männlichen Bewerbern. Das Alter der Teilnehmerinnen liegt zwischen 18 und 44 Jahren. Das durchschnittliche Alter beträgt 22,05 Jahre, wobei der Großteil der Bewerberinnen (66,67%) zwischen 18 und 21 Jahre alt ist. Alle Bewerberinnen haben die Matura. Diese Variable wurde erhoben, weil sich auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ohne Matura für die Ausbildung bewerben können. 2006 gab es keine Bewerberinnen aus dieser Berufsgruppe.

21,57% der Bewerberinnen befinden sich derzeit in einem Studium, 23,53% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung und 60,78% verfügen über Erfahrungen im Sozialbereich wie z.B. einem Praktikum, Feriarbeit, einem freiwilligen sozialen Jahr oder Zivildienst.

3.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows 13.0 (Evaluation Copy) mittels Korrelationsanalyse für Zusammenhangsüberprüfungen sowie Varianzanalyse bzw. t-Test zur Ermittlung von Mittelwertunterschieden.

Als Signifikanzniveau wurde das 5% - Niveau herangezogen, das heißt, dass ein Wert von $p < 0,05$ als signifikant interpretiert und ein Wert von $p < 0,01$ als hochsignifikant interpretiert wird.

4 ERGEBNISSE

4.1 Darstellung der Stichprobe

- **Gesamtzahl der Teilnehmerinnen**

Wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben wurden im Rahmen des Aufnahmeverfahrens 2006 an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck 102 SOC-29 Fragebögen zur Beantwortung vorgelegt, es kam zu einer Rücklaufquote von 100% (N=102).

- **Geschlecht**

Im Jahr 2006 haben sich 98 weibliche (96,8%) und 4 männliche (3,92%) Personen für die Ausbildung beworben (Abb. 2).

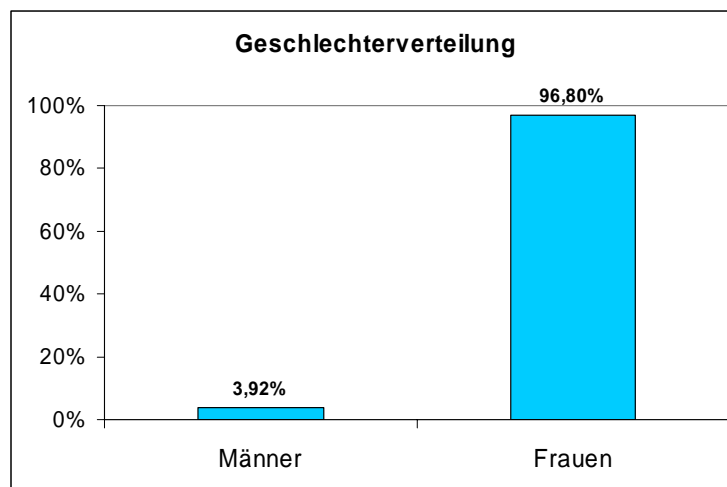


Abb. 2: Geschlechterverteilung der Bewerberinnen

- **Alter**

Das Alter der Bewerberinnen 2006 liegt zwischen 18 und 44 Jahren. Das durchschnittliche Alter liegt bei 22,05 Jahren, wobei der Großteil der Bewerber (66,67%) zwischen 18 und 21 Jahre alt ist. 35,30% sind 18 bis 19 Jahre alt, 31,37% sind 20 bis 21 Jahre alt, 33,33% älter als 21 Jahre (Abb. 3).

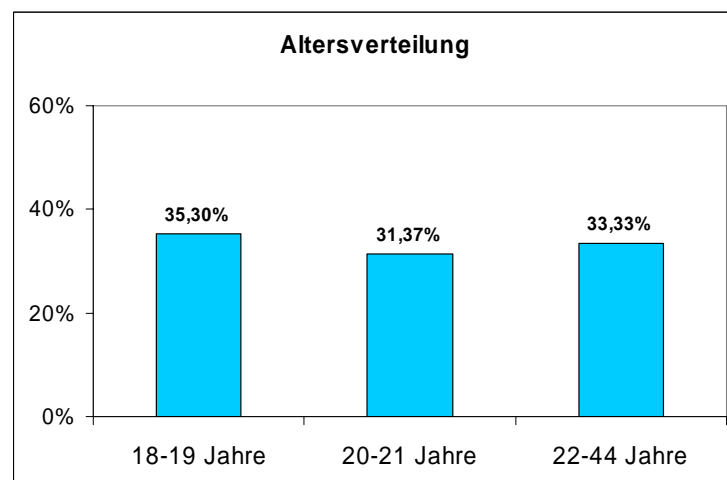


Abb. 3: Verteilung der Bewerberinnen in 3 Altersgruppen

- **Berufsausbildung / Studienerfahrung**

23,53% der Bewerberinnen verfügen bereits über eine abgeschlossene Berufsausbildung, möchten sich umorientieren oder durch die Ausbildung eine zusätzliche Qualifizierung erlangen (Abb. 4).

21,57% der Bewerberinnen haben Erfahrungen mit einem Studium und die Absicht, das Studium abzubrechen, um die Ausbildung zur Ergotherapeutin zu beginnen (Abb. 4).

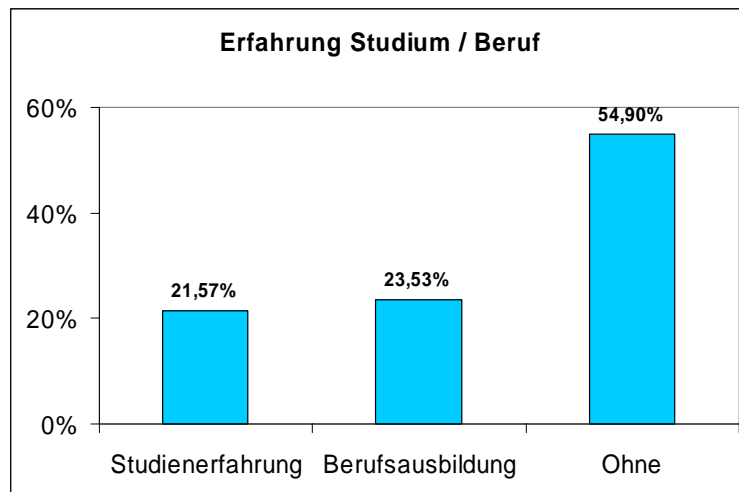


Abb. 4: Relative Anteile der Bewerberinnen mit Studienerfahrung / Berufsausbildung

- **Vorerfahrungen im Sozialbereich**

Abbildung 5 zeigt, dass 60,87% der Teilnehmerinnen über Vorerfahrungen im Sozialbereich in Form von Praktika, Ferienarbeit, Beruf, freiwilligem sozialen Jahr oder Zivildienst verfügen.

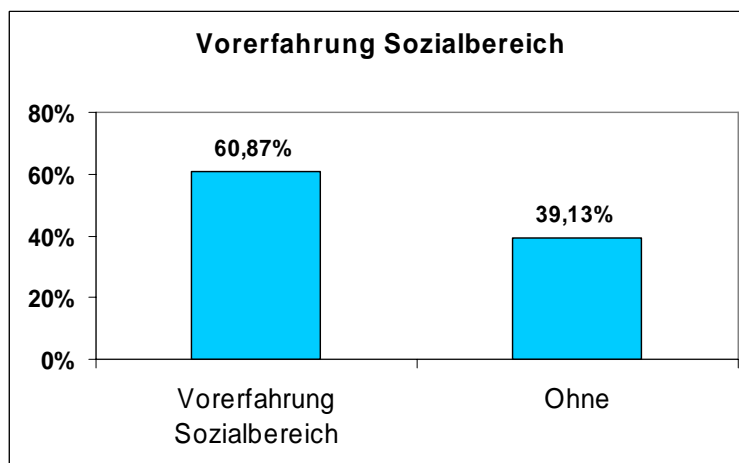


Abb.5: Relative Anteile der Bewerberinnen mit Vorerfahrung im Sozialbereich

4.2 Darstellung der Ergebnisse zum Sense of Coherence (SOC)

4.2.1 SOC-Gesamtwert

- *Der SOC-Gesamtwert im Vergleich zu anderen Studienergebnissen*

Der SOC-Gesamtwert der Bewerberinnen für die Ausbildung zur Ergotherapeutin in Innsbruck 2006 (N=102) beträgt **161,83**.

Abbildung 6 zeigt den SOC-Gesamtwert der Bewerberinnen im Vergleich mit Ergebnissen zum SOC-Gesamtwert internationaler Studien. Mit einem SOC-Gesamtwert von 161,83 liegen die Bewerberinnen für die ergotherapeutische Ausbildung ganz vorne neben den israelischen Offizieren.

Außerdem macht die Abbildung deutlich, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen höhere SOC-Werte aufweisen als andere Personengruppen.

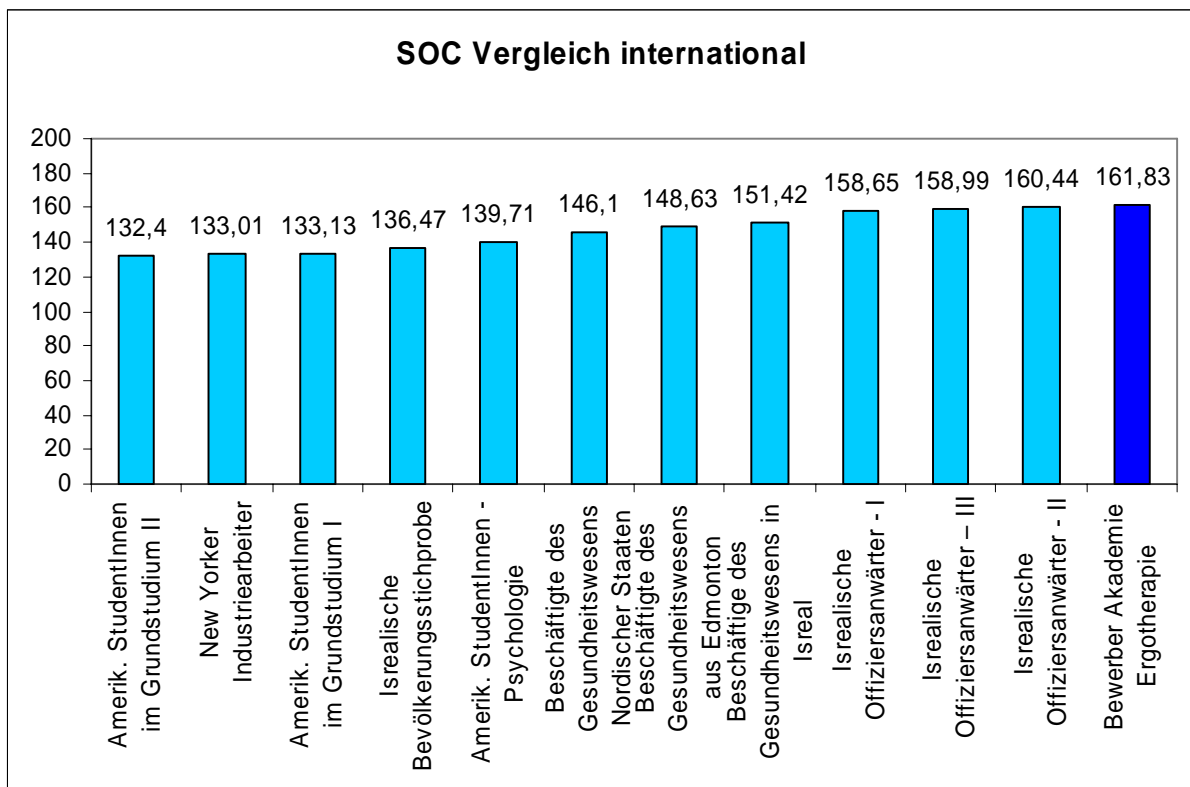


Abb. 6: Vergleich SOC-Gesamtwert der Stichprobe mit internationalen Studien zum SOC

Abbildung 7 zeigt den SOC-Gesamtwert der Bewerberinnen im Vergleich mit verschiedenen Stichproben, erhoben am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau.

