

# Klausur – Mantelbogen



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

Name, Vorname	
Matrikel-Nr.	
Studienzentrum	
Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Psychologie</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-PSY-P12-091128</b>
Datum	<b>28.11.2009</b>

**Ausgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

**Abgegebene Arbeitsbögen** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben und Unterschrift Aufsichtsführende(r)

\_\_\_\_\_  
Prüfungskandidat(in)

Aufgabe		1	2	3	4	5	Σ	Note
max. Punktzahl		20	20	20	20	20	100	
Bewertung	Prüfer							
	ggf. Gutachter <sup>1</sup>							

\_\_\_\_\_  
Prüfer (Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Gutachter (Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

<sup>1</sup> Ggf. Gutachten im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens

Anmerkungen Prüfer:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Anmerkungen Gutachter:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Sonstige Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Psychologie</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-PSY-P12-091128</b>
Datum	<b>28.11.2009</b>

**Bezüglich der Anfertigung Ihrer Arbeit sind folgende Hinweise verbindlich:**

- Verwenden Sie ausschließlich das vom Aufsichtsführenden **zur Verfügung gestellte Papier** und geben Sie sämtliches Papier (Lösungen, Schmierzettel und nicht gebrauchte Blätter) zum Schluss der Klausur wieder bei Ihrem Aufsichtsführenden ab. Eine nicht vollständig abgegebene Klausur gilt als nicht bestanden.
- Beschriften Sie jeden Bogen mit Ihrem **Namen und Ihrer Immatrikulationsnummer**. Lassen Sie bitte auf jeder Seite 1/3 ihrer Breite als Rand für Korrekturen frei, und nummerieren Sie die Seiten fortlaufend. Notieren Sie bei jeder Ihrer Antworten, auf welche Aufgabe bzw. Teilaufgabe sich diese bezieht.
- Die Lösungen und Lösungswege sind in einer für den Korrektanten **zweifelsfrei lesbaren Schrift** abzufassen (**kein Bleistift**). Korrekturen und Streichungen sind eindeutig vorzunehmen. Unleserliches wird nicht bewertet.
- Bei numerisch zu lösenden Aufgaben ist außer der Lösung stets der **Lösungsweg anzugeben**, aus dem eindeutig hervorzugehen hat, wie die Lösung zustande gekommen ist.
- Die Klausur-Aufgaben können einbehalten werden. Dies bezieht sich **nicht** auf ausgeteilte Arbeitsblätter, auf denen Lösungen einzutragen sind.

Zur Prüfung sind bis auf Schreib- und Zeichenutensilien ausschließlich die nachstehend genannten Hilfsmittel zugelassen. Werden **andere als die hier angegebenen Hilfsmittel verwendet oder Täuschungsversuche** festgestellt, gilt die Prüfung als nicht bestanden und wird mit der Note **5** bewertet.

<b>Bearbeitungszeit:</b>	90 Minuten
<b>Anzahl der Aufgaben:</b>	5
<b>Höchstpunktzahl:</b>	100
<b>Hilfsmittel:</b>	keine

<b>Aufgabe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>insg.</b>
max. Punktzahl	20	20	20	20	20	100

Viel Erfolg!

**Aufgabe 1: Sozialpsychologie****20 Punkte**

Sozialpsychologische Theorie und Forschung haben sich intensiv mit „Einstellungen“ auseinandergesetzt. Der Begriff „soziale Einstellung“ wurde schon 1918 von Thomas/Znaniecki in die Sozialpsychologie eingeführt.

- 1.1 Definieren Sie den Begriff „Einstellungen“. 4 Punkte
- 1.2 Um die Zusammenhänge zwischen gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen zu erklären, wird häufig auf das „Health Belief Model“ von Rosenstock (1974) und Becker (1974) zurückgegriffen. Beschreiben Sie kurz die vier zentralen Annahmen in diesem Modell? 16 Punkte

**Aufgabe 2: Kommunikationspsychologie****20 Punkte**

- 2.1 Beschreiben Sie das Basismodell der Kommunikation verbal oder alternativ mit Hilfe einer kleinen Skizze. 5 Punkte
- 2.2 In der interpersonalen Kommunikation kann das Phänomen der „kommunikativen Kontrolle“ beobachtet werden. Erläutern Sie dieses Phänomen. 15 Punkte

**Aufgabe 3: Alterspsychologie****20 Punkte**

- 3.1 Der Trend zur Überalterung unserer Gesellschaft wird sich in den kommenden Jahrzehnten verstärken. Beschreiben Sie kurz vier Entwicklungstendenzen dieses demographischen Wandels. 12 Punkte
- 3.2 Schildern Sie zwei Maßnahmen der aktivierenden Pflege, die geeignet sind, dem Fortschreiten einer Demenz entgegenzuwirken. 8 Punkte

**Aufgabe 4: Organisationspsychologie****20 Punkte**

- 4.1 Inter-Gruppenkonflikte, also Konflikte zwischen einzelnen Gruppen (Fachabteilungen, Berufsgruppen, Status-Gruppen usw.), entwickeln sich oft gar nicht so sehr wegen aktuell divergierender Interessenlagen. Vielmehr können andere Ursachen identifiziert werden. Erläutern Sie zwei dieser Ursachen. 12 Punkte
- 4.2 Nennen Sie vier Möglichkeiten (Instrumente) zur Bewältigung von Konflikten zwischen Gruppen. 8 Punkte

**Aufgabe 5: Psychologie der Pflege****20 Punkte**

Dysregulation ist eine extreme Schwankung im permanenten Regulationsprozess einer Person. Der „normale“ Regulationsverlauf ist ein Auf und Ab in den Stimmungen, in der Leistungsfähigkeit oder im Zuführungsverhalten (Essen, Trinken, Selbstmedikation), das einem gewohnten Muster folgt. Wenn der eigene - körperliche oder geistige - Regulationsprozess „aus dem Takt gerät“, spricht man von Dysregulation, die im Einzelfall in ein Krisen- oder sogar Krankheitsstadium einmünden kann.

- 5.1 Nennen Sie fünf psychische Dysregulationen bei Patienten. 10 Punkte
- 5.2 Beschreiben Sie etwas ausführlicher eine dieser psychischen Dysregulationen. 10 Punkte

Studiengang	<b>Pflegemanagement</b>
Fach	<b>Psychologie</b>
Art der Leistung	<b>Prüfungsleistung</b>
Klausur-Kennzeichen	<b>PM-PSY-P12-091128</b>
Datum	<b>28.11.2009</b>

**Für die Bewertung und Abgabe der Prüfungsleistung sind folgende Hinweise verbindlich:**

- Die Vergabe der Punkte nehmen Sie bitte so vor, wie in der Korrekturrichtlinie ausgewiesen. Eine summarische Angabe von Punkten für Aufgaben, die in der Korrekturrichtlinie detailliert bewertet worden sind, ist nicht gestattet.
- Nur dann, wenn die Punkte für eine Aufgabe nicht differenziert vorgegeben sind, ist ihre Aufschlüsselung auf die einzelnen Lösungsschritte Ihnen überlassen.
- Stoßen Sie bei Ihrer Korrektur auf einen anderen richtigen als den in der Korrekturrichtlinie angegebenen Lösungsweg, dann nehmen Sie bitte die Verteilung der Punkte sinngemäß zur Korrekturrichtlinie vor.
- Rechenfehler sollten grundsätzlich nur zur Abwertung des betreffenden Teilschrittes führen. Wurde mit einem falschen Zwischenergebnis richtig weitergerechnet, so erteilen Sie die hierfür vorgesehenen Punkte ohne weiteren Abzug.
- Ihre Korrekturhinweise und Punktbewertung nehmen Sie bitte in einer zweifelsfrei lesbaren **roten** Schrift vor.
- Die von Ihnen vergebenen Punkte und die daraus sich gemäß dem nachstehenden Notenschema ergebende Bewertung tragen Sie bitte in den Klausur-Mantelbogen ein. Unterzeichnen Sie bitte Ihre Notenfestlegung auf dem Mantelbogen.
- Gemäß der Prüfungsordnung ist Ihrer Bewertung das folgende Notenschema zu Grunde zu legen:

<b>Note</b>	1,0	1,3	1,7	2,0	2,3	2,7	3,0	3,3	3,7	4,0	5,0
<b>Punktzahl</b>	100-95	94,5-90	89,5-85	84,5-80	79,5-75	74,5-70	69,5-65	64,5-60	59,5-55	54,5-50	49,5-0

Die korrigierten Arbeiten reichen Sie bitte spätestens bis zum

**16.12.2009**

bei Ihrem Studienzentrum ein. Dies muss persönlich oder per Einschreiben erfolgen. Der Abgabetermin ist unbedingt einzuhalten. Sollte sich aus vorher nicht absehbaren Gründen eine Terminüberschreitung abzeichnen, so bitten wir Sie, dies unverzüglich dem Prüfungsamt der Hochschule anzuzeigen (Tel. 040 / 35094-311 bzw. birgit.hupe@hamburger-fh.de).

**Lösung 1**

vgl. SB 1, S. 18 f., S. 34 f.