Wie in der Abbildung deutlich erkennbar, weist die Stichprobe einen hohen SOC-Gesamtwert auf (161,83) und unterscheidet sich damit nicht von PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen oder LehrerInnen (Österreich). Auffallend dabei ist, dass diese Personengruppen bereits eine Ausbildung im Sozialbereich absolviert haben und den entsprechenden Beruf bereits über längere Zeit ausüben, während bei den Bewerberinnen der Wunsch nach einer therapeutischen Ausbildung im Vordergrund steht.

Signifikant geringere Werte zeigen sich bei ÄrztInnen, LehrerInnen (Schweiz), hochsignifikant geringere Werte bei GymnasiastInnen der 12. Schulstufe, MedizinstudentInnen, LehrgangsteilnehmerInnen (Gesundheitstraining), Arbeitslosen und Jugendlichen im betreuten Wohnen.

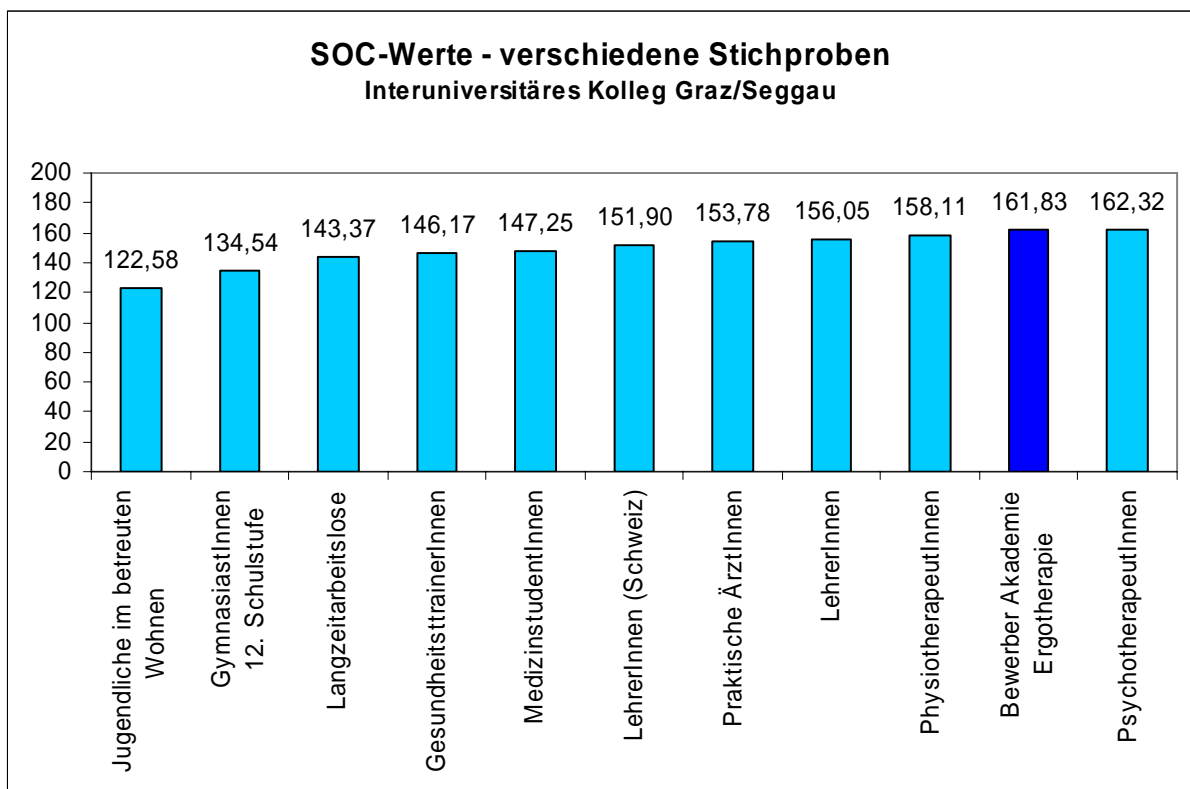


Abb. 7: Vergleich SOC-Gesamtwert der Stichprobe mit anderen Ergebnissen des Interuniversitären Kollegs Graz/Seggau

Die Daten entstammen den Untersuchungen von 1 Tranninger, 2 Gypser, 3 Pochmann, 4 Steixner, 5 Hutter, 6 Niederdorfer, 7 Siber, 8 Falkenberg, 9 Binder, A., 10 Binder, H. (von links nach rechts)

4.2.2 Der SOC-Gesamtwert, Einzelkomponenten und Standardabweichungen

Abb. 8 zeigt den SOC-Gesamtwert mit den SOC-Einzelkomponenten.

SOC-V: Sense of Coherence, Komponente Verstehbarkeit: 52,20

SOC-H: Sense of Coherence, Komponente Handhabbarkeit: 57,30

SOC-B: Sense of Coherence, Komponente Bedeutsamkeit: 50,12

SOC-Gesamtwert: 161,83

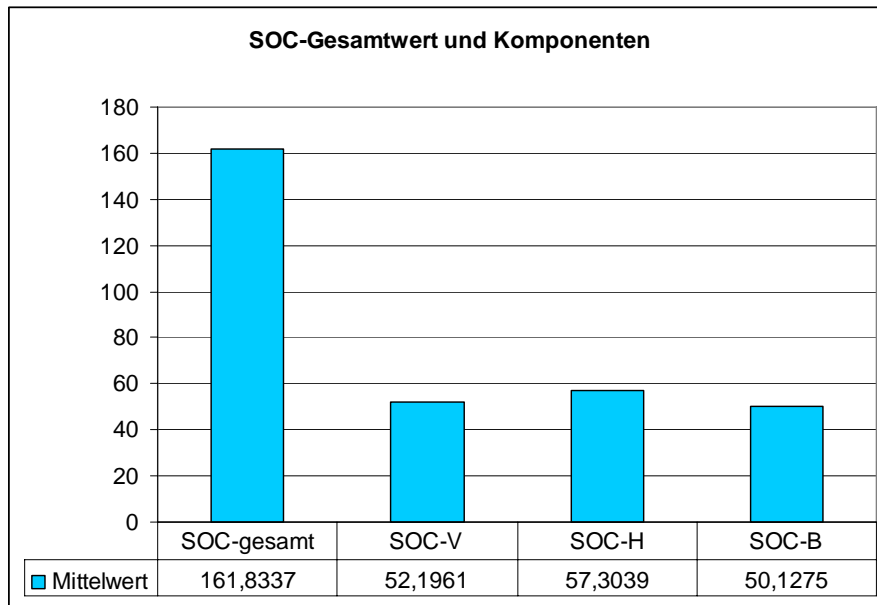


Abb. 8: Mittelwerte SOC-gesamt und Komponenten

Die Abbildung 9 stellt die Standardabweichung, das heißt, die Streuung der Verteilung zwischen Minimal-, Mittel- und Maximalwert des Gesamt-SOC dar. Der niederste SOC-Gesamtwert liegt somit bei 135,66, während der höchste bei 197,55 liegt.

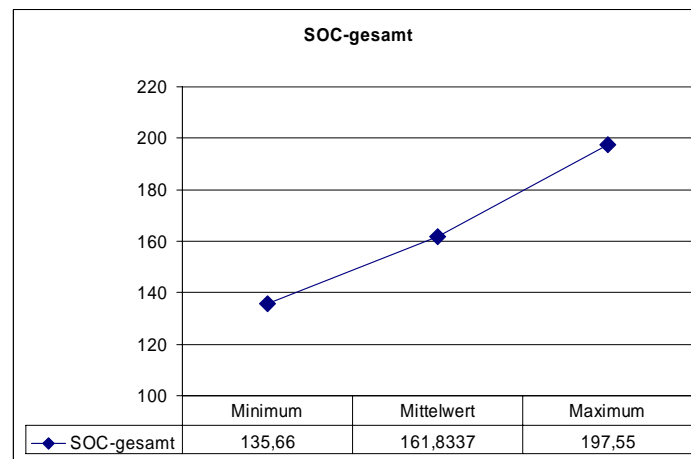


Abb. 9: Minimal-, Mittel- und Maximalwertes des Gesamt-SOC

Abbildung 10 zeigt die Minimal- Mittel- und Maximalwerte der SOC-Komponenten SOC-V, SOC-H, SOC-B, wobei auch hier deutlich wird, dass die Streuung relativ groß ist.

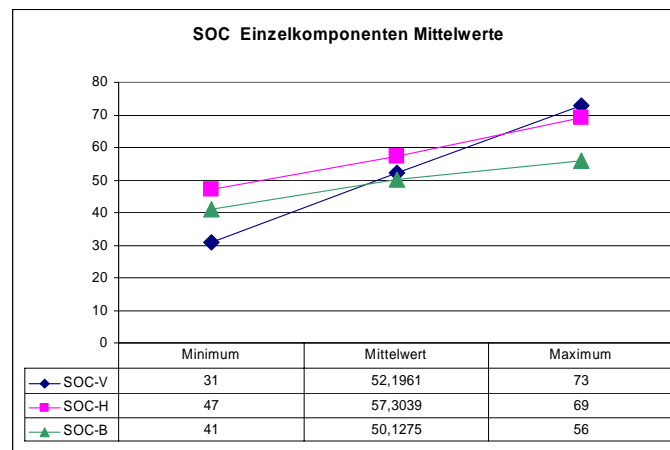


Abb. 10: Minimal-, Mittel-, und Maximalwerte der SOC-Komponenten

4.2.3 Vergleich der drei SOC-Komponenten

T-Tests (Tab.4) für abhängige Daten zeigen deutlich, dass sich die drei SOC-Komponenten jeweils signifikant voneinander unterscheiden. Die Komponente V unterscheidet sich signifikant von der Komponente H ($t_{101}=-16,823$; $p<.001$) und B ($t_{101}=-24,199$; $p<.001$), der Unterschied zwischen den Komponenten H und B ist ebenfalls signifikant ($t_{101}=-12,349$; $p<.001$).

Tab. 4: Varianzanalyse der SOC-Einzelkomponenten

	T	df	Sig. (2-seitig)
socv soch	-16,823	101	,000
socv sob	-24,199	101	,000
soch sob	-12,349	101	,000

Zum besseren Vergleich der Komponenten wurden die Mittelwerte anstelle der sonst – entsprechend der Auswertungsvorgaben nach Antonovsky – verwendeten Summenangaben ermittelt.

Es zeigt sich in Tabelle 5, dass die drei Komponenten signifikant miteinander korrelieren, insbesondere SOC-V und SOC-H (V-H: $r=.584$, $p<.001$; V-B: $r=.500$, $p<.001$; H-B: $r=.586$, $p<.001$), das heißt, je höher der Wert einer Person bei einer Komponente ist, desto höher ist der Wert auch bei einer anderen Komponente.

Tab. 5: Korrelation der SOC-Einzelkomponenten untereinander

	N	Korrelation	Signifikanz
SOCV & SOCH	102	,584	,000
SOCV & SOCB	102	,500	,000
SOCH & SOCB	102	,568	,000

4.3 Vergleich der 3 Gruppen, SOC-Gesamtwert und SOC-Komponenten

Die 102 Bewerberinnen wurden für die vorliegende Untersuchung in 3 Gruppen geteilt.