**20 Punkte**

- 1.1 Hier ist eine sinngemäße Definition von „Einstellungen“ gefragt, die sich inhaltlich z.B. an folgenden Definitionen orientiert:

**4 Punkte**

„Eine Einstellung ... ist eine relative stabile Disposition irgendeiner Person, einer Menschengruppe oder Situation gegenüber in beständiger Weise zu reagieren.“ (Zimbardo 1983).

oder:

„Einstellungen sind als Neigungen zu verstehen, auf bestimmte Reize mit bestimmten Reaktionen zu antworten.“ (Aus Dreikomponentenmodell der Einstellungen von Stahlberg/ Frey, SB 1, S. 19).

oder:

Definition anhand der Bestimmungsstücke von Einstellungen gemäß Hanft (SB 1, S. 19)

- 1.2 Die zentralen Annahmen im „Health Belief Model“ sind:

**max. 16 Punkte**

- die wahrgenommene Gefährlichkeit (Schwere und Bedrohlichkeit): je größer eine Person die Gefährlichkeit der zu verhindernden Krankheit insgesamt einschätzt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich präventiv verhält;
- die wahrgenommene Gefährdung (Anfälligkeit) durch die Krankheit: zur Einschätzung der Gefährlichkeit muss die Einschätzung des persönlichen Risikos hinzukommen, d. h. inwieweit eine Person annimmt, selber dadurch gefährdet zu sein;
- der wahrgenommene Nutzen des präventiven Verhaltens: je höher eine Person die Wirksamkeit einer bestimmten präventiven Maßnahme einschätzt, desto größer ist die Bereitschaft, an ihr teilzunehmen;
- die wahrgenommenen Barrieren / Kosten, die dem präventiven Verhalten entgegenstehen: diese Barrieren können individueller Art sein (z. B. Gewohnheiten, Abhängigkeiten) oder sich aus den sozialen Lebensbedingungen ergeben (z. B. Arbeits-, Wohn-, Ernährungsbedingungen).

4 Punkte  
pro Annahme

**Lösung 2**

SB 2, S. 24, S. 26 ff.

**20 Punkte**

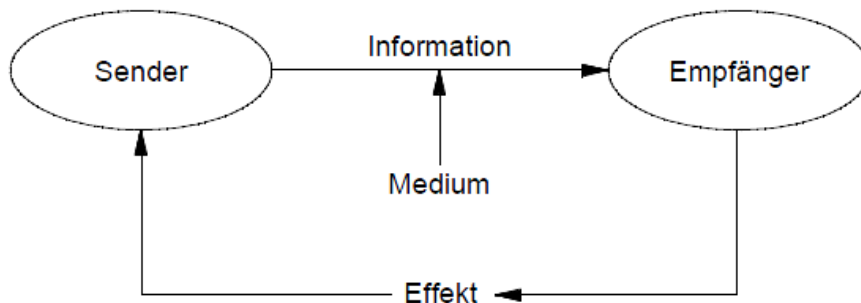
- 2.1** Im Basismodell der Kommunikation wird derjenige, der eine Information mitteilt, als „Sender“ bezeichnet, derjenige, an den sich diese Information richtet, als „Empfänger“. Dabei wird ein bestimmtes Medium (z. B. die Sprache oder eine Bewegung - etwa ein Handzeichen) verwendet. Schließlich hat die Information beim Empfänger einen Effekt, der auch auf den Sender zurückwirken kann.

**5 Punkte**

oder:

Kommunikation läßt sich nach diesem Modell in folgender Formel fassen: Wer (Sender) sagt (schreibt, deutet in Zeichenform an ...) was (Information) zu wem (Empfänger) wie (Medium) und mit welchem Effekt?

oder:



- 2.2** Kommunikation ist auch durch den Aspekt der kommunikativen Kontrolle gekennzeichnet, das heißt dadurch, dass z.B. ein Gesprächsteilnehmer den Ablauf des Gesprächs bestimmt. Interpersonale Kommunikation ist häufig durch asymmetrische Rollen geprägt, das heißt, die Rollen sind zwischen den Teilnehmern an der Kommunikation nicht beliebig austauschbar. In der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern ist in der Regel von vornherein klar, wer welche Rolle innehat und wer z. B. wen erzieht. In einer freundschaftlichen Beziehung ist die Verteilung der Rollen nicht so festgelegt - mal ist der eine dominanter im Gespräch, mal die andere.

**15 Punkte**

In professionellen Beziehungen mit kurzer Dauer und hoher Einseitigkeit der Kontrolle gibt es unterschiedliche Mittel, Rolle und Kontrollverteilung aufrecht zu halten. So ist in solchen Kommunikationsformen immer wieder empirisch festzustellen, daß nicht jeder der Teilnehmer das gleiche Recht oder die gleiche Chance hat, den anderen zu unterbrechen, ein Thema einzuführen, zu beenden oder zu wechseln.

Kontrolle wird auch durch kommunikative Mittel ausgeübt oder aufrechterhalten, die von den wahrgenommenen oder zugeschriebenen Merkmalen unserer Kommunikationspartner bestimmt werden. So sprechen die meisten Menschen in offiziellen Situationen - einem Vorgesetzten gegenüber, auf einer Tagung usw. - eine andere Sprache als in privaten Unterhaltungen. Auch in professionellen Kommunikationen läßt sich häufig eine spezielle Sprachwahl bzw. -form feststellen (z. B. die Verwendung einer Art Babysprache in der Kommunikation mit Patienten in Alten- und Pflegeheimen).

**Lösung 3****SB 4, S. 5 f., S. 25 ff.****20 Punkte**

- 3.1**
- Verjüngung: Die Menschen halten sich - obwohl sie älter werden als früher - für jünger, sehen vergleichsweise jünger aus und werden frühzeitiger (d. h. schon mit Mitte 40) mit Ruhestands- und Altersproblemen konfrontiert.
  - Entberuflichung: Durch die frühzeitigere - gewollte oder ungewollte - Aufgabe des Berufes verlängert sich die Lebenszeit ohne Berufstätigkeit.
  - Feminisierung: Zwei Drittel der Älteren sind Frauen, unter den über 75-jährigen sind es drei Viertel.
  - Singularisierung: Gewollt oder ungewollt leben immer mehr Ältere - so lange es geht - in Ein-Personen-Haushalten.
  - Hochaltrigkeit: Da der Anteil der über 80-jährigen weiter steigt, nehmen auch die psychischen und körperlichen Abbauprobleme für einen wachsenden Bevölkerungsanteil zu.
- max. 12 Punkte**  
3 Punkte  
pro Tendenz
- 3.2** *Darstellung von zwei beliebigen Maßnahmen, die dem Grundprinzip der aktivierenden Pflege entsprechen: „Der alte Mensch führt möglichst alles selbst aus, wozu er nur irgend fähig ist“. Beispiele könnten sein:*
- Essen und Trinken: Der zu Pflegende isst selbst (soweit möglich) und wird nicht gefüttert. Es wird hinsichtlich Essenszeiten und Nahrungsmitteln, soweit möglich, Rücksicht auf seine Gewohnheiten und Bedürfnisse genommen.
  - Teilnahme an Beschäftigung und Unterhaltung: Die Teilnahme des zu Pflegenden an verschiedenen Tätigkeiten und Unterhaltungen wird gefördert. Dabei werden seine bisherigen Kenntnisse und Vorlieben berücksichtigt.
  - Maßnahmen zu körperlicher oder geistiger Aktivierung durch Tätigkeiten, die aus Perspektive des Patienten "nützlich" sind, z.B. Tische abräumen, Gemeinschaftshaustier betreuen, Wäsche zusammenfalten usw.
  - Lernen: Der zu Pflegende wird an neue Tätigkeiten herangeführt, diese Aktivierungsprozesse setzen an den Fähigkeiten und Kompetenzen des Patienten an.
- 8 Punkte**  
4 Punkte  
pro Maßnahme



**Lösung 4****SB 5, S. 35****20 Punkte**

- 4.1** Ursachen von Konflikten zwischen Gruppen sind auch in unterschiedlichen beruflichen Sozialisierungen zu suchen, die zu einem bestimmten Selbstverständnis sowie zu einem gruppeneigenen Kommunikations- und Arbeitsstil führen. Die andere Gruppe wird dann oft als potentiell bedrohlich, ihr Selbstverständnis, ihr Kommunikations- und Arbeitsstil als „fremd“ erlebt (Beispiel: Beziehungen zwischen Ärzten, Pflege- und Verwaltungskräften). Man kann bei solchen Konstellationen sagen, dass die Beziehungen von vornherein konfliktträchtig sind, auch ohne dass ein aktueller Anlaß vorliegt.

**max. 12 Punkte**  
6 Punkte pro  
Ursachenerklärung

Konfliktträchtigkeit wird des Weiteren auch durch die jeweilige hierarchische Position der einen oder anderen Gruppe geschaffen. Mit dieser Position sind normalerweise unterschiedliche Bezahlungen, Privilegien, Freiheitsgrade oder Informationszugänge gegeben, so dass die Austragung eines Konfliktes aus aktuellem Anlaß auch immer mitbestimmt ist durch die Frage, warum die jeweils andere Gruppe kompetenter zu sein scheint als die eigene. Gelegentlich geht es dabei weniger um die sachliche Lösung eines Konfliktes als um die Erprobung von Kompetenznachweisen.