Gruppe 3 (35 Personen): Ausgeschieden nach dem 1. Teil des Aufnahmeverfahrens - keine Aufnahme

Gruppe 2 (43 Personen): Ausgeschieden nach dem 2. Teil des Aufnahmeverfahrens - keine Aufnahme

Gruppe 1 (24 Personen): Aufnahme

Eine Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den 3 Gruppen im SOC-Gesamtwert ($F_{2,99}=4,415$; $p=.015$) und in SOC-V ($F_{2,99}=3,753$; $p=.027$), einen tendenziellen Unterschied in SOC-B ($F_{2,99}=2,863$; $p=.062$) und keinen Unterschied in SOC-H ($F_{2,99}=2,362$; $p=.100$). Post-Tests zeigen, dass die Gruppe 3 (ausgeschieden nach Teil 1 des Aufnahmeverfahrens) jeweils deutlich geringere Werte aufweist als die Gruppen 1 und 2. Die Gruppe 2 (ausgeschieden nach Teil 2 des Verfahrens) und die Gruppe 1 (Aufnahme) zeigen nahezu gleiche Werte.

Die Abbildung 11 zeigt die Unterschiede zwischen den 3 Gruppen im Gesamt-SOC, während die Abbildungen 12-14 die Unterschiede in den SOC-Komponenten, das heißt im SOC-V, SOV-H und SOC-B darstellen.

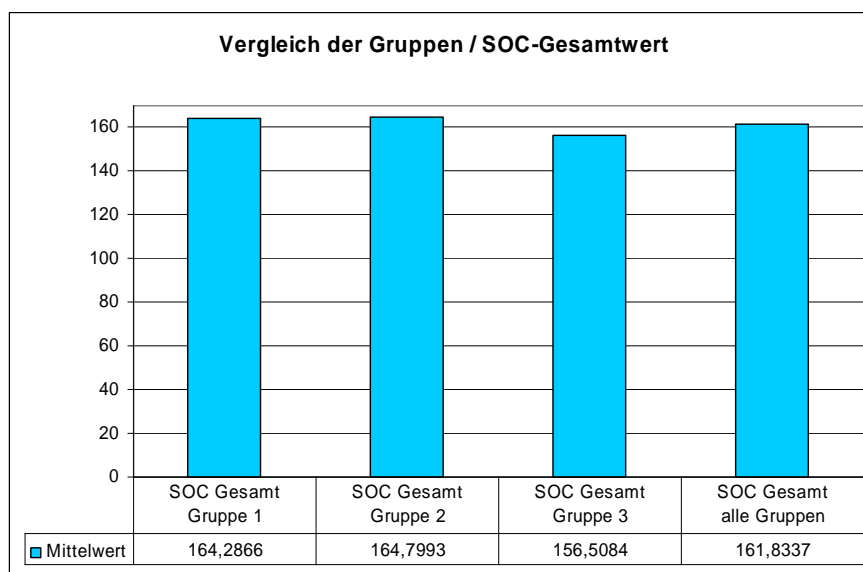


Abb. 11: Vergleich der Gruppen (SOC-Gesamtwert)

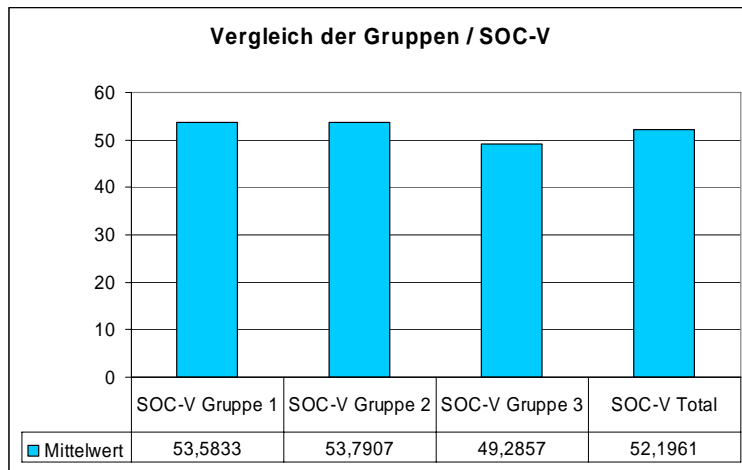


Abb. 12: Vergleich der Gruppen (SOC-V)

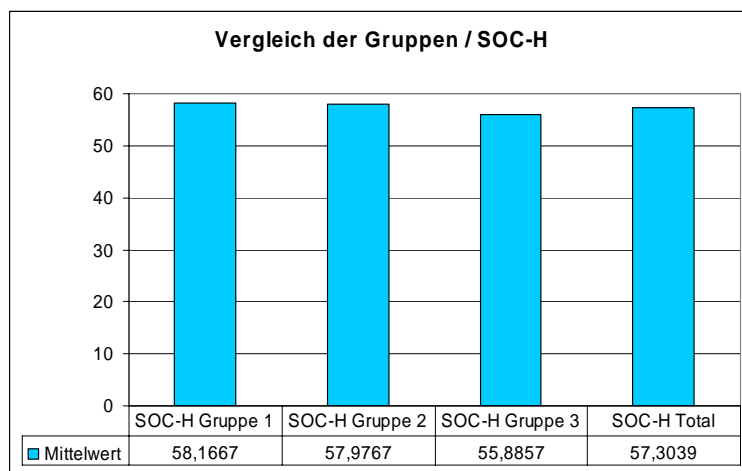


Abb. 13: Vergleich der Gruppen (SOC-H)

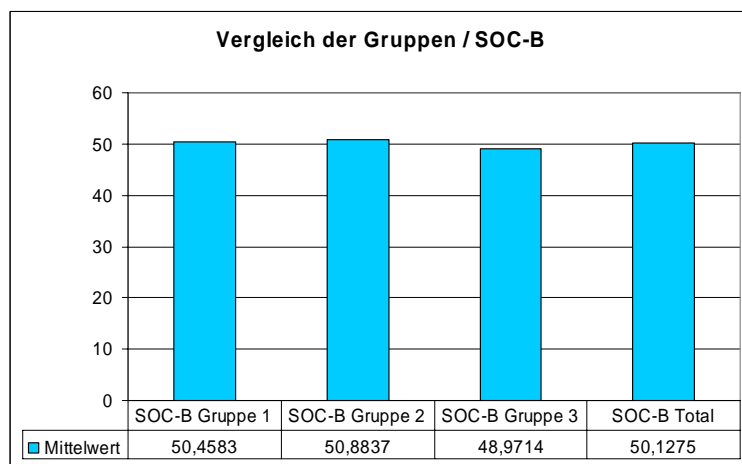


Abb. 14: Vergleich der Gruppen (SOC-B)

4.4 SOC-Vergleichswerte zu den soziodemographischen Variablen

- **Geschlecht**

Es gibt keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern, wobei dieses Ergebnis nicht von Bedeutung ist, da sich nur 4 männliche im Gegensatz zu 98 weiblichen Personen für die Ausbildung beworben haben.

- **Alter**

Für die Variable Alter wurde die Stichprobe für die Auswertungen in drei jeweils gleich große Gruppen geteilt. Jede der drei Gruppen besteht aus ca. 33.3% der Stichprobe, die Trennwerte lauten 19 und 21 Jahre.

Die Berechnungen zeigen signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter zwischen den Gruppen in SOC-V ($F_{2,99}=4,670$; $p=.012$) und SOC-Gesamtwert ($F_{2,99}=3,457$; $p=.035$) keine Unterschiede hingegen in SOC-H ($F_{2,99}=1,825$; $p=.167$) und SOC-B ($F_{2,99}=1,003$; $p=.370$).

Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zeigen, dass die Gruppe 1 (18 bis 19 Jahren) einen deutlich geringeren SOC-V (49,3611) und Gesamt-Wert (158,105) aufweist als die Gruppe 3 - über 21 Jahre (SOV-V: 54,9706; SOC-gesamt: 166,3545). Die Gruppe 2 (20 bis 21 Jahre) liegt in der Mitte und unterscheidet sich statistisch von keiner der beiden anderen Gruppen.

Auch wenn sich Gruppe 2 statistisch nicht von den beiden anderen Gruppen unterscheidet, zeigt sich in Abbildung 15 und Abbildung 16, dass SOC-Gesamtwert und SOC-V mit zunehmendem Alter ansteigen.

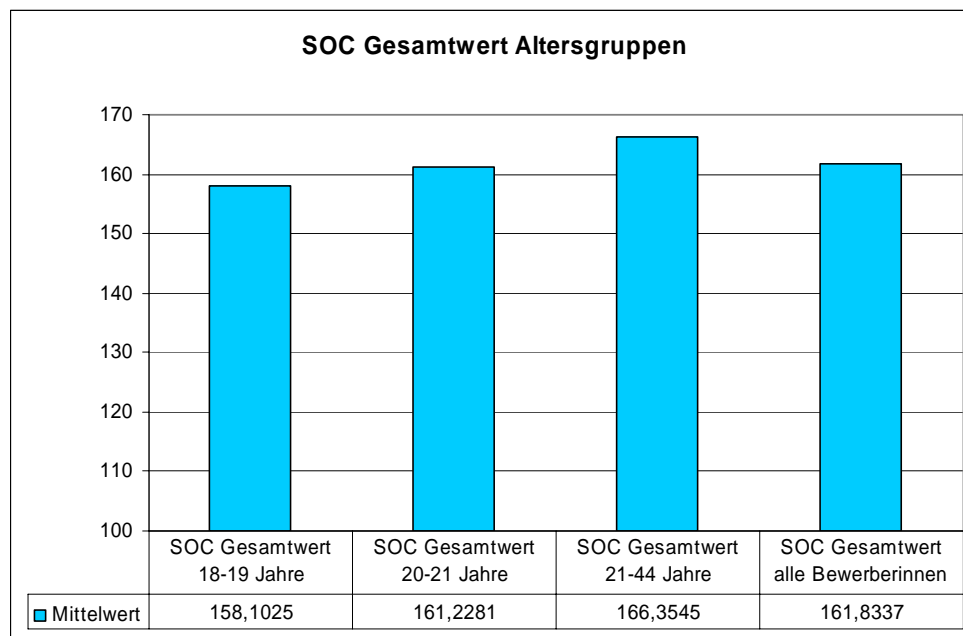


Abb 15.: SOC Gesamtwert Altersgruppen

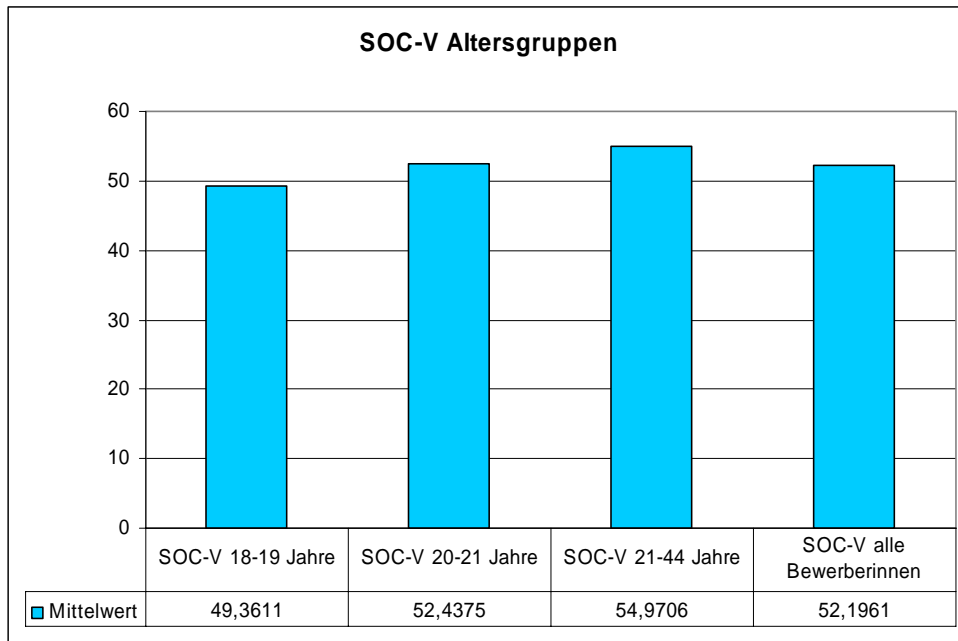


Abb. 16: SOC-V Altersgruppen

- **Berufsausbildung**

Die Varianzanalyse ergibt tendenzielle Unterschiede zwischen Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung und Bewerberinnen ohne abgeschlossene Berufsausbildung in den SOC-Komponenten (SOC-V: $F_{1;100}=2,869$; $p=.093$; SOC-H: $F_{1;100}=3;203$; $p=.077$; SOC-B: $F_{1;100}=3,490$; $p=.065$). Abb. 17 stellt die signifikanten Unterschiede im SOC-Gesamtwert dar. (SOC-Gesamt: $F_{1;100}=4,490$; $p=.037$). Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung erreichen jeweils höhere Werte

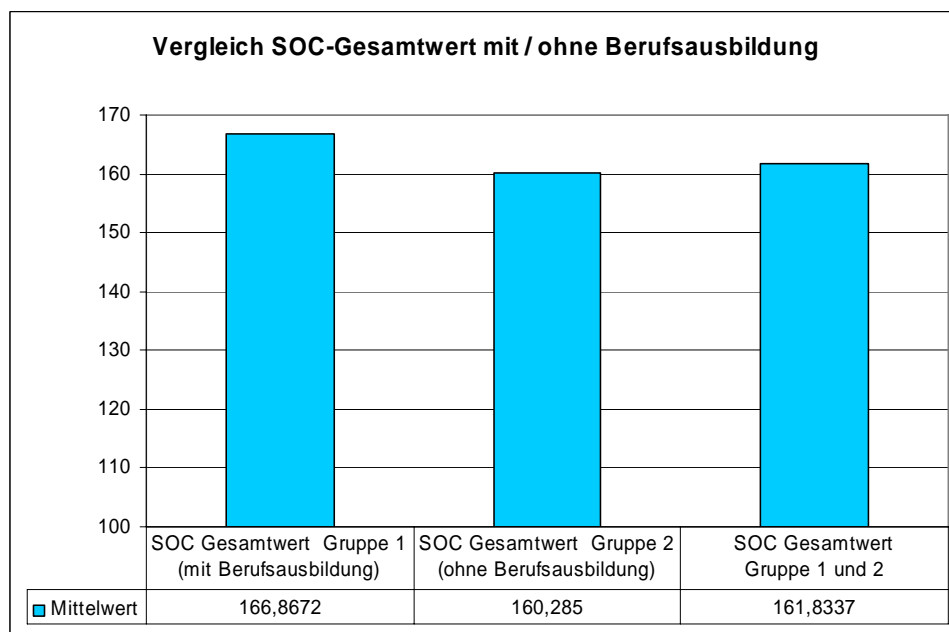


Abb.17: SOC-Gesamtwert mit/ohne Berufsausbildung

- **Studienerfahrung**

21,57% der Bewerberinnen bringen Erfahrungen mit einem oder mehreren Studien an einer Universität mit, 78,43% haben noch keine diesbezüglichen Erfahrungen gemacht.

Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt, dass lediglich ein Unterschied zwischen Bewerberinnen mit und ohne Studienerfahrung in der Komponente SOC-V ($F_{1;100}=5,013$; $p=.027$) besteht.

Keine Unterschiede zwischen Bewerberinnen mit und ohne Studienerfahrung gibt es in den SOC-Komponenten H ($F_{1;100}=0,131$; $p=.718$) und B ($F_{1;100}=0,540$; $p=.464$) und im SOC-Gesamtwert ($F_{1;100}=2,286$; $p=.134$).

Abbildung 18 stellt dar, dass Bewerberinnen mit Studienerfahrung einen deutlich höheren SOC-V-Mittelwert (MW=55,50) aufweisen als Bewerberinnen ohne Studienerfahrung (MW=51,29).

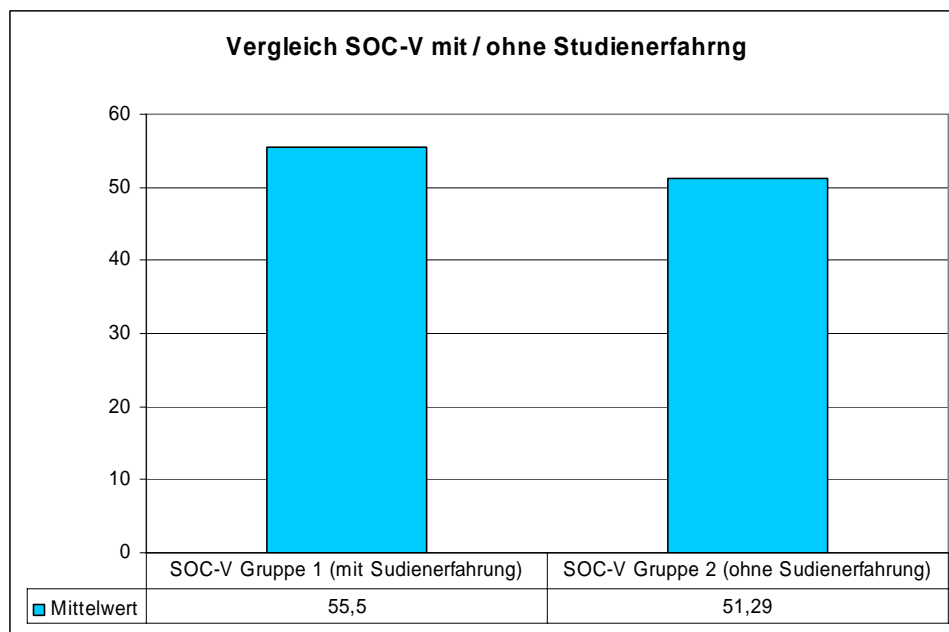


Abb.18: Vergleich SOC-V mit/ohne Studienerfahrung

- **Erfahrungen im Sozialbereich**

60,87% der Bewerberinnen und somit ein relativ hoher Anteil, verfügen über Vorerfahrungen im Sozialbereich in Form von Praktika, Feriarbeit o. ä.

Die Berechnungen zeigen, dass es keine Unterschiede, zwischen Bewerberinnen mit Erfahrungen im Sozialbereich und Bewerberinnen ohne Erfahrungen im Sozialbereich gibt, weder in den SOC-Komponenten SOC-V ($F_{1;100}=0,212$; $p=.646$), SOC-H ($F_{1;100}=0,026$; $p=.873$), SOC-B ($F_{1;100}=0,000$; $p=.996$) noch im SOC-Gesamtwert ($F_{1;100}=0,085$; $p=.771$)

5 DISKUSSION

5.1 Schlussfolgerungen in Bezug auf die Hypothesen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Ausprägung des Kohärenzempfindens nach Antonovsky von Bewerberinnen an der Akademie für Ergotherapie in Innsbruck 2006 zu erheben. Außerdem wurde ermittelt, ob durch das derzeit bestehende, mehrstufige und mehrteilige Aufnahmeverfahren Bewerberinnen mit einem höheren SOC ein Vorzug gegenüber Bewerberinnen mit einem niederen SOC gegeben wird bzw. ob diese in der Reihung weiter vorne liegen als jene mit einem vergleichsweise niederen SOC. Zusätzlich wurden als Nebenfragen die möglichen Effekte soziodemografischer Variablen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Studienerfahrung und Erfahrungen im Sozialbereich untersucht.

Die Auswertung der Daten zeigt einen hohen SOC-Mittelwert von 161,83, vergleichbar mit Werten von anderen, im Sozial- und Gesundheitswesen tätigen Personengruppen wie PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen und LehrerInnen, erhoben am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung, Graz / Schloss Seggau.

5.1.1 Zum Kohärenzempfinden der Bewerberinnen

Die Berechnung des SOC-Gesamtwertes der Stichprobe ergibt einen vergleichsweise hohen Wert von 161,83.

Besonders hoch erscheint dieser Wert unter anderem deshalb, weil die Bewerberinnen mit einem Durchschnittsalter von 22,05 Jahren noch relativ jung sind und der Frauenanteil bei 96,80 liegt. Auffallend ist auch, dass untersuchte Gruppen mit vergleichbaren Werten wie PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen und LehrerInnen bereits über eine Berufsausbildung und Berufserfahrung verfügen, während der Großteil der Bewerberinnen erst am Beginn einer Ausbildung stehen. Antonovsky geht davon aus, dass der SOC mit zunehmendem Alter steigt bzw. erst in der 3. Lebensdekade eine Lokalisierung auf dem SOC-Kontinuum festgelegt werden kann und dass Männer über höhere SOC-Werte verfügen als Frauen. Er meint auch, dass Menschen, die bereits im Berufsleben stehen und ihre Rollen eingenommen haben, stabile, höhere SOC-Werte aufweisen, als jene, die noch auf der Suche nach beruflicher Identität sind.

Laut Antonovsky sind Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn den vielfältigen Anforderungen, die das Leben bereit hält, besser gewachsen, als jene mit niederen SOC-Werten. Wie in Kap. 2 beschrieben, sind die theoretische und praktische Ausbildung zur Ergotherapeutin mit großen Belastungen auf verschiedensten Ebenen verbunden und erfordern u.a. ein hohes Maß an Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Flexibilität, kognitive und sozioemotionale Fähigkeiten. Bewerberinnen mit so hohen SOC-Werten zur Verfügung zu haben, scheint somit auf den ersten Blick positiv, denn diese hätten, laut Antonovskys Theorie, bessere Chancen, diese hohen Anforderungen zu bewältigen und über entsprechende generalisierte Widerstandsressourcen zu verfügen, als jene mit einem niederen Sense of Coherence.

Die theoretische Spannbreite des 29-Item-Fragebogens liegt zwischen 29 und 203. Die Standardabweichung der vorliegenden Studie zeigt eine große Streuung zwischen einem Minimalwert

von 135,66 und einem Maximalwert von 197,55. Bei kritischer Betrachtung scheint es notwendig, nach Ursachen für diese hohen Werte zu suchen.

▪ **Sozial erwünschte Antworten**

Die Teilnehmerinnen befanden sich, als sie den Bogen beantworteten, in einem Selektionsverfahren und dadurch in einer „Ausnahmesituation“. Aufgrund der besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den anderen Teilen des Verfahrens wurde ihnen nicht mitgeteilt, dass diese nicht für die Reihung herangezogen wurden. Alle Bewerberinnen hatten den Wunsch, einen Ausbildungsplatz zu erlangen. Die Vermutung liegt nahe, dass sie geneigt waren, „sozial erwünschte“ Antworten zu geben, was bei den leicht durchschaubaren Fragen des SOC-Fragebogens sehr gut möglich ist. Wahrscheinlich glaubten die Bewerberinnen, sich besonders stark, stabil und mit wenigen Problemen behaftet darstellen zu müssen, um in der Reihung weit vorne platziert zu werden. Das würde bedeuten, dass nicht alle angegebenen Werte der Realität entsprechen.

In einer von Antonovsky (1997) veröffentlichten Studie zeigen Offiziersanwärter ähnlich hohe Werte, wobei auch er vermutete, dass für die Anwärter ein Druck bestand, sozial erwünschte Antworten zu geben, obwohl ihnen sogar versichert wurde, dass die Ergebnisse keinen Einfluss auf das Abschneiden im Trainingsprogramm hätten. Dieses bewusst gesteuerte Vorgehen muss jedoch nicht unbedingt eine schlechtere Eignung für Ausbildung und Beruf bedeuten.