Jede Gruppe bildet ein eigenes Selbstwertgefühl heraus, das zum Teil durch die Abwertung einer anderen Gruppe geschaffen und verstärkt wird (dieses wird in Äußerungen der Art „Wir - im Gegensatz zu denen“ deutlich). Das heißt, dass es bei Inter-Gruppenkonflikten auch um die Bestätigung des Selbstwertes bzw. die Verhinderung von Abwertung der eigenen Gruppe geht.

Bei Inter-Gruppenkonflikten stellt sich häufig die Machtfrage innerhalb einer Organisation. Unterhalb der Ebene der legitimierten Formen der Machterprobung wie Streik und Arbeitsverweigerung finden sich andere Formen der Machterprobung einzelner Gruppen in Form von Passivität (Dienst nach Vorschrift), Verzögerung, Verlangsamung bis hin zur Verhinderung. Gemeinsam ist solchen Aktionsformen, dass damit den jeweils anderen Gruppen in der Hierarchie oder in parallelen Funktionsbereichen gezeigt werden soll, dass es ohne die eigene Gruppe nicht geht bzw. dass eine „Gegenmacht“ existiert.

- 4.2** Je nach Ursache von Konflikten zwischen Gruppen können verschiedene Maßnahmen sinnvoll sein:

**max. 8 Punkte**  
2 Punkte pro  
Bewältigungsmöglichkeit

- (bei beruflich-sozialisatorischen Unverständnissen):
  - Etablieren von wechselseitig orientierten Lernprogrammen
  - Information über Tätigkeitsfelder anderer Gruppen
  - Hospitation in anderen Gruppen
  - Job rotation
  - Trainee-Tätigkeit
- (bei Kompetenzzweifeln):
  - Einführen bzw. Konkretisieren von Stellenbeschreibungen
  - Erstellen von Leistungsprotokollen
- (bei Bewertungsfragen):
  - Überprüfung von Bewertungskriterien
  - Überprüfung der innerbetrieblichen Öffentlichkeitsarbeit
- (bei Machtfragen):
  - die formalen Mitbestimmungsmöglichkeiten innerhalb von Betriebsvereinbarungen sind zur Diskussion zu stellen

**Lösung 5****SB 6, S. 17 ff.****20 Punkte****5.1** Psychische Dysregulationen bei Patienten:

- Prämorbidität und Komorbidität
- Anpassung an Krankheit
- Anpassung an den Krankenhausbetrieb
- Hospitalismus
- Erlernte Hilflosigkeit
- Erlernte Abhängigkeit

**max. 10 Punkte**  
2 Punkte  
pro Dysregulation**5.2** *Korrekturhinweis: Die nachfolgende Beschreibung der Dysregulation „Hospitalismus“ dient als Beispiel. Die Beschreibungen anderer psychischer Dysregulationen sollten den Ausführungen im Studienbrief 6, S. 17 ff., folgen und angemessen bewertet werden.***10 Punkte**

Der Begriff Hospitalismus wurde Mitte der 40er Jahre geprägt, um damit die Folgen eines lang andauernden Aufenthaltes von Kleinkindern in Heimen zu kennzeichnen. Der frühkindliche Hospitalismus wird auf zwei wesentliche Quellen zurückgeführt, nämlich sensorische Deprivation (Mangel an Sinnesreizen) und emotionale Deprivation (Mangel an Gefühlsbindungen).

Inzwischen wird der Hospitalismus-Begriff auch für erwachsene Patienten verwendet. Das erste Hauptmerkmal (Reizarmut) dürfte für Erwachsene ebenso zutreffen wie für Kinder, allerdings in komplexerer Weise: In den meisten Kliniken und Altenheimen ist die Präsentation von Reizen relativ vorbestimmt und wenig überraschend. Zugleich ist die Reizvielfalt reduziert und taktile Erfahrung ist - auch aus krankbedingter Unbeweglichkeit heraus - weniger möglich als im Alltagsleben.

Das zweite Merkmal (Emotionsarmut) dürfte für die meisten Erwachsenen bei einer gewissen Zuwendung durch das Personal weniger wirksam sein als bei kleinen Kindern. Dafür ist bei Erwachsenen entscheidender, dass sie es bei wechselndem Personal und auch wechselnden Mitpatienten schwerer haben, ihre eigene Rolle im Verhältnis zu anderen Menschen zu definieren.