▪ **Der rigide - nicht authentische SOC**

Ein weiterer Grund für die Angabe von hohen Werten könnte ein unrealistisches Selbstbild bzw. Probleme in der Selbstwahrnehmung der Bewerberinnen sein.

Einerseits belegen zahlreiche Studien, dass Menschen in Helferberufen über hohe SOC-Werte verfügen. Weitere Untersuchungen zeigen außerdem einen Zusammenhang zwischen hohen SOC-Werten und psychischer Gesundheit (Siehe Kap.2). Andererseits ist aber auch bekannt (Pass 2005, Scharfetter 1996, Schmidbauer 2003, Siber 2005, Sonneck 2005), dass bei denselben Personen eine hohe Neigung zu Depressivität, Angst, Suizidalität, Suchtverhalten und Burnout-Symptomatik besteht. Das erscheint vorerst als Widerspruch.

Schmidbauer (2003) erläutert eindrucksvoll, dass Menschen in Helferberufen häufig über ein sehr hohes Ich-Ideal und perfektionistische Ansprüche an sich selbst verfügen, eigene Bedürfnisse, Ängste und Aggressionen nicht bewusst wahrnehmen und abspalten, eigene Hilfsbedürftigkeit verleugnen, unter Größenfantasien leiden und eine scheinbar omnipotente, unangreifbare Fassade aufrecht erhalten müssen, hinter welcher sich Ohnmacht und Bedürftigkeit verbergen. Er erklärt dieses Phänomen mit chronischen Verletzungen der dialogischen Bedürfnisse des Kindes in einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung, die sich auf die Persönlichkeit auswirken und bei der Entwicklung des Helfersyndroms eine wichtige Rolle spielen können. Der verletzte, bedürftige Mensch, mit einem stark ausgeprägten Über-Ich, dreht die Medaille unbewusst um, wird zu seinem eigenen Schutz zum Helfer, verdrängt seine eigene Bedürftigkeit und erwartet sich Befriedigung und Glück im altruistischen Dasein für andere Hilfsbedürftige.

Möglicherweise gibt es hier Verbindungen zum „rigiden, nicht authentischen SOC“ im Gegensatz zum „starken SOC“. Antonovsky (1997) geht davon aus, dass Menschen, die fast jedes Item des SOC-Fragebogens mit hohen SOC-Werten beantworten und die somit glauben, alles zu verstehen, für jedes

Problem eine Lösung zu haben und für die Zweifel nicht tolerierbar sind, nicht authentisch sind, in Wirklichkeit über ein schwaches Kohärenzgefühl und über eine geringe Realitätsanpassung verfügen. Er orientiert sich dabei an Kohut (1982) der zeigt, dass sich „eine Person mit schwachem Selbst wie verblendet in rigider Weise an einer vorgegebenen Identität festbeißen kann, in dem Bestreben, die schrecklichen Ängste zu zerstreuen, die sich ihrer gerade wegen ihres schwachen Selbst bemächtigen. Solch eine Person würde ein rigides SOC aufweisen, dessen beträchtliches Ausmaß an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit keine Substitution zulassen“ (Antonovsky 1997, S. 42).

Das bedeutet, dass ein Teil der Bewerberinnen für den „Helferberuf Ergotherapie“ zu der Gruppe gehören könnte, die über einen rigiden SOC verfügen und bei denen eine spätere Burnout-Gefährdung oder psychische Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann. Außerdem muss befürchtet werden, dass Kandidatinnen, die sich dem Helfen verschrieben haben und ihr persönliches Glück darin suchen, dem Patienten nicht den nötigen Spielraum gewähren, um selbst aktiv zu werden und Eigeninitiative zu entwickeln. Ein wichtiger Wesenszug der klientenzentrierten Ergotherapie ist es, den Patienten als Partner zu betrachten, seine Wünsche zu respektieren und ihn in die Zielfindung und Therapiegestaltung mit einzubeziehen, um ihm mehr Selbständigkeit im Alltag zu ermöglichen. Die Therapeutin muss u.a. in der Lage sein, sich zurückzunehmen, nicht als die große „Heilsbringerin“ aufzutreten und den Patienten dadurch klein und unselbständig zu halten! Bei Kandidatinnen mit einem rigiden, nicht authentischen SOC, muss eine Eignung somit in Frage gestellt werden.

Antonovsky legt sich nicht durch Angaben fest, ab wann ein SOC als rigide einzustufen wäre. Er betont, dass die einzige Möglichkeit zur Identifizierung solcher Personen bzw. zur Unterscheidung derer mit einem hohen SOC im Gegensatz zu jenen mit einem rigiden SOC qualitative Tiefeninterviews wären.

5.1.2 Vergleich der Gruppen

Die Annahme, dass man durch das bestehende mehrteilige und mehrstufige Aufnahmeverfahren (Siehe Kap. 2) Kandidatinnen mit hohen SOC-Werten identifizieren könne, entstand durch die Vermutung, dass es möglich wäre, Personen mit hohen SOC-Werten aufgrund ihrer Angaben in den psychologischen Tests bzw. ihrer Aussagen und ihres Verhaltens im Interview, im Rollenspiel und in der Reflexion zu erkennen.

Zum besseren Verständnis zeigt die Abb. 19 noch einmal die 3 Gruppen, die im Rahmen der vorliegenden Studie verglichen wurden.

Gruppe 1:	Aufnahme, 24 Personen
Gruppe 2:	Ausgeschieden nach Teil 2 des Verfahrens (Schriftliche Ausführungen zu Berufsbild und Motivation, Interview, Rollenspiel, Reflexion), 43 Personen
Gruppe 3:	Ausgeschieden nach Teil 1 des Verfahrens (16 PF, I-S-T 2000), 35 Personen

Abb. 19: 3 Gruppen zum Vergleich

Gruppe 3:

Die Hypothese, die Bewerberinnen der Gruppe 3 hätten geringere SOC-Werte als jene der Gruppen 1 und 2 kann bestätigt werden.

Die Ergebnisse zeigen eine Übereinstimmung für den Teil 1 des Aufnahmeverfahrens. Das bedeutet, dass Bewerberinnen der Gruppe 3, die im Teil 1, den psychologischen Testverfahren (16 PF, I-S-T 2000) schlechtere Werte erreicht haben, auch über signifikant geringere SOC-Werte (156,50) verfügen als die Gruppen 2 (164,79) und 1 (164,28). Der 16 Persönlichkeits-Faktoren-Test (16PF) ist ein Messinstrument für Faktoren zur psychischen Gesundheit (siehe Kap.2) und korreliert somit erwartungsgemäß mit den Ergebnissen zum SOC. Für die Berechnung der Rangreihe werden der 16 PF und der Intelligenz-Struktur-Test (I-S-T 2000) gemittelt.

Diese Gruppe erhielt keine Zulassung für die weiteren Teile des Verfahrens. Auch wenn der Wert der Gruppe 3 im Vergleich zu den Gruppen 1 und 2 signifikant geringer ist, ist er im Vergleich zu anderen von Antonovsky veröffentlichten Studien bzw. am Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau untersuchten Gruppen immer noch relativ hoch.

Bei der Betrachtung der 3 SOC-Komponenten fällt auf, dass die Gruppe 3 über signifikant geringere SOC-V-Werte (Verstehbarkeit) verfügt als die Gruppen 2 und 1. Mit dem SOC-V meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster. Das könnte bedeuten, dass diese Kandidatinnen auf kognitiver Ebene weniger Ressourcen zur Verfügung haben und dass diese Personen interne und externe Stimuli, auch unbekannte, weniger als kognitiv sinnhafte, geordnete, konsistente, strukturierte Informationen wahrnehmen als die Kandidatinnen der Gruppen 1 und 2. Einen weiteren Stressfaktor stellt die Arbeit unter Zeitdruck mit der Stoppuhr dar, was zu zusätzlichen Denkblockaden und zu Verunsicherung führen kann.

Exkurs: Vorbereitung auf kognitive Testteile

Gespräche mit Studierenden und somit mit jenen, die aufgenommen wurden, ergaben, dass sich viele von ihnen auf den „Intelligenztest“ vorbereitet hatten. In den Gymnasien spricht sich schnell herum, was in den Eignungstests erwartet wird. Es gibt mittlerweile sehr viel Literatur zur Vorbereitung auf entsprechende Testverfahren. Auch im Internet wird man fündig (z.B. www.eignungstests.ch; www.lernfreude.at). Auf den entsprechenden Web-Seiten findet man mittlerweile Tipps, Literaturhinweise und auch das Angebot von Vorbereitungskursen, insbesondere für den EMS-Eignungstest für das Medizinstudium, sowie in der Schweiz mittlerweile auch für Aufnahmeverfahren zur Physiotherapieausbildung. Die kognitiven Testteile ähneln einander sehr. Macht sich eine Bewerberin die Mühe und trainiert diese Fähigkeiten, so hat sie auch bessere Chancen, für den Teil 2 zugelassen zu werden. Durch die im Training erworbenen Fähigkeiten fühlt sie sich eventuell sicherer und lässt sich wahrscheinlich durch Zeitvorgaben usw. nicht so leicht irritieren. Das würde bedeuten, dass im besten Fall das Engagement zur Vorbereitung, nicht aber die tatsächlichen Leistungen zu bewerten wären.

Die Gruppe 2

Die Hypothese, die Gruppe 2 (ausgeschieden nach Teil 2 des Verfahrens) hätte höhere SOC-Werte als die Gruppe 3 (ausgeschieden nach Teil 1 des Verfahrens) kann bestätigt werden. Wie oben bereits erwähnt und diskutiert besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe 3 und der Gruppe 2.

Die Gruppe 1

Die Hypothese, die Gruppe 1 hätte höhere SOC-Werte als die Gruppe 2 muss widerlegt werden. Interessanterweise unterscheiden sich diese beiden Gruppen statistisch nicht in den SOC-Werten. Der

SOC-Gesamtwert der Gruppe 1 (164,28) ist sogar ganz geringfügig niedriger als der SOC der Gruppe 2 (164,79).

Trotzdem bewertete das Akademieteam die Teilnehmerinnen der Gruppe 1 im 2. Teil des Verfahrens mit einer höheren Punkteanzahl und hielt diese für geeigneter als jene der Gruppe 2. Im schlechtesten Fall könnte das bedeuten, dass es nicht möglich war, anhand der Aussagen und des Verhaltens der Teilnehmerinnen diejenigen mit echten hohen SOC-Werten zu erkennen und höher zu bewerten als diejenigen der Gruppe 2. Im positiven Fall könnte es aber auch bedeuten, dass im Rahmen des 2. Teils des Verfahrens zumindest einige Bewerberinnen mit rigidem, nicht authentischen SOC identifiziert und ausgeschlossen werden konnten.

Berechnet wurden die Mittelwerte der Gruppen, die Streuung ist groß und die Ergebnisse lassen nicht erkennen, wie viele und vor allem welche Personen der Gruppen 1 und 2 niedere bzw. hohe Werte angeben und was die Gründe dafür sein könnten. Es ist unwahrscheinlich, dass Bewerberinnen an der Akademie für Ergotherapie über so hohe echte SOC-Werte verfügen, wie sie angegeben haben. Somit muss davon ausgegangen werden, dass mehrere Personen sozial erwünschte Antworten gaben oder einen rigiden SOC aufweisen.

Zum Zeitpunkt der Hypothesenformulierung wurde von der Annahme ausgegangen, dass die Eignung für die Ausbildung und hohe SOC-Werte der Bewerberinnen korrelieren würden. Nach der Auswertung der Daten und der Auseinandersetzung mit der Thematik, insbesondere mit dem rigidem, nicht authentischen SOC (siehe oben) muss diese Annahme zumindest teilweise in Frage gestellt werden.

5.1.3 Soziodemographische Variablen

Geschlecht

Die Berechnungen zeigen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen im SOC-Gesamtwert und den SOC-Komponenten, wobei dieses Ergebnis bedingt durch den geringen Männeranteil nicht aussagekräftig ist.

96,08% der Bewerberinnen von 2006 an der Akademie für Ergotherapie sind weiblich, nur 3,92% sind männlich. Bedingt durch die hohe Anzahl an weiblichen Bewerberinnen (auch in den Vorjahren) wird deutlich, dass die Ergotherapie einen klassischen Frauenberuf darstellt. Dieses Phänomen zeigt sich, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, in anderen Helfer- bzw. Sozialberufen, wie z.B. der Pflege, Logopädie, der Sozialarbeit usw. Laut Antonovsky verfügen Frauen über ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl als Männer, was auch durch verschiedene Studien bestätigt werden konnte. Die SOC-Gesamtwerte der Stichprobe sind sehr hoch, obwohl der Frauenanteil so groß ist.

Alter

Die Hypothese, dass ältere Bewerberinnen höhere SOC-Werte aufweisen als jüngere, kann bestätigt werden.

Antonovsky geht davon aus, dass sich das Kohärenzempfinden erst gegen Ende der 3. Lebensdekade stabilisiert und festigt. Das Durchschnittsalter der Bewerberinnen beträgt 22,05 Jahre, wobei 66,67% zwischen 18 und 21 Jahre alt sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen Antonovskys

Theorie, dass der SOC mit zunehmendem Alter steigt, denn der SOC der Bewerberinnen zwischen 22 und 41 Jahren ist mit einem Mittelwert von 166,35 signifikant höher als jener der Bewerberinnen zwischen 18 und 19 Jahren mit einem Mittelwert von 158,10. Die Gruppe dazwischen im Alter von 19 bis 21 Jahren liegt mit dem Wert von 161,23 in der Mitte und unterscheidet sich von keiner der beiden anderen Gruppen.

Geht man davon aus, dass Personen mit einem hohen SOC den Anforderungen der Ausbildung zur Ergotherapeutin besser gewachsen sind als jene mit einem niederen SOC, so hieße dies, dass ältere Bewerberinnen besser geeignet wären als jüngere. Die älteren Bewerberinnen haben nicht nur höhere SOC-Werte angegeben sondern zeigten offensichtlich auch bessere Leistungen im Aufnahmeverfahren. Sie wurden vom Aufnahme-Team höher bewertet, als ihre jüngeren Kolleginnen.

Trotzdem ist zu beachten, dass der SOC der 18- bis 19-jährigen mit einem Wert von 158,10 im Vergleich zu anderen untersuchten Gruppen immer noch als eher hoch einzustufen ist. Unsere Bewerberinnen befinden sich größtenteils erst am Ende der 2. bzw. am Anfang der 3. Lebensdekade und somit müsste der SOC laut Antonovskys Theorie geringer ausfallen. Vergleichbare Studien am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau, wie z. B. jene zu MedizinstudentInnen mit einem SOC von 147,25 (Hutter 2006) oder GymnasiastInnen der 12 Schulstufe mit einem SOC von 134,54 (Gypser 2003), zeigen ebenfalls signifikant geringere SOC-Werte.

Berufsausbildung

Die Hypothese, dass Bewerberinnen mit abgeschlossener Berufsausbildung höhere SOC-Werte aufweisen als jene ohne Berufsausbildung, kann bestätigt werden.

23,53% der Bewerberinnen verfügen bereits über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Sie haben mit einem SOC-Mittelwert von 166,87 einen signifikant höheren Kohärenzsinn als Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit einem SOC-Mittelwert von 160,29. Auch Antonovsky geht davon aus, dass Menschen, die bereits in ihrer beruflichen Rolle verankert sind, über höhere SOC-Werte verfügen als jene, die noch auf der Suche nach beruflicher Identität sind.

Die Bewerberinnen mit abgeschlossener Ausbildung haben zwar bereits einen Beruf erlernt, sind aber offensichtlich mit ihrer Berufsauswahl nicht zufrieden, identifizieren sich nicht oder nur teilweise mit ihrem ursprünglich gewählten Beruf und sind somit interessiert an einer weiteren Ausbildung. Gründe, die in den Aufnahmegesprächen dafür angegeben wurden sind z.B. Unzufriedenheit mit dem bereits erlernten Beruf, schlechte Arbeitsplatzaussichten, Bedürfnis nach Kompetenzerweiterung und das Bedürfnis nach Neuorientierung bzw. Veränderung. Im Gegensatz zu den Maturanten verfügen sie bereits über Erfahrungen, zumindest über Praktika in der Arbeitswelt und sind im Schnitt älter als die Maturantinnen.

Auffallend ist, dass in der Gruppe 1, den Bewerberinnen, die aufgenommen wurden, nur 16% über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Das bedeutet, dass diese trotz der hohen SOC-Werte, im Aufnahmeverfahren größtenteils nicht positiver bewertet wurden als jene ohne Berufsausbildung. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Erwartungen an eine höhere Berufszufriedenheit als Ergotherapeutinnen nicht ausreichend nachvollziehbar erläutert werden konnten bzw. dem Auswahlgremium unrealistisch erschienen. Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen

der Unzufriedenheit mit dem bereits erlernten Beruf und einer allgemeinen, persönlichen Unzufriedenheit, mit zu hohen Erwartungen an eine Erfüllung und Befriedigung im Helferberuf Ergotherapie. Es könnte aber auch sein, dass diese Personen aufgrund ihrer Berufsausbildung wie z.B. eines abgeschlossenen Psychologie- oder Soziologiestudiums oder aufgrund ihrer Berufserfahrung eher in der Lage waren, die Fragen des SOC-Fragebogens zu „durchschauen“ und somit mehr sozial erwünschte Antworten gaben. Ob in dieser Gruppe mehr Personen mit einem rigiden, nicht authentischen SOC vertreten waren, kann hier nicht mehr nachvollzogen werden. Da der SOC dieser Gruppe mit 166,87 höher ist als der SOC sämtlicher Gruppen, die am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau untersucht wurden, erscheint es eher positiv, dass nur 16% davon aufgenommen wurden.

Studienerfahrung

Die Hypothese, dass Bewerberinnen mit Studienerfahrung (ohne Abschluss) höhere SOC-Werte aufweisen als jene ohne Studienerfahrung, kann nur zu einem geringen Teil bestätigt werden und muss größtenteils widerlegt werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen keinen Unterschied im SOC-Gesamtwert und den Komponenten Bedeutsamkeit (SOC-B) und Handhabbarkeit (SOC-H), jedoch einen signifikanten Unterschied in der Komponente Verstehbarkeit (SOC-V). Auffallend ist dieses Ergebnis, da in der Gesamtstichprobe die SOC-V-Werte deutlich geringer ausfallen als die SOC-H-Werte und diese wiederum deutlich geringer sind als die SOC-B-Werte. Mit der Komponente SOC-V (Verstehbarkeit) meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster. Ein Grund für diese hohen SOC-V-Werte könnte sein, dass sich diese Personen ursprünglich für ein Studium entschieden haben und über noch längere Zeit als die Maturantinnen mit dem Lernen bzw. kognitiven Anforderungen konfrontiert waren.

21,57% der Bewerberinnen verfügen über Erfahrungen in Bezug auf ein oder mehrere Studien an Universitäten oder Fachhochschulen. Als Begründung für den Wunsch, ihr Studium abbrechen zu wollen, geben sie in den Aufnahmegesprächen an, vom Studium enttäuscht zu sein, sich zu wenig zu Inhalten und Ablauf informiert zu haben, mit der „Freiheit“ und mangelnden Strukturvorgaben nicht zurecht zu kommen und schlechte Berufsaussichten zu befürchten. Bzgl. des Medizinstudiums wird die unpersönliche „Fließbandarbeit“ am Patienten kritisiert und es wird insbesondere von Frauen befürchtet, Beruf und Familie nicht in Einklang bringen zu können. Im Bezug auf Wirtschaftsstudien wird die starke Ausrichtung auf Karriere, Geld und Macht dargestellt und kritisiert, wohingegen in Studien wie Psychologie und Pädagogik der mangelnde Praxisbezug und schlechte Berufsaussichten als Belastung dargestellt werden.

In der Gruppe 1, den Bewerberinnen, die aufgenommen werden, verfügen 25% über Erfahrungen mit einem Studium, obwohl es mit Ausnahme der Komponente Verstehbarkeit, kaum Unterschiede in den SOC-Werten zu den anderen Gruppen gibt. Möglicherweise konnte diese Gruppe im Interview und in der Reflexion ihre Vorstellungen strukturierter und besser nachvollziehbar darstellen und wurde deshalb vom Beobachter-Team berücksichtigt, obwohl sie nur bedingt höhere SOC-Werte aufweist als diejenigen, die keine Studienerfahrung mitbringen.

Erfahrungen im Sozialbereich

Die Hypothese, dass Bewerberinnen mit Vorerfahrungen im Sozialbereich höhere SOC-Werte aufweisen als jene ohne Vorerfahrungen, muss widerlegt werden da es keine Unterschiede im SOC zu den Bewerberinnen ohne Vorerfahrung gibt.

60,78% der Bewerberinnen und somit ein hoher Anteil sammelten bereits vor ihrer Bewerbung an der Akademie für Ergotherapie Erfahrungen im Sozialbereich in Form von Praktika, als Teil ihres Vorberufs, im Freiwilligen Sozialen Jahr oder im Zivildienst.

Antonovsky geht davon aus, dass Menschen mit einem hohen SOC eher bereit sind, sich für eine Sache, ein Anliegen zu engagieren als Menschen mit niederen SOC-Werten. Sie messen dem, was sie gerade tun, mehr Bedeutung zu, erkennen eher Wege oder Möglichkeiten, ihre Vorhaben umzusetzen, sind weniger ängstlich und zeigen weniger Anteile von Resignation.

Personen mit Sozialerfahrung zeigten das nötige Engagement, um sich einen Praktikumsplatz zu organisieren und stellen sich den Herausforderungen der Arbeit im Sozialbereich. Das birgt die Möglichkeit, Vorstellungen und Phantasien zum Berufswunsch zu überprüfen, zu korrigieren und mit ihren persönlichen Fähigkeiten in Verbindung zu bringen.

In der Gruppe 1, den Kandidatinnen, die aufgenommen wurden, befinden sich 79% und somit ein sehr hoher Anteil mit Vorerfahrungen im Sozialbereich, obwohl es bzgl. SOC keine Unterschiede zu den anderen Gruppen gibt. Das könnte bedeuten, dass die Bewerberinnen, die bereit waren, ihre Phantasien zum Helfen bzw. zur Arbeit im Sozialbereich zu überprüfen und somit mehr Realitätsbezug erlangt haben, vom Beobachter-Team besser bewertet wurden. In den Interviews wurde ein besonderes Augenmerk auf jene Personen gelegt, die ihre Erfahrungen stark idealisiert haben. Möglicherweise wurden durch diese kritischen Fragen Personen mit einem rigiden SOC erkannt und schlechter bewertet als jene, die ihre Erfahrungen realistisch reflektiert haben bzw. erkannt haben, dass die Arbeit mit kranken oder behinderten Menschen auch belastend und mit Frustrationen und Grenzen verbunden sein kann.

5.2 Resümee

5.2.1 Der Einsatz des SOC-Fragebogens bei Eignungsverfahren

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass der Einsatz des SOC-Fragebogens im Rahmen von Eignungs- bzw. Aufnahmeverfahren nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse liefert und somit nur unter bestimmten Voraussetzungen zur Anwendung kommen sollte.

Bewerberinnen, die im 1. Teil des Verfahrens (16 PF, I-S-T 2000) ausgeschieden wurden, gaben auch signifikant geringere SOC-Werte an. Das führt zu Überlegungen, den 16 PF in Kombination mit dem I-S-T 2000 durch den SOC-Fragebogen zu ersetzen, da dieser kürzer und kostengünstiger in der Auswertung ist. Es bestünde dadurch die Möglichkeit, Personen mit geringen SOC-Werten, z.B. unter 145 auszuschließen, da diese wahrscheinlich den Belastungen der theoretischen und praktischen Ausbildung weniger gewachsen sind als jene mit echten hohen SOC-Werten.

Die Angabe von hohen Werten lässt noch keine Aussage darüber zu, ob es sich dabei um echte hohe SOC-Werte, um sozial erwünschte Antworten oder aber um einen rigiden SOC handelt. Somit muss

das Verfahren weitere Möglichkeiten beinhalten, um diese Differenzierung vornehmen zu können. Antonovsky empfiehlt als einzige Möglichkeit zur Unterscheidung zwischen Personen mit echtem hohen und jenen mit einem rigiden SOC qualitative Tiefeninterviews. Das würde bedeuten, dass in den ohnehin vorgesehenen leitfadengestützten Interviews im 2. Teil des Verfahrens ein besonderes Augenmerk auf jene gelegt werden muss, die hohe Werte z.B. über 160 angegeben haben. Dabei gilt es herauszufinden, ob die Bewerberinnen bewusst hohe Werte im Sinne von sozial erwünschten Antworten angegeben haben oder aber, ob sie unbewusst ein Idealbild von sich zeichnen, welches rigide und nicht authentisch ist. Diese Personen verfügen laut Antonovsky in Wirklichkeit über ein schwaches Kohärenzgefühl mit geringer Realitätsanpassung. Bei diesen Bewerberinnen muss eine Eignung in Frage gestellt werden.

Die Gestaltung dieser Interviews mit differenzierten Fragestellungen zur Identifikation der Bewerberinnen mit einem echten, hohen SOC erfordert eine gute, fachliche Vorbereitung und eine hohe Qualifizierung des Aufnahmeteams. Die Möglichkeit, SOC-Werte als eine der Gesprächsgrundlagen in den Interviews zu nützen, könnte unter diesen Bedingungen durchaus eine sinnvolle Bereicherung von Aufnahmeverfahren für Gesundheits- und Sozialberufe darstellen.

Hohe, echte SOC-Werte stehen laut Antonovsky und weiterführenden Studien für Gesundheit und Belastbarkeit und können somit eines von mehreren Selektionskriterien für die Auswahl bilden. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch, dass in der Differenzierung zwischen mehr oder weniger geeigneten Kandidatinnen auch Kriterien wie sozialkommunikative Fähigkeiten im Gespräch und im Rollenspiel, der Informationsstand zum Berufsbild und Kreativität bzw. Flexibilität im Sinne von konstruktivem Problemlöseverhalten eine bedeutende Rolle spielen.

5.2.2 Hohe SOC-Werte von Personen in Gesundheits- und Sozialberufen

Eine weitere gewagte Theorie, die trotzdem nicht unerwähnt bleiben sollte, ergab sich aus der Auseinandersetzung mit der Thematik „echter hoher versus rigider, nicht authentischer SOC“. Wie aus vielen Studien auch am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau hervorgeht, verfügen Menschen in Sozialberufen über höhere SOC-Werte als andere Personengruppen. Andererseits ist bekannt, dass genau diese Personen eine hohe Neigung zu Depression, Sucht, Suizidalität und zu Burnout-Problematik aufweisen (Siehe Kap. 5.2.1). Aus diesem Widerspruch ergibt sich die Überlegung, ob sich in sämtlichen Untersuchungen, bei denen nur die SOC-Mittelwerte dieser Gruppen erhoben wurden, auch immer mehrere Personen mit einem rigiden SOC befanden, die unbewusst ein Idealbild von sich wahrnehmen, Probleme und Unzulänglichkeiten negieren, ein verzerrtes Bild von sich in Form von hohen Werten angeben und somit die Gesamtergebnisse in Richtung „hohe SOC-Mittelwerte“ beeinflussen. Das könnte bedeuten, dass die Annahme, Personen, die im Sozialbereich tätig sind, hätten höhere „echte SOC-Werte“ und wären somit psychisch gesünder und stabiler als andere Personengruppen, nicht der Realität entspricht.

6 LITERTURVERZEICHNIS

Amthauer, R., Brocke, B., Liepmann, D. Beauducel, A.: Intelligenz-Struktur-Test 2000. (I-S-T 2000). Göttingen: Hogrefe 1999.

Antonovsky, A.: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag 1997.

Antonovsky, A.: Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass 1979.

Becker, P.: Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? in: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.). Gesundheits- oder Krankheitstheorie. Berlin: Springer 1998.

Becker, P. et al.: Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV), in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4, 1996, S. 55 – 76.

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? Erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.

Bergius, R.: Flexibilität. In: Häcker, H. Stapf, K. (Hrsg.). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber 1998.

Binder, A.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark, differenziert nach Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Binder, H.P.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei PsychotherapeutInnen in der Steiermark, differenziert nach Lehrtherapie- bzw. Selbsterfahrungsstunden. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Blättner, B. & EU-team@inter-uni.net: Salutogenetische Grundlagen, Health Promotion and Promotion of Health: Orientierung an Reccourcen. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Chapparo, C.J. & Ranka, J. (Hrsg): The Occupational Performance Model – Australia. Lidcombe: Occupational Performance Networks 1997.

Endler, P.C. & EU-team@inter-uni.net: Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitswissenschaften. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Falkenberg, B.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei LehrerInnen aus Mitgliedsschulen des österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernde Schulen“ In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Frenz, A. W., Carey, M. P., Jorgensen, R. S.: Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale, in: Psychological Assessment, 5, 1993, S. 145 – 153, zit. nach Bengel, J. et al: Was erhält den Menschen gesund? Erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.

Gypser, I.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei GymnasiastInnen der 12. Schulstufe in Graz. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2003 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Gottschlich, M.: Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes. Wien: Springer 1998.

Hannöver, W. et al.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. In: Psychother Psych Med, 54, 2004, S. 179 –186 New York: Thieme.

Heise, H., Kersting, M.: Anforderungen an den Prozess der Eignungsbeurteilung. In: Hornke, L., Winterfeld, U. (Hrsg.): Eignungsbeurteilungen auf dem Prüfstand: DIN 33430 zur Qualitätssicherung. 1. Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2004.

Hornke, L., Winterfeld, U. (Hrsg.): Eignungsbeurteilungen auf dem Prüfstand: DIN 33430 zur Qualitätssicherung. 1. Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2004.

Jerosch-Herold Ch., Marotzki U. Hack B., Weber, P.: Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis. Berlin: Springer 2004.

Kersting, M.: Kosten und Nutzen beruflicher Eignungsbeurteilungen. In: Hornke, L., Winterfeld, U. (Hrsg.): Eignungsbeurteilungen auf dem Prüfstand: DIN 33430 zur Qualitätssicherung. 1. Auflage. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2004.

Kleinmann, M.: Assessment-Center. Praxis der Personalpsychologie. Band 3. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe 2003.

Kielhofner, G., Marotzki, U. Mentrup, Ch.: Model of Human Occupation (MOHO), Grundlagen für die Praxis. Heidelberg: Springer, 2005.

Law, M. et al.: Canadian Occupational Performance Measure. CAOT Publications ACE 1998.

Maercker, A.: Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In: Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer 1998.

Margraf, J., Siegrist, J., Neumer, S. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer 1998.

Niederdorfer, M.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei Lehrpersonen schweizerischer Kindergärten und Schulen. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Noack, H. et al: Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des „Sense of Coherence Questionnaire“ von Antonovsky (1987). Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, 1991.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, ÖBIG: Curricula MTD, Ergotherapeutischer Dienst 2004.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG: Berufsprofil der/des Ergotherapeutin/Ergotherapeuten 2003.

Pass, P. F. & EU-team@inter-uni.net: Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Pochmann, A.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei langzeitarbeitslosen und langzeitbeschäftigungslosen Personen im Bezirk Lilienfeld, Niederösterreich. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Sack, M., Lamprecht, F.: Forschungsaspekte zum Sense of Coherence, in: Schüffel, W. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998.

Sack, M., Lamprecht, F.: Lässt sich der Sense of Coherence durch Psychotherapie beeinflussen? In: F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin. Frankfurt: VAS Verlag 1994.

Scharfetter, Ch.: Allgemeine Psychopathologie. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme 1996.

Schmidbauer, W.: Hilfloose Helfer. 12. Auflage. Reinbeck: Rowohlt 2003.

Schmidbauer, W.: Lexikon Psychologie. Erweiterte Neuauflage. Reinbeck: Rowohlt 2001.

Schneewind, K., Graf, J.: 16-Persönlichkeitsfaktoren-Test (16 PF-R). Bern, Göttingen: Huber 1998.

Schumacher, J., Gunzelmann, T., Brähler, E.: Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky, in: Diagnostica, 46, 2000, S. 208 –213.

Schumacher, J. Wilz, G. Gunzelmann, T., Brähler, E.: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: PpM Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 50, 2000, S. 472 – 482. Stuttgart: Thieme.

Schuntermann, M. F.: Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed-Medizin 2005.

Schüffel, W. et al (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein Medical 1998.

Schwammerger, H.: Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch technischen Dienste (MTD-Gesetz). Wien: Verlag Österreich 2006.

Siber, G.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence Personale und tätigkeitsbezogene Aspekte bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in der Steiermark. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Sonneck, G.: Das Burnout-Syndrom. In: Österreichische Ärztezeitung, 44, 2005, S. 28-36. Wien: Medizin Populär, Verlagshaus der Ärzte.

Spranger, H. & EU-team@inter-uni.net: Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren. edition@inter-uni.net, Graz 2005.

Stadt Wien (Hrsg.): Psychische Gesundheit in Wien. Urbas, E., Wien 2004.

Steixner, M.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei österreichischen GesundheitstrainerInnen. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Sumsion, T.: Klientenzentrierte Ergotherapie. Stuttgart: Thieme 2002.

Tranninger, D.: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence bei Jugendlichen im Jugendwohlfahrtsbetreuten Wohnen. In: edition@inter-uni.net (Hg.): Forschung am interuniversitären Kolleg. Graz 2005 (ISBN 978-3-9502326-0-8).

Internetquellen

www.testraum.ch/Serie%203/16PFR.htm, Abrufdatum: 22.09.2006, 22:10 Uhr.

www.stangl-taller.at/TESTEXPERIMENT/testbsp16PF.html, Abrufdatum: 22.09.2006, 23:12 Uhr.

<http://psydoc.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/151> (Psychologische Verfahren der Personalauswahl, Sven Max Litzcke). Abrufdatum: 10.10.2006, 16:40 Uhr.

www.eignungstests.ch; www.lernfreude.at, Abrufdatum 20. April 2007, 11:20 Uhr

7 ANHANG

Anhang 1 Fragebogen zum Sense of Coherence, SOC 29, nach A. Antonovsky, erweitert durch Fragen zu soziodemographische Daten, April 2006

Anhang 2 Auswertung der Daten, Harald Lothaller, Oktober 2006

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Maturantin/Maturant:

Studentin/Student:

Abgeschlossene Berufsausbildung:

Welche:

Erfahrungen im Sozialbereich:.....

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens.
Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Frage ausdrückt. Geben Sie bitte auf jede Frage nur eine Antwort.

1 Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen?		
Habe nie dieses Gefühl	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Habe immer dieses Gefühl
2 Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, dass die Sache		
Keinesfalls erledigt werden würde	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sicher erledigt werden würde
3 Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?		
Sie sind Ihnen völlig fremd	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sie kennen sie sehr gut
4 Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?		
Äußerst selten oder nie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr oft
5 Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?		
Das ist nie passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Das kommt immer wieder vor
6 Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?		
Das ist nie passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Das kommt immer wieder vor
7 Das Leben ist		
Ausgesprochen interessant	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Reine Routine

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

8 Bis jetzt hatte Ihr Leben		
Überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr klare Ziele und einen Zweck
9 Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?		
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Selten oder nie
10 In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben		
Voller Veränderungen, ohne dass Sie wussten, was als nächstes passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Ganz beständig und klar
11 Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich		
Völlig faszinierend sein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Todlangweilig sein
12 Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?		
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr selten oder nie
13 Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?		
Man kann für schmerzliche Dinge im Leben immer eine Lösung finden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben
14 Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, dass Sie		
Fühlen, wie schön es ist zu leben	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sich fragen, warum Sie überhaupt da sind
15 Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung		
Immer verwirrend und schwierig	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Immer völlig klar
16 Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle		
Tiefer Freude und Zufriedenheit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Von Schmerz und Langeweile
17 Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich		
Voller Veränderungen sein, ohne, dass Sie wissen, was als nächstes passiert	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Ganz beständig und klar sein

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

18 Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu		
Sich daran zu verzehren	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Zu sagen: „Nun gut, seis drum, ich muss damit leben“ und weiterzumachen
19 Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?		
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr selten oder nie
20 Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt		
Werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt
21 Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?		
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr selten oder nie
22 Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben		
Ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Voller Sinn und Zweck sein wird
23 Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?		
Sie sind sich dessen ganz sicher	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sie zweifeln daran
24 Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?		
Sehr oft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr selten oder nie
25 Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?		
Nie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sehr oft
26 Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung		
Über- oder unterschätzten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Richtig einschätzten
27 Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass		
Es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

28 Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?							
Sehr oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7

29 Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?							
Sehr oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7

Vielen Dank!

Auswertung zur Thesis von Elisabeth Müller-Breidenbach

N=102 Fragebögen

1. Schritt: Rekodierung von SOC-Items, Berechnung von SOC-Komponenten-Werten sowie SOC-Gesamtwert
2. Schritt: Vergleich der drei SOC-Komponenten
3. Schritt: Auswertung nach verschiedenen Variablen, siehe unten
4. Schritt: Vergleich mit anderen Stichproben

Ad 1.)

SOC-Werte für Gesamtstichprobe:

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
SOC-V	102	52,1961	7,96905	31,00	73,00
SOC-H	102	57,3039	4,83958	47,00	69,00
SOC-B	102	50,1275	3,66052	41,00	56,00
SOC-gesamt	102	161,8337	13,53564	135,66	197,55

Ad 2.)

Die drei Komponenten unterscheiden sich jeweils signifikant von einander.

	T	df	Sig. (2-seitig)
socv - soch	-16,823	101	,000
socv - socb	-24,199	101	,000
soch - socb	-12,349	101	,000

Zum Vergleich der Komponenten wurden die Mittelwerte anstelle der sonst – entsprechend der Auswertungsvorgaben nach Antonovsky – verwendeten Summenwerte.

	Mittelwert	N	Standardabweichung
socv	4,7451	102	,72446
soch	5,7304	102	,48396
socb	6,2659	102	,45757

SOC-V ist deutlich geringer als SOC-H und dies wiederum geringer als SOC-B.

Außerdem sind die drei Komponenten signifikant miteinander korreliert, insbesondere SOC-V und SOC-H; d.h. je höher der Wert einer Person bei einer Komponente, desto höher auch der Wert bei einer anderen Komponente.

	N	Korrelation	Signifikanz
socv & soch	102	,584	,000
socv & socb	102	,500	,000
soch & socb	102	,568	,000

Ad 3.)

Vergleich „Gruppen“:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	451,986	2	225,993	3,753	,027
	Within Groups	5962,092	99	60,223		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	107,725	2	53,863	2,362	,100
	Within Groups	2257,853	99	22,807		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	73,995	2	36,997	2,863	,062
	Within Groups	1279,348	99	12,923		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	1515,157	2	757,578	4,415	,015
	Within Groups	16989,418	99	171,610		
	Total	18504,574	101			

Sign. Unterschied zwischen Gruppen in SOC-V und SOC-Gesamtwert, tendenzieller Unterschied in SOC-B, kein Unterschied in SOC-H.

Post-Tests zeigen, dass jeweils Gruppe 3 deutlich geringere Werte aufweist als die Gruppen 1 und 2.

	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
socv_sum	1	24	53,5833	7,60959	39,00	70,00
	2	43	53,7907	7,60187	37,00	73,00
	3	35	49,2857	8,04974	31,00	69,00
	Total	102	52,1961	7,96905	31,00	73,00
soch_sum	1	24	58,1667	4,83346	48,00	68,00
	2	43	57,9767	4,51710	50,00	69,00
	3	35	55,8857	5,03967	47,00	66,00
	Total	102	57,3039	4,83958	47,00	69,00
socb_sum	1	24	50,4583	3,50129	41,00	56,00
	2	43	50,8837	3,26022	42,00	56,00
	3	35	48,9714	4,02555	41,00	56,00
	Total	102	50,1275	3,66052	41,00	56,00
soc_sum	1	24	164,2866	13,99011	135,66	194,92
	2	43	164,7993	11,88147	143,42	197,55
	3	35	156,5084	13,88892	135,90	185,95
	Total	102	161,8337	13,53564	135,66	197,55

Vergleich „Geschlecht“:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	8,706	1	8,706	,136	,713
	Within Groups	6405,372	100	64,054		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	,160	1	,160	,007	,935
	Within Groups	2365,418	100	23,654		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	1,614	1	1,614	,119	,730
	Within Groups	1351,730	100	13,517		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	,451	1	,451	,002	,961
	Within Groups	18504,124	100	185,041		
	Total	18504,574	101			

Es gibt keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern in SOC-Komponenten und im SOC-Gesamtwert.

Vergleich „StudentIn“:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	306,191	1	306,191	5,013	,027
	Within Groups	6107,887	100	61,079		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	3,100	1	3,100	,131	,718
	Within Groups	2362,478	100	23,625		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	7,265	1	7,265	,540	,464
	Within Groups	1346,078	100	13,461		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	413,559	1	413,559	2,286	,134
	Within Groups	18091,016	100	180,910		
	Total	18504,574	101			

Es gibt keine Unterschiede nach Variable „StudentIn“ in SOC-Komponenten und im SOC-Gesamtwert, mit Ausnahme von SOC-V (1 hat mit MW=55,50 einen höheren Wert als 2 mit MW=51,29).

Vergleich „Beruf“:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	178,860	1	178,860	2,869	,093
	Within Groups	6235,218	100	62,352		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	73,412	1	73,412	3,203	,077
	Within Groups	2292,167	100	22,922		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	45,638	1	45,638	3,490	,065
	Within Groups	1307,705	100	13,077		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	795,142	1	795,142	4,490	,037
	Within Groups	17709,432	100	177,094		
	Total	18504,574	101			

Es gibt tendenzielle Unterschiede nach „Beruf“ in SOC-Komponenten und signifikanten Unterschied im SOC-Gesamtwert.

Beruf=1 hat jeweils höheren Wert als Beruf=2.

	Beruf	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
socv_sum	1	24	54,5833	9,94295	31,00	73,00
	2	78	51,4615	7,17263	37,00	70,00
	Total	102	52,1961	7,96905	31,00	73,00
soch_sum	1	24	58,8333	5,23921	50,00	68,00
	2	78	56,8333	4,64427	47,00	69,00
	Total	102	57,3039	4,83958	47,00	69,00
socb_sum	1	24	51,3333	3,54679	43,00	56,00
	2	78	49,7564	3,63670	41,00	56,00
	Total	102	50,1275	3,66052	41,00	56,00
soc_sum	1	24	166,8672	16,11543	137,64	197,55
	2	78	160,2850	12,34576	135,66	193,71
	Total	102	161,8337	13,53564	135,66	197,55

Vergleich „Erfahrungen im Sozialbereich“:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	13,559	1	13,559	,212	,646
	Within Groups	6400,519	100	64,005		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	,607	1	,607	,026	,873
	Within Groups	2364,971	100	23,650		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	,000	1	,000	,000	,996
	Within Groups	1353,343	100	13,533		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	15,724	1	15,724	,085	,771
	Within Groups	18488,851	100	184,889		
	Total	18504,574	101			

Es gibt keine Unterschiede.

Vergleich „Alter“:

Für die Variable Alter wurde die Stichprobe für die Auswertungen in drei jeweils gleich große Gruppen geteilt. Jede der drei Gruppen besteht aus ca. 33.3% der Stichprobe, die Trennwerte lauten 19 Jahre und 21 Jahre.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
socv_sum	Between Groups	552,927	2	276,464	4,670	,012
	Within Groups	5861,151	99	59,204		
	Total	6414,078	101			
soch_sum	Between Groups	84,124	2	42,062	1,825	,167
	Within Groups	2281,454	99	23,045		
	Total	2365,578	101			
socb_sum	Between Groups	26,878	2	13,439	1,003	,370
	Within Groups	1326,465	99	13,399		
	Total	1353,343	101			
soc_sum	Between Groups	1207,823	2	603,911	3,457	,035
	Within Groups	17296,752	99	174,715		
	Total	18504,574	101			

Es gibt signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter in SOC-V und SOC-Gesamtwert, keine Unterschiede hingegen in SOC-H und SOC-B. Post-Tests nach Scheffe sowie nach Tukey zeigen, dass die Gruppe 1 (bis 19 Jahren) einen deutlich geringeren V- und Gesamtwert als die Gruppe 3 (über 21 Jahre) hat. Die Gruppe 2 (über 19 bis 21 Jahre) liegt in der Mitte und unterscheidet sich von keiner der beiden anderen Gruppen.

	Alter	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
socv_su m	1,00	36	49,3611	6,77454	37,00	62,00
	2,00	32	52,4375	7,66617	39,00	70,00
	3,00	34	54,9706	8,58641	31,00	73,00
	Total	102	52,1961	7,96905	31,00	73,00
soch_su m	1,00	36	56,6667	4,40779	47,00	66,00
	2,00	32	56,6563	5,00071	47,00	68,00
	3,00	34	58,5882	5,00374	50,00	69,00
	Total	102	57,3039	4,83958	47,00	69,00
socb_su m	1,00	36	49,6111	3,53980	41,00	56,00
	2,00	32	49,9688	4,13080	41,00	56,00
	3,00	34	50,8235	3,29803	43,00	56,00
	Total	102	50,1275	3,66052	41,00	56,00
soc_sum	1,00	36	158,1025	12,12433	136,50	185,95
	2,00	32	161,2281	13,55845	135,66	193,71
	3,00	34	166,3545	13,98375	137,64	197,55
	Total	102	161,8337	13,53564	135,66	197,55

Ad 4.)

Vergleiche mit anderen Stichproben:

Stichprobe weist recht hohen SOC-Gesamtwert auf (161,83) und unterscheidet sich damit nicht von PsychotherapeutInnen (H.Binder; 162,32), PhysiotherapeutInnen (A.Binder; 158,11), LehrerInnen-Ö (Falkenberg; 156,05), ÄrztInnen (Sieber; 153,78) und LehrerInnen-CH (Niederdorfer; 153,46). Geringere Werte haben Medizinstudierende (Hutter; 147,25), LehrgangsteilnehmerInnen (Steixner; 146,17), Arbeitslose (Pochmann; 143,37), Jugendliche (Tranninger; 122,58) und SchülerInnen (Gypser; 111,18).